

10

WHO-Ziele:
Gesünder leben und
Verringerung der durch Alkohol und
Tabak verursachten Schäden

Kapitel 01 Einleitung

Kapitel 02 Datenquellen und Datenqualität

Kapitel 03 Demographie

Kapitel 04 WHO-Ziel:
Solidarität für die Gesundheit
in der Europäischen Union

Kapitel 05 WHO-Ziel:
Ein gesunder Lebensanfang

Kapitel 06 WHO-Ziel:
Altern in Gesundheit

Kapitel 07 WHO-Ziel:
Verbesserung der psychischen
Gesundheit

Kapitel 08 WHO-Ziel:
Verringerung übertragbarer
Krankheiten

Kapitel 09 WHO-Ziel:
Verringerung nicht übertragbarer
Krankheiten

Kapitel 10 WHO-Ziele: Gesünder leben und
Verringerung der durch Alkohol
und Tabak verursachten Schäden

Kapitel 10

Gesünder leben und Verringerung der durch Alkohol und Tabak verursachten Schäden

Seite

- 124** Gesünder leben
- 124** Gesundheitsproblem Alkohol
- 126** Alkoholkonsum in der Bevölkerung
- 128** Leberzirrhose und chronische Lebererkrankungen
- 130** Alkohol am Steuer
- 130** Gesundheitsproblem Rauchen
- 132** Rauchgewohnheiten in der Steiermark
- 136** Gesünder leben durch körperliche Betätigung
- 138** Körperliche Aktivitäten der steirischen Bevölkerung

Gesünder leben

Allen Risikofaktoren voran stehen Armut und sozioökonomische Benachteiligung. Viele der größten Krankheitsbelastungen sind jedoch auf übermäßigen Alkoholenuss, Rauchen, zu wenig Bewegung und falsche Ernährung zurückzuführen.

Gesundheit entsteht durch gesamtgesellschaftliches Handeln. Teils ist sie durch die biologische Veranlagung des einzelnen Menschen bestimmt, teils durch Aktivitäten in unterschiedlichen Bereichen unserer Gesellschaft. Gesundheit ist aber auch das Resultat individueller und kollektiver Entscheidungen und des individuellen und kollektiven Handelns der Bevölkerung insgesamt. Die Wahl, die Menschen für ihre Lebensform treffen, wird durch externe Faktoren gesteuert. Dazu zählen ihre biologische und genetische Struktur, die natürliche Umwelt, die sozioökonomischen Gegebenheiten

und Lebensbedingungen, aber auch verschiedene politische und kulturelle Umstände; außerdem aber wird ihre Wahl auch dadurch bestimmt, inwieweit sie zum selbstbestimmten Handeln befähigt worden sind und die Kompetenz entwickelt haben, individuelle, gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen. Die wichtigsten Ursachen für Krankheit sind Armut und sozioökonomische Benachteiligung. Viele der größten Belastungen gehen jedoch auf Risikofaktoren wie Rauchen, übermäßigen Alkoholenuss, zu wenig Bewegung und falsche Ernährung zurück.

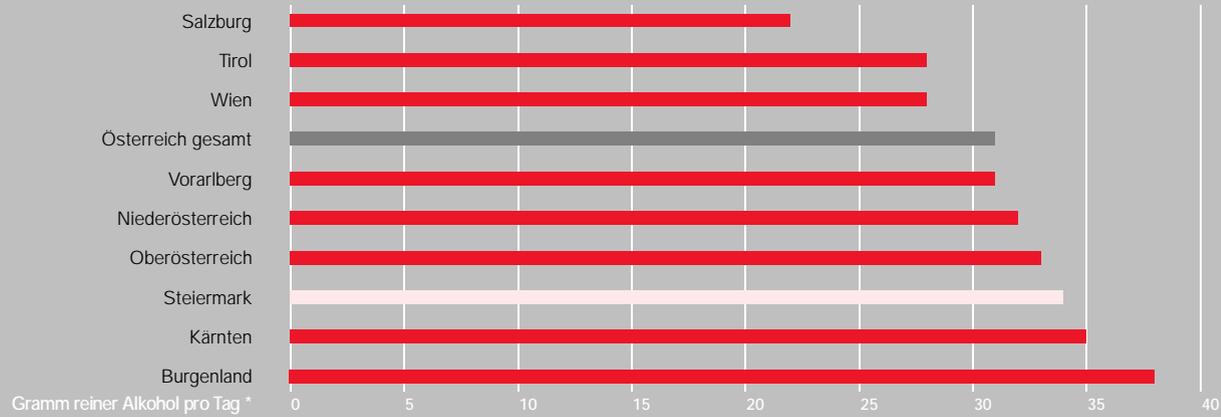
Gesundheitsproblem Alkohol

Nach Angaben der WHO sind Alkoholprodukte für rund 9 % der gesamten Krankheitslast in der Europäischen Region verantwortlich.

Nach Angabe der Weltgesundheitsorganisation sind Alkoholprodukte für rund 9 Prozent der Gesamtmorbidität in der Europäischen Region verantwortlich. Alkohol, in kleinen Mengen konsumiert, verringert zwar das Risiko einer koronaren Herzerkrankung, dem gegenüber steht ein erhöhtes Risiko für den plötzlichen tödlichen Herzinfarkt, Leberzirrhose, bestimmte Krebsarten, Bluthochdruck und Schlaganfälle sowie für angeborene Missbildungen infolge übermäßigen Alkoholenuss. Außerdem erhöht Alkoholabhängigkeit das Risiko für Probleme in der Familie, am Arbeitsplatz und in anderen sozialen Zusammenhängen, für Unfälle, Kriminalität, Selbstmord und Verkehrsunfälle. Alkoholbedingte Folgeschäden stellen in Europa ein ungeheures gesundheitliches

Problem dar. Die volkswirtschaftlichen Kosten, die der Gesellschaft durch direkte Ausgaben und verlorene Produktivität entstehen, belaufen sich schätzungsweise auf 2 bis 5 Prozent des Bruttosozialprodukts. In der Europäischen Alkoholcharta, die 1995 von allen WHO-Mitgliedstaaten der Europäischen Region in Paris angenommen wurde, werden die wichtigsten Strategien zur Gesundheitsförderung dargelegt. Darin enthalten sind unter anderem die Schaffung und Durchsetzung wirksamer Gesetze, die Besteuerung alkoholischer Getränke, die Steuerung der direkten und indirekten Werbung für alkoholische Getränke sowie therapeutische Maßnahmen bei Alkoholmissbrauch.

Alkoholkonsum im Bundesländervergleich



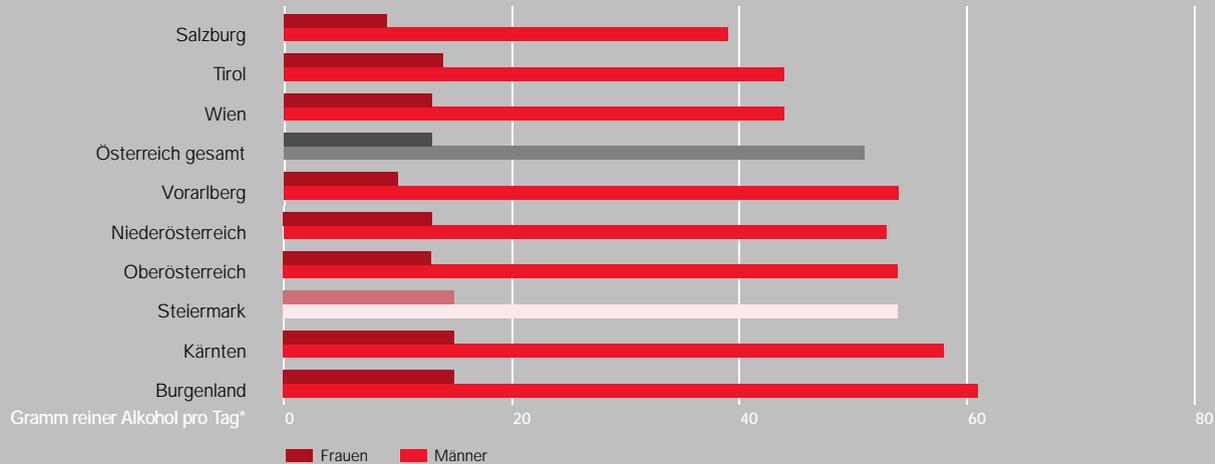
n Abbildung 1

Täglicher Alkoholkonsum

nach Bundesland
1993/1994

* Werte korrigiert für Alter und Geschlecht
Quelle: BMSG, Handbuch Alkohol-Österreich 1999

Alkoholkonsum nach Bundesland und Geschlecht



n Abbildung 2

Alkoholkonsum

nach Bundesland
und Geschlecht
1993/1994

* Werte korrigiert für Alter und Geschlecht
Quelle: BMSG, Handbuch Alkohol-Österreich 1999

Alkoholkonsum in der Bevölkerung

Der tägliche Pro-Kopf-Konsum an reinem Alkohol sollte entsprechend den WHO-Zielsetzungen 13 Gramm nicht überschreiten. Das entspricht einem gut gefüllten Achtel Wein oder einem Glas Bier pro Tag.

Die Alkoholkonsumgewohnheiten der steirischen Männer überschreiten die WHO-Zielvorgabe um das Vierfache, die der Frauen liegen knapp über der Zielvorgabe.

Gut jeder dritte 15-Jährige in Österreich konsumiert regelmäßig Alkohol. In vergleichbaren Erhebungen anderer Länder und Regionen ist der Anteil der jugendlichen Alkoholkonsumenten niedriger.

Um Alkoholkonsumgewohnheiten vergleichbar zu machen ist es üblich, die zugeführten Mengen an reinem Alkohol entweder in Liter pro Jahr oder Gramm pro Tag anzugeben. Zur besseren Vorstellung sei angeführt, dass 20 Gramm reiner Alkohol etwa einem Viertelliter Wein oder einer Flasche Bier oder drei kleinen Schnäpsen entsprechen (Tab.1). Der jährliche Pro-Kopf-Verbrauch von 2 Litern reinem Alkohol stellt die Menge dar, bei der man von dem geringsten Mortalitätsrisiko ausgeht. Entsprechend den Zielsetzungen der WHO sollte der Konsum von 6 Litern reinem Alkohol pro Kopf und Jahr bzw. 13 Gramm pro Tag nicht überschritten werden. Dieser Richtwert wird vom österreichischen Durchschnittskonsumenten mit etwa 14,3 Litern Alkohol pro Kopf und Jahr um mehr als das Zweifache übertroffen und entspricht dem mittleren Alkoholkonsum österreichischer Frauen.

Der Alkoholkonsum differiert unter den Bundesländern, unabhängig vom unterschiedlichen Altersaufbau und Geschlechteranteil. Da der Alkoholkonsum altersabhängig ist und für Männer wesentlich höher liegt als für Frauen, lässt diese Berücksichtigung der Bevölkerungszusammensetzung einen präziseren Schluss zu. Die Steiermark liegt demnach mit durchschnittlich 38 Gramm reinem Alkohol pro Kopf und Tag über dem österreichischen Durchschnitt von 31 Gramm. Die Alkoholkonsumgewohnheiten in der Steiermark übersteigen damit die WHO-Zielvorgabe um das Dreifache und werden nur von den Bundesländern

Kärnten und Burgenland übertroffen.

Im Bundesland Salzburg wird am wenigsten Alkohol konsumiert, die durchschnittliche Tagesmenge an reinem Alkohol beträgt dort 22 Gramm (Abb.1, Seite 125). Damit liegt aber selbst das beste Bundesland noch weit über den Zielvorgaben der Weltgesundheitsorganisation von unter 13 Gramm reinem Alkohol pro Kopf und Tag; das entspricht einem gut gefüllten Achtel Wein oder einem Glas Bier (Tab.2). Im Geschlechtervergleich liegt der Alkoholkonsum in allen Bundesländern für Männer um grob ein Vierfaches höher als bei den Frauen (Abb.2, Seite 125).

Ein von der Weltgesundheitsorganisation angelegtes Projekt über das Gesundheitsverhalten von Schülern liefert eine internationale Vergleichsmöglichkeit der Alkoholkonsumgewohnheiten von Jugendlichen. Aufbauend auf diesen Ergebnissen kann man schlussfolgern, dass Österreich hinsichtlich des Anteils Jugendlicher mit regelmäßigem (mindestens wöchentlichem) Alkoholkonsum im europäischen Spitzenfeld liegt. So konsumieren in Österreich 7 von 100 Elfjährigen bereits mindestens einmal wöchentlich Alkohol, bei den 13-Jährigen sind es bereits 14 Prozent und bei den 15-Jährigen immerhin schon mehr als jeder Dritte, nämlich 35 Prozent. Nur in vier von fünfundzwanzig in die Studie einbezogenen Ländern liegt der Anteil regelmäßiger Alkoholkonsumenten unter den Jugendlichen höher als in Österreich (Abb.3). Vergleichswerte auf Bundesländerebene liegen nicht vor.

Umrechnung von "Gramm reinem Alkohol" auf gebräuchliche Getränke

Gramm reiner Alkohol	Wein 0,25 l	Bier 0,5 l	Schnaps 0,02 l
20g	1	1	3
40g	2	2	6
60g	3	3	9
80g	4	4	12
100g	5	5	15

n Tabelle 1

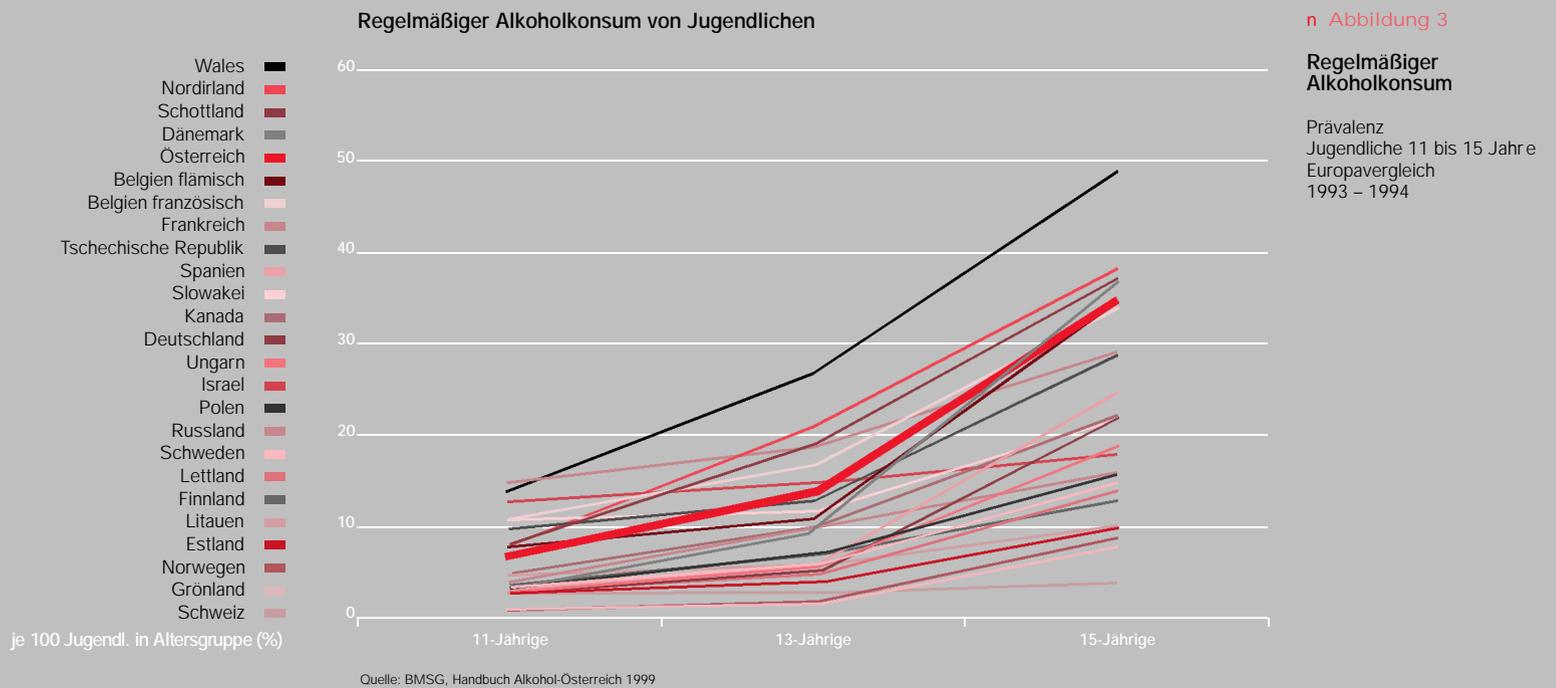
Umrechnung von Gramm reinem Alkohol auf gebräuchliche alkoholische Getränke

WHO-Zielsetzung für Alkoholkonsum

Gramm reiner Alkohol		entspricht
6 Liter Alkohol pro Jahr	13 Gramm Alkohol pro Tag	1 Glas Bier (0,33 l) pro Tag oder 1 Glas Wein (0,16 l) pro Tag

n Tabelle 2

WHO-Zielsetzung für Alkoholkonsum



n Abbildung 3

Regelmäßiger Alkoholkonsum

Prävalenz Jugendliche 11 bis 15 Jahre Europavergleich 1993 – 1994

Leberzirrhose und chronische Lebererkrankungen

Die Sterblichkeit infolge Leberzirrhose oder chronischer Lebererkrankung ist steiermarkweit höher als in allen Ländern der Europäischen Union.

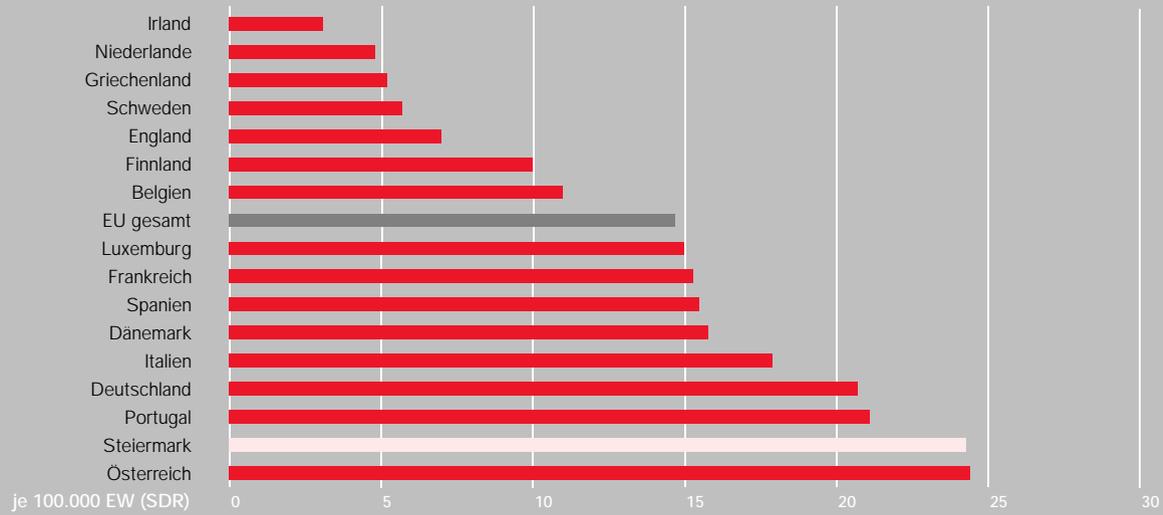
Leberzirrhose und chronische Lebererkrankung als Todesursache sind am häufigsten in den südlichen Regionen der Steiermark, deutlich geführt vom Bezirk Feldbach.

In den Mikrozensusbefragungen Zur Gesundheit des Jahres 1991 geben nur 0,2 Prozent der Männer und nur 0,1 Prozent der Frauen an, an einer Leberkrankheit zu leiden. Diese bei weitem unterschätzte Zahl von Lebererkrankungen im Zeitraum eines Jahres dürfte mehrerlei Gründe haben: in den Anfangsstadien der Krankheit sind die Patienten, da oft beschwerdefrei, nicht über ihre Erkrankung informiert und wissen sie davon, geben sie in einem Interview nicht gerne Auskunft darüber. Eine weitere Verzerrung der Ergebnisse ergibt sich daraus, dass stationäre Patienten in der Befragung nicht inkludiert sind und gerade die chronische Lebererkrankung oft den Grund eines stationären Aufenthaltes darstellt. In der Befragung der Gesunden Gemeinden zwischen 1995 und 1999 geben immerhin 1,2 Prozent der Frauen und 1,7 Prozent der Männer an, im vergangenen Jahr wegen eines Leberleidens in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein. Die symptomfreien Erkrankungen sind mit dieser Fragestellung nicht beschrieben.

Aus Untersuchungen ist bekannt, dass die Sterblichkeit infolge chronischer Lebererkrankungen stark mit dem Alkoholkonsum einer Region korreliert. Im Jahr 1995 lag die standardisierte Sterblichkeitsrate der Steiermark bei 24 je 100.000 Einwohner. Dies entspricht dem österreichischen

Durchschnittswert, liegt aber höher als in allen anderen Ländern der Europäischen Union (Abb.4). Innerhalb der Steiermark bestehen beträchtliche Unterschiede insofern, als sich die NUTS III-Region Liezen mit ihren relativ niedrigen jährlichen Mortalitätsraten zwischen 1994 und 1998 beträchtlich von den anderen Regionen abhebt (Abb.5). Die Spitzenposition bezüglich der Mortalität infolge von Leberzirrhose oder anderen chronischen Lebererkrankungen nimmt während des genannten Zeitraumes die Oststeiermark mit 29 Sterbefällen auf 100.000 Einwohner ein, gefolgt von der West- und Südsteiermark, beide über dem steirischen Durchschnitt. Auf Bezirksebene führt Feldbach die unerfreuliche Rangliste der Mortalität infolge chronischer Lebererkrankungen mit einer Jahresrate von 35 je 100.000 Einwohner an. Die Werte liegen statistisch signifikant über dem steirischen Durchschnitt. Erfreulicher sind die Werte aus den Bezirken Murau und Liezen, welche mit 11 respektive 14 Todesfällen infolge chronischer Lebererkrankung je 100.000 Einwohner aufwarten. Beide unterscheiden sich statistisch signifikant nach unten hin vom steirischen Durchschnitt zwischen 1994 und 1998 und entsprechen in etwa dem Durchschnittswert der EU-Länder.

Sterblichkeit infolge chronischer Lebererkrankungen im EU-Vergleich



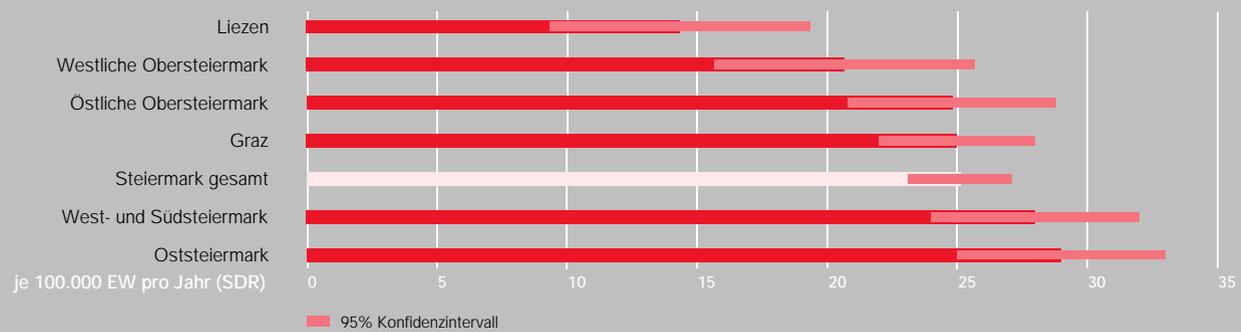
Quellen: WHO "Health For All" Data Base, update June 2000; Statistik Österreich, Todesursachenstatistik (ICD-9: 571)

n Abbildung 4

Leberzirrhose und chronische Lebererkrankungen

Mortalität
EU-Länder und die Steiermark
1995

Sterblichkeit infolge chronischer Lebererkrankungen in der Steiermark



Quelle: Statistik Österreich, Todesursachenstatistik (ICD-9: 571)

n Abbildung 5

Leberzirrhose und chronische Lebererkrankungen

Mortalität
nach NUTS III-Regionen
Steiermark
1994 – 1998

Alkohol am Steuer

Zwischen 1994 und 1998 gab es in der Steiermark 2.265 Straßenverkehrsunfälle, 3.222 Verletzte und 105 Tote infolge von Trunkenheit am Steuer.

Alkoholbedingte Unfälle und insbesondere Verkehrsunfälle haben gewichtige Folgeschäden. Zwischen 1994 und 1998 sind für die Steiermark 2.265 Verkehrsunfälle mit Alkoholbeteiligung gemeldet, 3.222 Personen wurden dabei verletzt und 105 Personen starben infolge von Trunkenheit am Steuer. In mancher Hinsicht ist die Tendenz innerhalb des eher kurz gewählten Vergleichszeitraumes fallend. Waren es 1994 noch 678 Verkehrsunfälle mit Alkoholbeteiligung, sind es im Jahr 1998 doch immerhin etwas weniger, nämlich 625. Die Zahl der Verletzten sinkt zwischen

1994 und 1998 von 483 auf 412.

Alkoholassoziierte Tote im Straßenverkehr gab es 1998 nur halb so viele wie 1994, im Jahr 1997 waren es aber doch 27 vermeidbare Einzelschicksale (Abb.6).

Der Anteil der Verkehrsunfälle mit Alkoholbeteiligung an allen Verkehrsunfällen ist im Bundesländervergleich eindeutig im Burgenland am höchsten. Die Steiermarkwerte schwanken zwischen 1994 und 1998 nur gering um die 6 Prozent und liegen damit im unteren Drittel der Vergleichswerte aus den anderen Bundesländern (Abb.7).

Gesundheitsproblem Rauchen

Tabak stellt in Europa den wichtigsten Einzelrisikofaktor für Krankheit dar. Eine Eindämmung des Tabakkonsums gehört zu den wichtigsten Public-Health-Maßnahmen, mit denen man die Gesundheit der Menschen verbessern kann. Vorbeugende Maßnahmen, zielgerichtet auf die Jugend, und adäquate Raucherentwöhnungsprogramme sollen den Tabakkonsum hintanhalt.

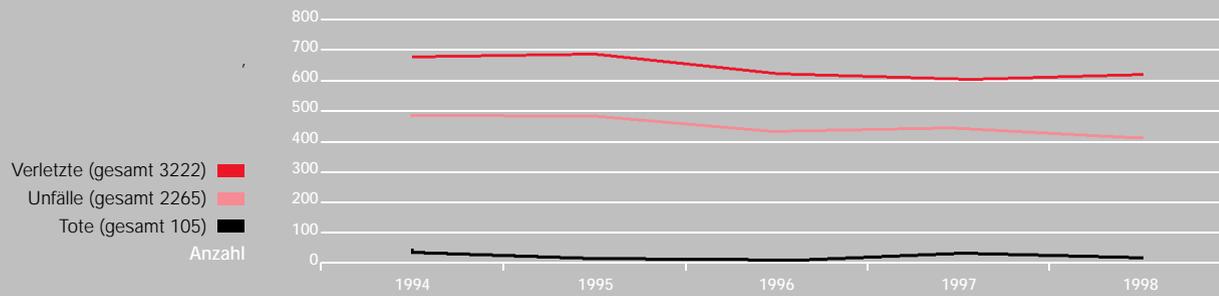
Tabakkonsum stellt in Europa den wichtigsten Einzelrisikofaktor für Krankheit dar. 50 % aller Menschen, die regelmäßig rauchen, werden an dadurch bedingten Krankheiten sterben, die Hälfte von ihnen im mittleren Alter, also der wirtschaftlich aktivsten Lebensphase, die andere Hälfte in späteren Lebensjahren. Tabakrauch hebt das Risiko für viele Krebsformen, koronare Herzkrankheit, niedriges Geburtsgewicht und verschiedene Allergien enorm. Viele weitere gesundheitliche Probleme sind mit dem Rauchen in Zusammenhang zu bringen. 1995 wurde das Zigarettenrauchen für 1,2 Millionen Todesfälle pro Jahr in der Europäischen Region verantwortlich gemacht.

Der Konsum von Tabakprodukten kostet die Welt jährlich mindestens 200 Milliarden US-Dollar, verursacht unerhörtes Leid für den einzelnen Menschen, für ganze Familien und deren Freundeskreis. Erhebliche wirtschaftliche Verluste entstehen in erster Linie durch die vorzeitige Beendigung des produktiven Lebens und die außerordentlich hohen Kosten der Behandlung von tabakbedingten Krankheiten.

Eine Eindämmung des Tabakkonsums gehört zu den wichtigsten Public-Health-Maßnahmen, mit denen man die Gesundheit der Menschen verbessern kann. Entsprechend der Tabakcharta von Madrid im Jahr 1988, der alle WHO-Mitgliedstaaten der Europäischen Region, so auch Österreich, zustimmten, wurde ein Aktionsplan für ein rauchfreies Europa vorgelegt. Strategisch gilt es, das darin angeführte Recht auf eine rauchfreie Umwelt gesetzlich zu verankern, die Werbung für Tabakprodukte überhaupt und durch Markensponsoren zu verbieten, und die Einnahmen aus den Tabaksteuern für die Finanzierung von Tätigkeiten zur Bekämpfung des Tabakkonsums und für die Gesundheitsförderung einzusetzen. Durch Präventionsstrategien sollte man versuchen, in den gesellschaftlichen Standards einen grundlegenden Wandel zu bewirken, sodass Nicht-rauchen insbesondere für die Jugend zum akzeptierten Verhalten wird.

Eine Reihe von Untersuchungen zeigt, dass mindestens zwei Drittel der derzeitigen Raucher das Rauchen gerne aufgeben würden. Das

Trunkenheit am Steuer: Straßenverkehrsunfälle, Verletzte und Tote in der Steiermark



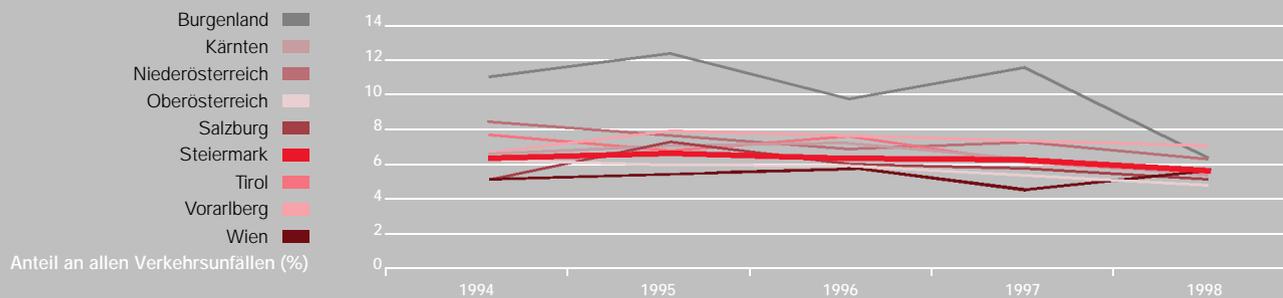
Quelle: Landesstatistik

n Abbildung 6

Verkehrsunfälle mit Alkoholbeteiligung

Straßenverkehrsunfälle, Verletzte und Tote Steiermark 1994 – 1998

Trunkenheit am Steuer: Unfälle mit Personenschaden im Bundesländervergleich



Quellen: Statistik Österreich; Landesstatistik

n Abbildung 7

Verkehrsunfälle mit Personenschaden

Anteil mit Alkoholbeteiligung nach Bundesland 1994 – 1998

Rauchen aufzugeben hat zwar jederzeit seinen Vorteil, vor Beginn der mittleren Lebensphase kann man dadurch jedoch fast alle überhöhten Risiken verringern.

Gezielte Interventionen durch Erbringer von primärer Gesundheitsversorgung können die Raucherentwöhnung wirksam unterstützen. Es handelt sich um eine der kostenwirksamsten Interventionen in

der gesamten Gesundheitsversorgung. Dringend gefordert sind adäquate Schulungsprogramme für Erbringer von primärer Gesundheitsversorgung. Eine wirksame Raucherentwöhnung verlangt, den komplexen Zusammenhängen einer Sucht entsprechend, nach Methoden, die über den "erhobenen Zeigefinger" hinausgehen.

Rauchgewohnheiten in der Steiermark

Etwa 16 % der Steirerinnen und 25 % der Steirer sind Raucher. Der Trend ist insgesamt fallend, der Geschlechterunterschied wird kleiner.

Entsprechend den Mikrozensusbefragungen kann in den letzten Jahren ein deutlicher Rückgang des Raucheranteils an der steirischen Bevölkerung beobachtet werden. Gaben im Jahr 1991 noch 26 Prozent der Bevölkerung ab dem 15. Lebensjahr an, täglich zu rauchen, waren es 1997 nur mehr 20 Prozent (Abb.8). Da in beiden Befragungen ein großer Teil der Antworten der für die Steiermark repräsentativ gewählten Stichprobe ungültig war, kann nicht sichergestellt werden, dass die Ergebnisse auf die gesamte steirische Population übertragen werden können. Der abnehmende Trend in den Rauchgewohnheiten der Steirerinnen und Steirer bleibt jedoch unabhängig davon ersichtlich und entspricht auch anderen internationalen Ergebnissen aus Westeuropa (Abb.9). Im europäischen Vergleich liegt der Raucheranteil der steirischen Bevölkerung mit den angeführten Werten eher niedrig. 1997 liegt die Prävalenz mit 19,7 Prozent unter dem österreichischen Durchschnitt von 23,9 Prozent. Soweit aus den vorliegenden Daten ableitbar, gibt es in Schweden im Vergleichsjahr weniger Raucher, nämlich 19,5 auf 100 Einwohner, in Norwegen und den Niederlanden raucht gut ein Drittel der Bevölkerung ab dem 15. Lebensjahr. Innerhalb der steirischen Regionen gibt es keine signifikanten Unterschiede im Raucheranteil an der Bevölkerung, wenngleich der Prozentsatz ohne Berücksichtigung der

Streubreite in der Oststeiermark mit 17 Prozent der niedrigste und in Graz der Anteil an Rauchern mit 22 Prozent der höchste ist (Abb.10).

Der Raucheranteil liegt bei den Männern generell wesentlich höher. Ein unerfreulicher Aufholeffekt wird jedoch in der jüngeren und mittleren Generation der Frauen beobachtet, was sich auch in der Zunahme der Folgeerkrankungen wie zum Beispiel Lungenkrebs widerspiegelt. Entsprechend unterschiedlicher Datenerhebungen in der Steiermark während des vergangenen Jahrzehntes liegt der Raucheranteil unter den Männern 1991 bei 34 Prozent. Demgegenüber stehen 18 von 100 Frauen, die angeben täglich zu rauchen. Einige Jahre später ist bei der Befragung der **Gesunden Gemeinden** (1995 bis 1999) der Raucheranteil in der Bezugsbevölkerung insgesamt zwar niedriger, der Geschlechterunterschied ist jedoch nicht mehr so ausgeprägt: 24 Prozent Männer versus 16 Prozent Frauen. Diese Ergebnisse stimmen mit der Mikrozensusbefragung im Jahr 1997 weitgehend überein. Dabei geben 25 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen an, täglich zu rauchen (Abb.11, Seite 135).

Das Geschlechterverhältnis unter den starken Rauchern, die täglich mehr als 20 Zigaretten rauchen, zeigt die gleiche Dynamik: 1991 sind 12 Prozent der Männer und 3 Prozent der Frauen zu den starken Rauchern zu zählen. Die Ergebnisse

Raucheranteil der steirischen Bevölkerung

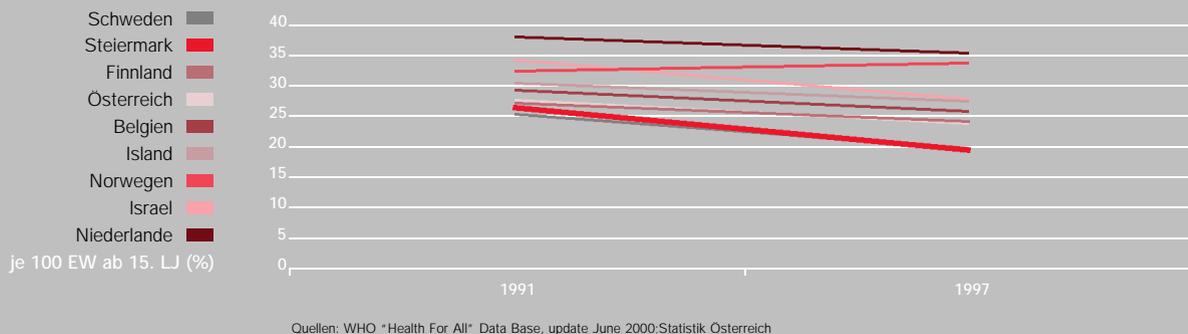


n Abbildung 8

Regelmäßige Raucher

Prävalenz
Steiermark
1991 und 1997

Raucheranteil im Europavergleich

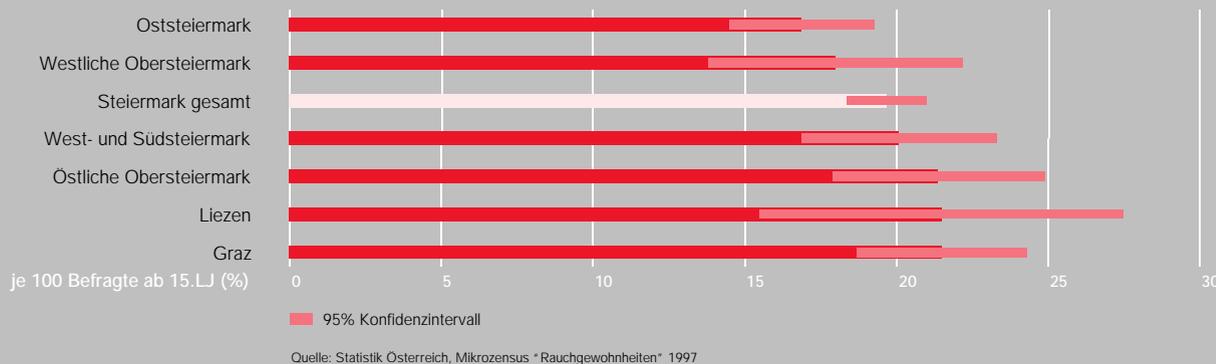


n Abbildung 9

Regelmäßige Raucher

Prävalenz
ausgewählte Länder
Europa
1991 und 1997

Raucheranteil der steirischen Bevölkerung im Regionenvergleich



n Abbildung 10

Regelmäßige Raucher

Prävalenz
nach NUTS III-Regionen
Steiermark
1997

In der Altersgruppe der 20- bis 40-Jährigen liegt der Raucheranteil bei 30 %. Etwa 250.000 Steirerinnen und Steirer der mittleren Generation wünschen sich, mit dem Rauchen aufhören zu können.

2 % der 15-Jährigen geben an, täglich zu rauchen. 20 % der 18-Jährigen sind regelmäßige Raucher, das entspricht bereits dem steirischen Gesamtdurchschnitt.

der Mikrozensusbefragung 1997 und der Befragung der Gesunden Gemeinden (1995 bis 1999) sind diesbezüglich ident: 6 von 100 Männern und 2 von 100 Frauen geben an, täglich mehr als 20 Zigaretten zu rauchen. Die tatsächliche Zahl der starken Raucher muss höher angenommen werden, da die Befragten oft nicht bereit sind zuzugeben, mehr als ein "Packerl" täglich zu rauchen. Eine Befragung für interventionsgezielte Analysen des Suchtverhaltens bedarf daher hochqualifizierter Interviewer. Insgesamt kann man aber sagen, dass in der Steiermark die Zahl der starken Raucher im letzten Jahrzehnt abgenommen hat, dass mehr Männer unter den Rauchern sind als Frauen, dass aber der Geschlechterunterschied zunehmend kleiner wird (Abb.11).

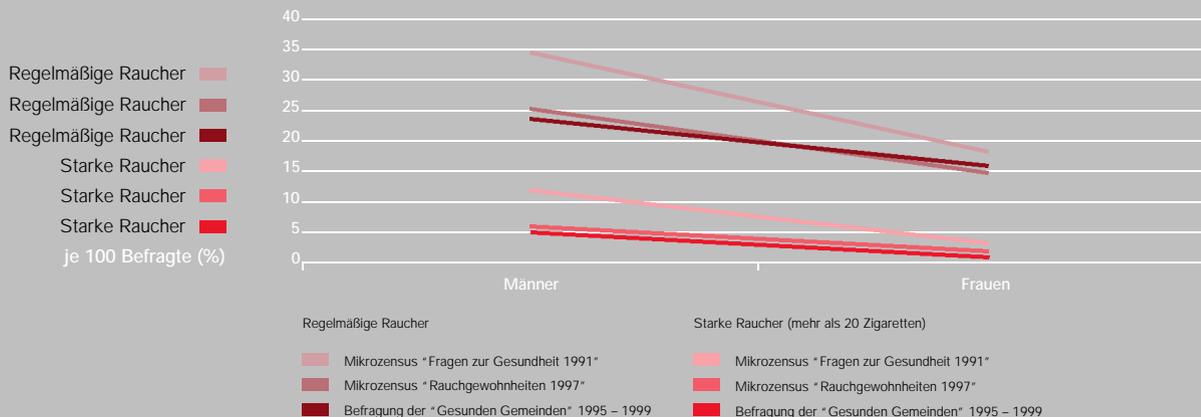
In der Altersverteilung der Raucher hat sich zwischen 1991 und 1997 nicht viel geändert. Der Raucheranteil ist unter den 20- bis 40-Jährigen in beiden Jahren der höchste; er liegt 1991 bei rund 40 Prozent und 1997 bei rund 30 Prozent. Das entspricht etwa 370.000 Steirerinnen und Steirern in mittleren Lebensjahren. Es darf angenommen werden, dass sich etwa 250.000 davon wünschen, mit dem Rauchen aufzuhören. Professionelle Entwöhnungsprogramme müssen in erster Linie an diese Zielpopulation gerichtet sein. Mit zunehmendem Alter ab dem 40. Lebensjahr nimmt der Raucheranteil an der Bevölkerung ab. Interessant sind die gegenläufigen Ergebnisse der Altersgruppe

zwischen 60 und 64 Jahren: 1991 unterbrechen sie den Trend nach oben hin, 1997 nach unten hin. Das heißt, in dieser Altersgruppe ist zwischen 1991 und 1997 die deutlichste Abnahme unter den Rauchern zu verzeichnen. Ein Hinweis zum Willen für ein "Altern in Gesundheit"? (Abb.12).

Die Gruppe der Jugendlichen stellt eine sensible Population in der Tabakproblematik dar. Entsprechend der Befragung der Gesunden Gemeinden lässt sich das Problem teilweise veranschaulichen: während unter den 15-, 16- und 17-Jährigen mehr Jugendliche angeben gelegentlich zu rauchen als regelmäßig zu rauchen, kehrt sich dies für die Altersgruppe der 18-Jährigen drastisch um. Die Folgerung ist, dass die Mehrheit der "Versuchsraucher" bereits um das 18. Lebensjahr zu Rauchern mit bleibendem Suchtverhalten wird (Abb.13).

Der Prozentsatz der täglichen Raucher steigt entsprechend den drei bereits erwähnten Befragungen ab dem 15. Lebensjahr kontinuierlich an. Der stärkste Zuwachs an Rauchern ist zwischen dem 17. und 18. Lebensjahr zu verzeichnen, eine Zielgruppe, die nur mit viel Verständnis und Behutsamkeit für Interventionen erreichbar ist. Der Anteil der Raucher unter den 15-Jährigen ist zwischen 1991 und 1997 von 10 Prozent auf 2 Prozent gesunken. Für die 16-, 17- und 18-Jährigen ist er zwischen den Vergleichsjahren weitgehend unverändert (Abb.13).

Raucheranteil der steirischen Bevölkerung im Quellenvergleich

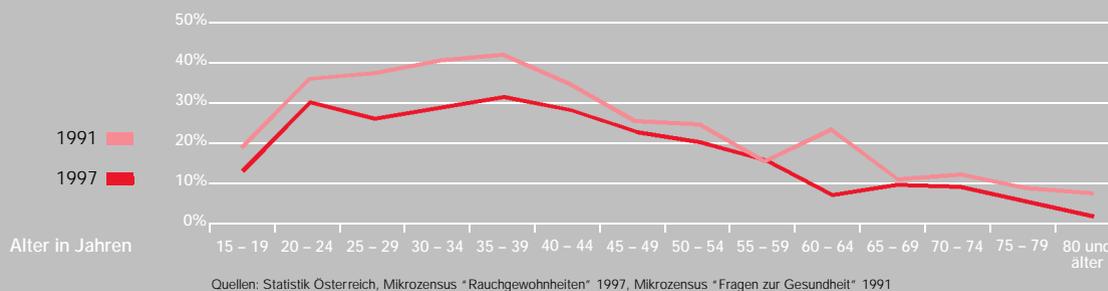


n Abbildung 11

Regelmäßige und starke Raucher

Prävalenz nach Quellenangabe und Geschlecht Steiermark 1991 – 1999

Altersverteilung der Raucher in der Steiermark

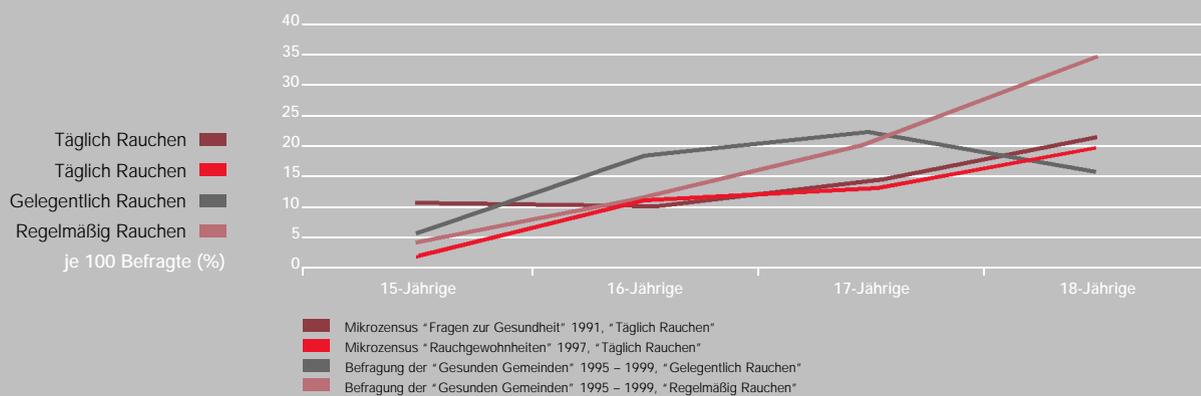


n Abbildung 12

Regelmäßige Raucher

Prävalenz nach Altersgruppen Steiermark 1991 und 1997

Raucheranteil unter den Jugendlichen



n Abbildung 13

Raucher

Prävalenz nach Alter der Jugendlichen und nach Quellenangabe 1991 bis 1999

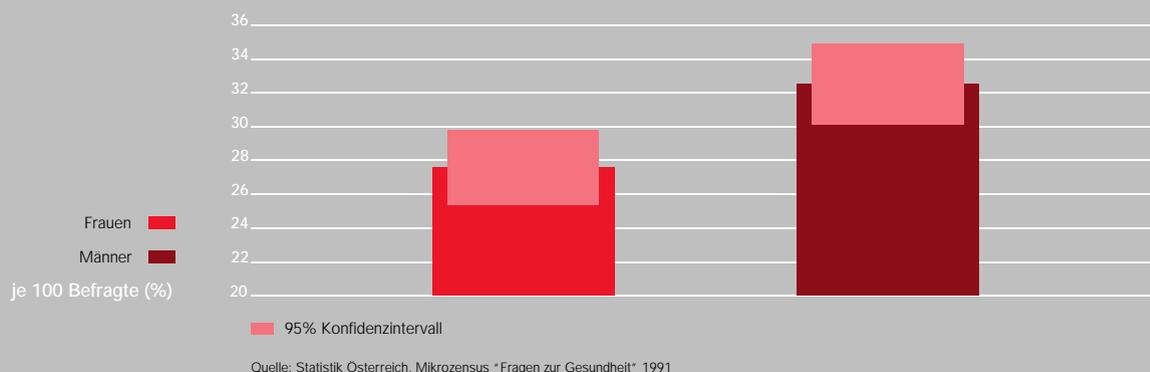
Gesünder leben durch körperliche Betätigung

Täglich 30 Minuten rasches Gehen oder Radfahren verbessert den Gesundheitszustand erheblich. Das können z. B. zweimal 15 Minuten zu Fuß oder per Fahrrad zum und vom Arbeitsplatz sein.

Zu den gesundheitlichen Gewinnen einer moderaten sportlichen Betätigung gehören eine bessere Stimmungslage, höhere Selbstachtung, ein verbessertes Aussehen und eine bessere Haltung sowie eine wesentliche Verringerung von Frühsterblichkeit, Fettleibigkeit, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Altersdiabetes und Osteoporose. Aus internationalen Studien geht hervor, dass nahezu ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung ein inaktives Leben lebt und dieser Anteil der Bevölkerung mit dem Alter zunimmt. Eine bedenkliche Tatsache, die bewirken kann, dass die älteren Menschen die Mindestschwelle der für ein unabhängiges Leben benötigten Muskelstärke früher unterschreiten. Das betrifft insbesondere Frauen, die in der Regel ein höheres Lebensalter erreichen. Mit dem Trend zu einer verstärkt sitzenden Lebensweise wird sich das Risiko der körperlichen Inaktivität wahrscheinlich noch erhöhen. In einigen

Ländern ist das Inaktivitätsniveau so hoch, dass man keine ausreichend Mikronährstoffe enthaltende Ernährung beibehalten kann, ohne dass dies gleichzeitig zu Übergewicht führt. Eine erhebliche Gesundheitsverbesserung ist zu erreichen, wenn man sicherstellt, dass sich die Menschen an mindestens 5 Tagen der Woche wenigstens 30 Minuten moderat intensiv bewegen, beispielsweise durch rasches Gehen oder Radfahren. Strategisch sollte man Verkehr, Erholung und Stadtentwicklung in Konzepte einbeziehen, mit denen man eine verstärkte körperliche Betätigung zu erreichen sucht. Ziel sollte eine ganze Bandbreite innovativer Ansätze sein, die zusammen alle Menschen veranlassen könnten, sich im Rahmen ihres Alltages zu bewegen. Gemeinsame sportliche Betätigung kann den Zusammenhalt in der Familie oder in anderen sozialen Gruppen stärken und die Achtung vor der Natur fördern.

Körperliche Aktivität für die Gesundheit im Geschlechtervergleich

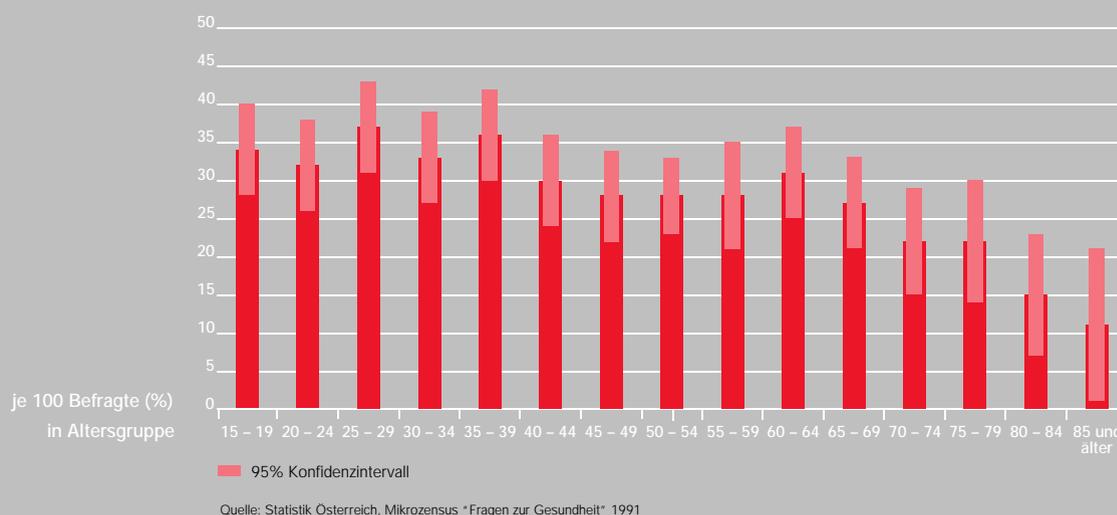


n Abbildung 14

Körperliche Aktivität für die Gesundheit

Prävalenz nach Geschlecht
Steiermark
1991

Körperliche Aktivität für die Gesundheit nach Altersgruppen

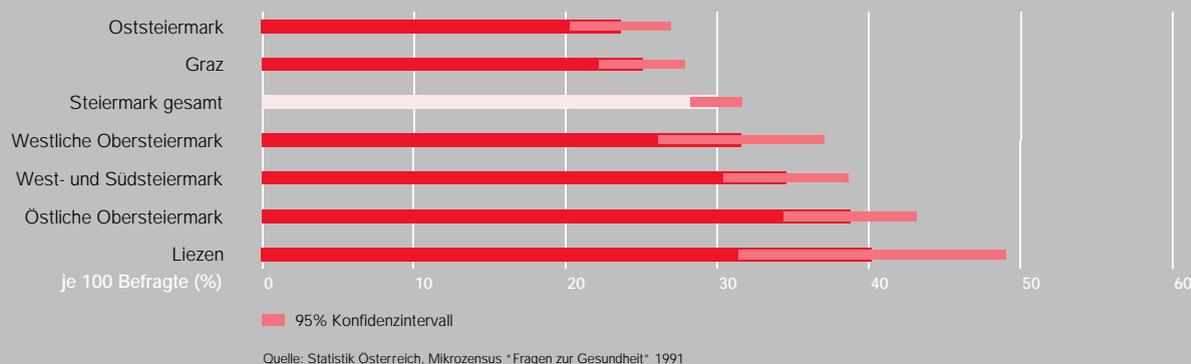


n Abbildung 15

Körperliche Aktivität für die Gesundheit

Prävalenz nach Alter
Steiermark
1991

Regionale Unterschiede in der körperlichen Aktivität für die Gesundheit



n Abbildung 16

Körperliche Aktivität für die Gesundheit

Prävalenz nach NUTS III-Regionen
Steiermark
1991

Körperliche Aktivitäten der steirischen Bevölkerung

30 Prozent der Steirerinnen und Steirer geben an körperlich aktiv zu sein, um gesund zu bleiben. Bei den Frauen liegt der Anteil mit 27 % signifikant unter dem der Männer, der bei 33 % liegt.

Von der oststeirischen Bevölkerung werden am wenigsten sportliche Aktivitäten gesetzt.

Auf die Frage nach Aktivitäten, um gesund zu bleiben bzw. um Krankheit vorzubeugen, geben in der Mikrozensusbefragung *Zur Gesundheit* im Jahre 1991 30 Prozent der Befragten an, sich körperlich zu betätigen. Bei den Frauen liegt der Anteil mit 27 Prozent signifikant unter dem der Männer, nämlich 33 Prozent (Abb.14, Seite 137). Aktuellere Ergebnisse aus der Befragung 1999 liegen zur Zeit noch nicht vor.

Zwischen dem 15. und 40. Lebensjahr schwankt der Anteil der Bevölkerung, die körperliche Aktivität im Sinne der Gesundheitsvorsorge angeben, um die 35 Prozent und nimmt dann mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab. In der Altersgruppe der Über-85-jährigen geben noch immerhin 11 Prozent der Befragten an, körperlichen Aktivitäten nachzugehen. In diesem Zusammenhang sei nochmals darauf hingewiesen, dass die institutionell betreute Bevölkerung in dieser wie in den meisten Befragungen nicht eingeschlossen ist. Auch die Bandbreite der Ergebnisse in den höheren Altersgruppen ist beträchtlich, was darauf zurückzuführen ist, dass ältere Menschen für Interviews schwieriger zugänglich sind und die Gruppe der Befragten eher klein ist. Umso kleiner eine Stichprobe, umso weniger exakt sind die Ergebnisse. Übertragen auf die Bevölkerungsgruppe der 85-Jährigen, die in ihrer häuslichen Umgebung leben, liegt die Annahme für die körperlich Aktiven also nicht bei exakt 11 Prozent, sondern zwischen 1 und 20 Prozent (Abb.15, Seite 137).

Im regionalen Vergleich zeigt sich die Bevölkerung der Oststeiermark am wenigsten aktiv. Rund 24 Prozent der Oststeirerinnen und Oststeirer geben an, sportliche Aktivitäten zur Krankheitsvorbeugung zu setzen. Der Wert liegt ebenso wie der Grazer Wert signifikant unter

dem steirischen Durchschnitt. 40 Prozent der Bevölkerung in und um Liezen geben an, körperlich aktiv zu sein, statistisch signifikant über dem steirischen Durchschnitt liegt jedoch nur die Östliche Obersteiermark (Abb.16, Seite 137).

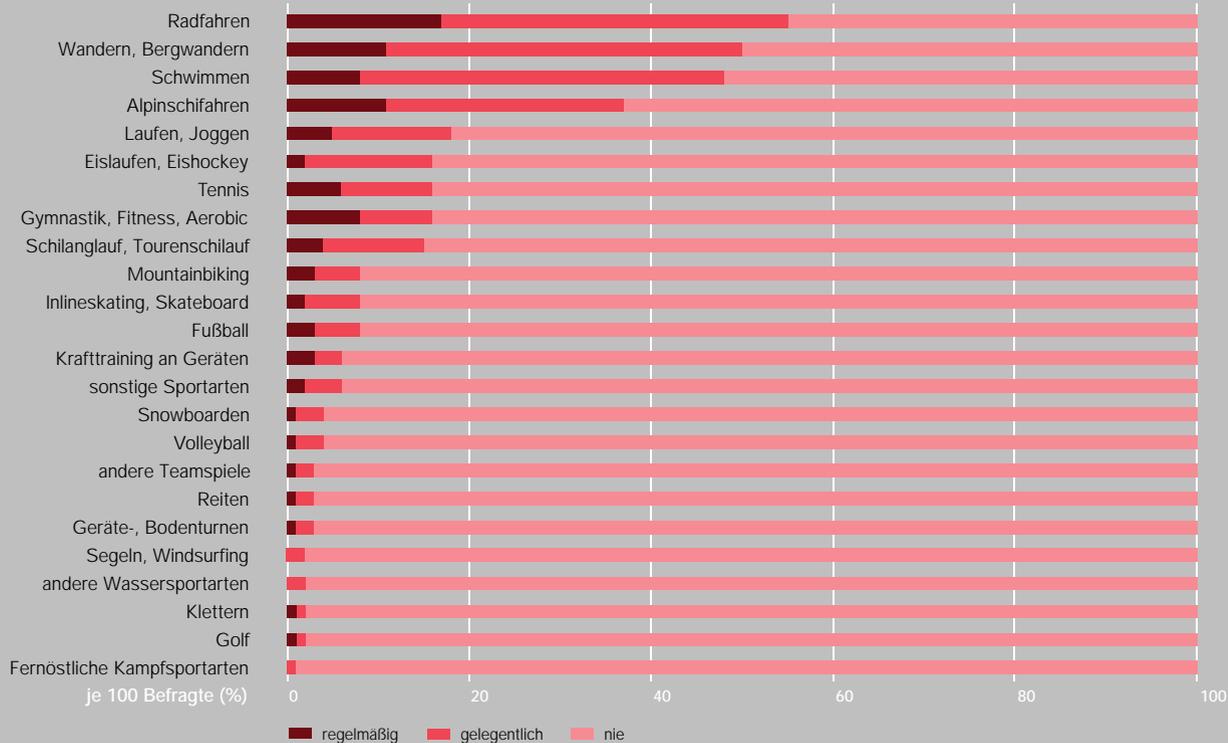
In der zeitlich aktuelleren Mikrozensusbefragung *Zur Freizeitkultur* im Jahr 1998 wurden die Steirerinnen und Steirer nach den Sportarten befragt, die sie regelmäßig, gelegentlich oder nie ausüben. An erster Stelle rangiert das Radfahren, gefolgt von Wandern, Schwimmen und Alpenschifahren. Joggen, Eislaufen, Tennis, Gymnastik und Schilanglauf rangieren in der Beliebtheit ungefähr gleich und werden jeweils von rund 16 Prozent der Bevölkerung regelmäßig oder gelegentlich betrieben. Andere Sportarten werden nur von einer Minderheit der Steirerinnen und Steirer betrieben (Abb.17).

55 Prozent der steirischen Bevölkerung gibt an mehr oder weniger regelmäßig Rad zu fahren. Der Anteil der regelmäßigen Radfahrer beläuft sich jedoch steiermarkweit nur auf 17 Prozent, und streut im regionalen Vergleich von knapp 13 Prozent in der Oststeiermark bis knapp 26 Prozent in der Westlichen Obersteiermark. Beide Regionen weichen signifikant vom steirischen Durchschnitt ab (Abb.18). Die Oststeiermark weist auch für andere untersuchte sportliche Aktivitäten stets die niedrigsten Werte auf.

In der Befragung der *Gesunden Gemeinden* zwischen 1995 und 1999 wurde nach der Häufigkeit der Sportausübung gefragt. Insgesamt gesehen stehen 12 Prozent Befragten, die fast täglich Sport betreiben, 20 Prozent Befragte, die nie Sport betreiben, gegenüber (Abb.19). Nach Alter geschichtet fällt auf, dass der Prozentsatz der "täglichen Sportler" zwar der niedrigste ist,

Sportausübung in der Steiermark nach Sportarten

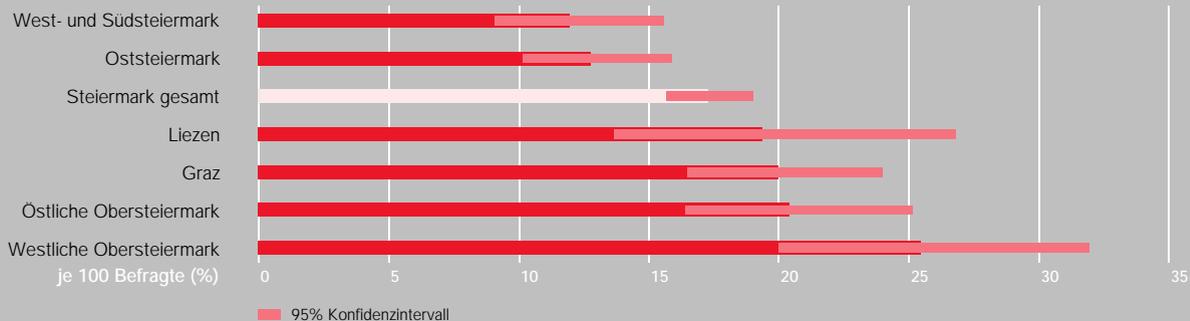
n Abbildung 17



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus "Freizeitkultur" 1998

Regelmäßiges Radfahren im Regionenvergleich

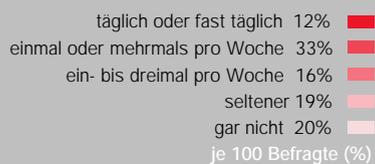
n Abbildung 18



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus "Freizeitkultur" 1998

Häufigkeit der Sportausübung in den Gesunden Gemeinden

n Abbildung 19



Quelle: Institut für Sozialmedizin, Befragung "Gesunde Gemeinden"

Die Regelmäßigkeit
spielt eine wichtige Rolle
in der lebensbegleitenden
und gesundheitsfördernden
Funktion des Sports.

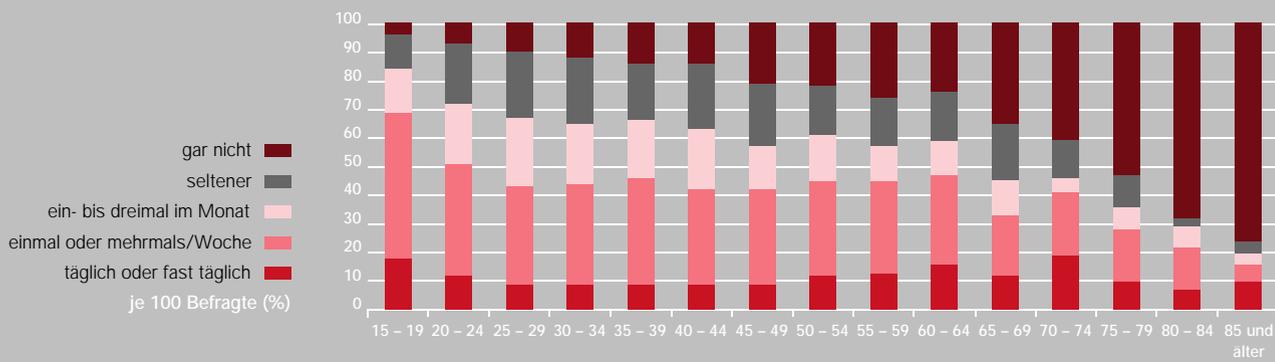
aber am wenigsten Schwankungen aufweist.
Es ist anzunehmen, dass eine regelmäßige
Gewöhnung an Sport in jungen Lebensjahren
die beste Voraussetzung für Sport als lebens-
begleitende und damit gesundheitsfördernde
Aktivität darstellt. Umso unregelmäßiger die
sportliche Aktivität ausgeübt wird, umso stärker
nimmt sie mit zunehmendem Alter ab (Abb.20).

Häufigkeit der Sportausübung nach Alter

n Abbildung 20

Sportausübung

Prävalenz nach Häufigkeit und Alter "Gesunde Gemeinden" in der Steiermark 1995 - 1999



Quelle: Institut für Sozialmedizin, Befragung der "Gesunden Gemeinden"