

Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition

Summary in German

Gesundheitsdaten auf einen Blick: OECD-Indikatoren 2005

Zusammenfassung in Deutsch

Kurzzusammenfassung

Die Gesundheitssysteme nehmen in den OECD-Ländern zunehmend breiten Raum ein und werden immer wichtiger. Fortschritte im Bereich der Gesundheitsversorgung und bei der Entwicklung neuer Medikamente haben zu den stetigen Verbesserungen im Gesundheitszustand beigetragen, derer sich die OECD-Länder in den letzten Jahrzehnten erfreuten. Gleichzeitig sind die Gesundheitsausgaben höher denn je und beanspruchen einen immer größeren Anteil des Volkseinkommens.

Eine gute Gesundheit hängt natürlich nicht allein von der Gesundheitsversorgung und den Gesundheitsausgaben ab. Eine Vielzahl von Belegen zeigt, dass der Gesundheitszustand der Bevölkerung in den Industrieländern stärker durch sozioökonomische Faktoren und den Lebensstil bestimmt wird als durch die Erbringung von Gesundheitsleistungen selbst. Gut konzipierte öffentliche Gesundheitsprogramme können zur Vorbeugung von Krankheiten beitragen und einen Teil des auf den Gesundheitssystemen lastenden Kostendrucks mindern helfen. Auch die gesundheitlichen Risikofaktoren ändern sich. Zwar haben viele OECD-Länder beispielsweise in den vergangenen Jahrzehnten bei der Reduzierung des Tabakkonsums bemerkenswerte Fortschritte erzielt, hingegen hat die Fettleibigkeit in allen OECD-Ländern zugenommen, was auf Veränderungen bei den Ernährungsgewohnheiten und eine eher sitzende Lebensweise zurückzuführen ist.

Die Veröffentlichung *Gesundheit auf einen Blick – OECD-Indikatoren 2005* enthält eine Sammlung vergleichbarer und aktueller Indikatoren zu verschiedenen Leistungsaspekten von Gesundheitssystemen. Als Grundlage dienen die *OECD-Gesundheitsdaten 2005*, eine umfassende Datenbank, die über 1 000 statistische Reihen zu Gesundheitsfragen und Gesundheitssystemen in den OECD-Ländern enthält. Diese dritte Ausgabe von *Gesundheit auf einen Blick* konzentriert sich nicht nur auf die Ressourcen und Aktivitäten von Gesundheitssystemen, sondern umfasst auch eine größere Zahl von Indikatoren zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. So

enthält das Kapitel über den Gesundheitsstatus z.B. mehr Informationen über den Gesundheitszustand von Kindern, darunter auch ihre Zahngesundheit. Im Kapitel über die Risikofaktoren wurden zu den Indikatoren für Tabak- und Alkoholkonsum, Übergewicht und Fettleibigkeit ernährungsspezifische Indikatoren hinzugefügt. Angaben zur Verbreitung der Gripeschutzimpfung unter älteren Menschen ergänzen die traditionellen Indikatoren zu Kinderschutzimpfungen als Beispiel für präventive Gesundheitsleistungen, die einem schlechten Gesundheitszustand vorbeugen und den damit verbundenen Pflegebedarf reduzieren können. Zudem werden die Gesundheitsausgaben nun aufgeschlüsselt, um die Ausgaben für strukturierte öffentliche Gesundheitsprogramme in den verschiedenen OECD-Ländern getrennt auszuweisen.

Diese Publikation verdeutlicht anhand von frappierenden Beispielen, dass es in den 30 OECD-Mitgliedsländern bei den Indikatoren für den Gesundheitszustand und die Gesundheitsrisiken wie auch in Bezug auf die Kosten, die Ressourcenallokation und die Leistungen der Gesundheitssysteme große Unterschiede gibt. Bei einer Reihe von Indikatoren ist die Bevölkerung nach Alter und Geschlecht aufgeschlüsselt, doch in den meisten Fällen wird keine detailliertere Unterteilung nach Regionen (der einzelnen Länder), sozioökonomischen Gruppen oder verschiedenen ethnischen/rassischen Gruppen vorgenommen. Der Leser sollte daher im Auge behalten, dass es bei vielen der in dieser Veröffentlichung dargestellten Indikatoren *innerhalb* eines Landes ebenso große Unterschiede geben kann wie *zwischen* den Ländern.

Im Folgenden werden einige der wichtigsten Erkenntnisse dieser Studie in Bezug auf die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme zusammengefasst.

Der Gesundheitsstatus hat sich in den OECD-Ländern dramatisch verbessert

- **Die Lebenserwartung bei der Geburt ist in den vergangenen Jahrzehnten in den OECD-Ländern erheblich gestiegen**, dank eines höheren Lebensstandards, einer gesünderen Lebensweise und einer besseren Bildung sowie Fortschritten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und in der Effizienz der Medizin. Im Durchschnitt lag die Lebenserwartung bei der Geburt im Jahr 2003 in den OECD-Ländern bei 77,8 Jahren, während es 1960 nur 68,5 Jahre waren. Japan verzeichnete 2003 mit 81,8 Jahren für die Bevölkerung insgesamt die höchste Lebenserwartung, gefolgt von Island, Spanien, der Schweiz, Australien und Schweden (Abb. 1.1).
- Es ist schwierig, den relativen Beitrag der zahlreichen nichtmedizinischen und medizinischen Faktoren zu schätzen, die für Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den Ländern und im Zeitverlauf ausschlaggebend sein könnten. **Ein höheres Volkseinkommen wird in den OECD-Ländern generell mit einer höheren Lebenserwartung bei der Geburt assoziiert**, obwohl der Zusammenhang bei höheren Einkommensniveaus weniger ausgeprägt ist. Nennenswerte Unterschiede in der Lebenserwartung gibt es auch zwischen OECD-Ländern mit ähnlichem Pro-Kopf-Einkommen. In Japan und Spanien z.B. ist die Lebenserwartung höher, als allein auf Grund des Pro-Kopf-BIP dieser Länder anzunehmen wäre, wohingegen die Vereinigten Staaten und Ungarn eine geringere Lebenserwartung aufweisen als auf der Basis ihres Einkommens projiziert würde (Abb. 1.3).

- **Auch die Lebenserwartung mit 65 Jahren ist in den letzten Jahrzehnten in den OECD-Ländern erheblich gestiegen.** Im Jahr 2003 lag die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren im Durchschnitt der OECD-Länder bei 19,3 Jahren für Frauen und 15,9 Jahren für Männer, was sowohl für Frauen als auch für Männer einem Anstieg von über 3 Jahren seit 1970 entspricht. Ebenso wie bei der Lebenserwartung bei der Geburt, steht Japan 2003 bei der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren an der Spitze (Abb. 1.5). **Die Lebenserwartung mit 65 Jahren wird in den kommenden Jahrzehnten wahrscheinlich weiter steigen.** Nach Vorausberechnungen der OECD wird die Lebenserwartung mit 65 Jahren 2040 in den OECD-Ländern durchschnittlich 21,6 Jahre für Frauen und 18,1 Jahre für Männer betragen.
- Alle OECD-Länder haben in den vergangenen Jahrzehnten **bei der Reduzierung der Säuglingssterblichkeit bemerkenswerte Fortschritte erzielt**, dank genereller Verbesserungen der wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen wie auch Verbesserungen in der postnatalen Versorgung, einschließlich Zugang zu Kinderschutzimpfungen. Portugal hat die Säuglingssterblichkeit seit 1970 um mehr als 90% reduziert und gehörte, nachdem es zuvor das Land mit der höchsten Säuglingssterberate in Europa war, 2003 zu den Ländern mit den niedrigsten Raten. Ein starker Rückgang der Säuglingssterblichkeit wurde auch in Mexiko, der Türkei und einigen südeuropäischen Ländern wie Italien, Spanien und Griechenland verzeichnet. Im Jahr 2003 war die Säuglingssterblichkeit unter den OECD-Ländern in Japan und einigen der nordischen Länder am niedrigsten (Abb. 1.20).

Die OECD-Länder sehen sich wachsenden Gesundheitskosten gegenüber

- Während sich die Lebenserwartung in den vergangenen Jahrzehnten in den OECD-Ländern in beeindruckendem Maße erhöht hat, sind in diesem Zeitraum auch die Gesundheitskosten gestiegen, und in den meisten Ländern haben die Gesundheitsausgaben rascher zugenommen als das gesamtwirtschaftliche Wachstum. **Im Jahr 2003 wandten die OECD-Länder im Durchschnitt 8,8% ihres BIP für Gesundheitsausgaben auf, gegenüber 7,1% im Jahr 1990 und knapp über 5% im Jahr 1970.** Der auf die Gesundheitsausgaben entfallende BIP-Anteil variiert zwischen den Ländern jedoch erheblich, und reicht von 15% in den Vereinigten Staaten bis zu weniger als 6% in der Slowakischen Republik und Korea. Nach den Vereinigten Staaten wiesen die Schweiz und Deutschland 2003 die höchsten Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP auf, nämlich 11,5% bzw. 11,1% (Abb. 3.7).
- Die Zunahme der Gesundheitsausgaben kann mehreren Faktoren zugeschrieben werden. Generell geben OECD-Länder mit höherem Pro-Kopf-BIP je Einwohner mehr Geld für die Gesundheit aus (Abb. 3.10). Es gibt jedoch erhebliche Differenzen zwischen den Ländern, die z.T. auf politische Entscheidungen hinsichtlich des angemessenen Ausgabenniveaus, unterschiedliche Finanzierungs- und Organisationsstrukturen der Gesundheitssysteme sowie den jeweils empfundenen Wert zusätzlicher Ausgaben für Gesundheitszwecke im Vergleich zu Ausgaben für sonstige Waren und Dienstleistungen zurückgeführt werden können. Ein maßgeblicher Faktor für den Anstieg der Gesundheitskosten sind die medizinischen Fortschritte in den Bereichen Prävention, Diagnostik und Behandlung von Gesundheitsproblemen. Eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst die Entwicklung und Verbreitung neuer

medizinischer Technologien und Medikamente, und dies gilt auch für den Prozess der Entscheidungsfindung, wie neue Geräte, Behandlungsmethoden oder Arzneimittel finanziert werden sollen. Die Bevölkerungsalterung trägt ebenfalls zum Anstieg der Gesundheitsausgaben bei. Der Bevölkerungsanteil der 65-jährigen und älteren Menschen hat in allen OECD-Ländern zugenommen (Abb. 5.3), und dieser Trend dürfte sich in den kommenden Jahren und Jahrzehnten fortsetzen, insbesondere mit der Alterung der „Baby-Boom“-Generation (die ab 2010 das Alter von 65 Jahren erreichen wird). Da der Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen bei älteren Bevölkerungsgruppen generell größer ist, kann man davon ausgehen, dass die Bevölkerungsalterung für einen Anstieg der öffentlichen Ausgaben in diesen Bereichen sorgen wird.

Von den Gesundheitsausgaben geht Druck auf die öffentlichen Haushalte aus

- Auf Grund der Prädominanz des staatlich finanzierten Krankenversicherungsschutzes bzw. der direkten staatlichen Finanzierung der Gesundheitsversorgung in den meisten OECD-Ländern wird der größte Teil der Gesundheitsausgaben in allen Ländern, außer den Vereinigten Staaten, Mexiko und Korea, vom öffentlichen Sektor bestritten (Abb. 3.17). Selbst in den Vereinigten Staaten, wo der private Sektor bei der Finanzierung eine besonders große Rolle spielt, belaufen sich die öffentlichen Gesundheitsausgaben auf 6,6% des BIP, was mit dem OECD-Durchschnitt vergleichbar ist.
- Das letzte Jahrzehnt lässt sich in Bezug auf das Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern grob in zwei Zeitabschnitte einteilen. Im Zeitraum 1992-1997 ging das Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben nicht über das Wirtschaftswachstum hinaus oder blieb sogar darunter. In den letzten Jahren hingegen **sind die öffentlichen Gesundheitsausgaben in allen OECD-Ländern rascher gestiegen als das Wirtschaftswachstum**. In einigen Ländern, wie dem Vereinigten Königreich und Kanada, waren die jüngsten Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen auf eine bewusste Politik zurückzuführen, mit der der Nachfragedruck, der sich infolge der Mitte der neunziger Jahre ergriffenen Kostendämpfungsmaßnahmen aufgebaut hatte, entschärft werden sollte (Abb. 3.6).
- Der rasche in den letzten Jahren verzeichnete Anstieg der Arzneimittelausgaben, die seit 1997 durchschnittlich um über 5% im Jahr zunahmen, hat maßgeblich zur Ausweitung der gesamten Gesundheitsausgaben beigetragen. In der Tat **sind die Ausgaben für Arzneimittel in den meisten OECD-Ländern rascher gestiegen als die gesamten Gesundheitsausgaben** in diesem Zeitraum. In den Vereinigten Staaten und in Australien war die Zuwachsrate bei den Arzneimittelausgaben in den letzten Jahren mehr als doppelt so hoch wie bei den Gesundheitsausgaben insgesamt. Ein erheblicher Zuwachs wurde auch in Irland und Korea beobachtet, allerdings gegenüber einem verhältnismäßig niedrigen Pro-Kopf-Niveau zu Beginn des Zeitraums. Sehr viel moderater fiel die Zuwachsrate in Japan aus (Abb. 3.16).
- Im Durchschnitt der OECD-Länder werden Medikamente zu 60% aus öffentlichen Mitteln finanziert, der Rest wird hauptsächlich durch Selbstzahlungen und in geringerem Maße durch private Krankenversicherung gedeckt. Dieser Durchschnittswert verbirgt jedoch eine sehr große Variationsbreite, die von Niedrigwerten von 11% in Mexiko und 21% in den Vereinigten Staaten bis zu einem

Höchstwert von 86% in Irland reicht. Mit ausschlaggebend hierfür ist, inwieweit und sogar ob die Kosten für Arzneimittel im Rahmen nationaler Gesundheitsprogramme und von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden (Tabelle A.3.11).

- Im Jahr 2003 waren die Arzneimittelausgaben pro Kopf der Bevölkerung am höchsten in den Vereinigten Staaten (über 700 US-\$ pro Einwohner), gefolgt von Frankreich (knapp über 600 US-\$), Kanada und Italien (etwa 500 US-\$). Die niedrigsten Ausgaben wurden mit etwas über 100 US-\$ in Mexiko und der Türkei verzeichnet. Die Länderunterschiede bei den Arzneimittelausgaben spiegeln Unterschiede im Volumen, in der Konsumstruktur und im Preisniveau wider. Differenzen beim Einkommensniveau der verschiedenen Länder haben ebenfalls einen Einfluss auf die Arzneimittelausgaben (Abb. 3.14).

Der Mangel an Ressourcen für die Gesundheitsversorgung könnte in einigen Ländern ein Problem darstellen

- **In vielen Ländern existiert anscheinend ein Ärztemangel, der als bedrohlich empfunden wird.** Umfang, Verteilung und Zusammensetzung der Ärzteschaft werden durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst, darunter Zugangsbeschränkungen zum Ärzteberuf, Auswahl der Fachrichtung, Verdienstmöglichkeiten und sonstige Aspekte der Arbeitsbedingungen, sowie Migration. **2003 bestanden hinsichtlich der Zahl der praktizierenden Ärzte je Einwohner zwischen den OECD-Ländern große Unterschiede. Sie reichte von Höchstwerten von mehr als 4 Ärzten je 1 000 Einwohner in Italien und Griechenland bis zu Tiefstwerten von weniger als 2 Ärzten je 1 000 Einwohner in der Türkei, Mexiko und Korea.** Verhältnismäßig gering war die Anzahl der praktizierenden Ärzte je Einwohner auch in Japan, Kanada, dem Vereinigten Königreich und in Neuseeland. In dieser letztgenannten Ländergruppe ist der Zugang zum Medizinstudium traditionell beschränkt.
- **Im Ausland ausgebildete Ärzte machen in einigen Ländern einen erheblichen Anteil der Ärzteschaft aus.** Im Jahr 2000 lag der Anteil der im Ausland ausgebildeten Kräfte unter den praktizierenden Ärzten in englischsprachigen Ländern, wie Neuseeland, dem Vereinigten Königreich, den Vereinigten Staaten und Kanada, bei über 20%. Dagegen war der Anteil der im Ausland ausgebildeten Ärzte in Japan, Österreich und Frankreich wesentlich niedriger (Abb. 2.4). Die internationale Migration kann die Flexibilität der Arbeitsmärkte für Ärzte und sonstige Gesundheitsberufe in den Zielländern erhöhen, lässt aber ernsthafte Bedenken hinsichtlich einer Expertenflucht (Braindrain) aufkommen, wenn es zu langfristigen Nettomigrationsströmen aus Niedrigeinkommens- in Hocheinkommensländer kommt.
- Neue Daten zu **Ärztgehältern** werden in dieser dritten Ausgabe von *Gesundheit auf einen Blick – OECD-Indikatoren 2005* für Allgemeinmediziner und für Fachärzte (mit getrennten Angaben für im Angestelltenverhältnis und freiberuflich tätige Ärzte) präsentiert. Im Vergleich zum jeweiligen Durchschnittseinkommen schwankt das Einkommen der Ärzte zwischen den Ländern erheblich. **Beispielsweise ist das Einkommen selbstständiger Fachärzte in den Niederlanden, den Vereinigten Staaten, Belgien und Kanada relativ hoch.** Andererseits verdienen Fachärzte in Ungarn und der Tschechischen Republik (egal, ob sie in einem Angestelltenverhältnis

stehen oder freiberuflich tätig sind) im Verhältnis zum nationalen Durchschnittseinkommen weniger als in anderen Ländern (Abb. 2.9).

- Es gibt auch Berichte über einen akuten Krankenschwester-mangel in fast allen OECD-Ländern. **Wie bei den Ärzten sind bei der Anzahl der Krankenschwestern erhebliche Unterschiede zwischen den OECD-Ländern festzustellen**, obwohl die Vergleichbarkeit der Daten auf Grund der Einbeziehung verschiedener Kategorien von Krankenschwestern eingeschränkt ist. Irland, Island und die Niederlande weisen mit mehr als 13 Krankenschwestern je 1 000 Einwohner im Jahr 2003 die höchste Zahl von Krankenschwestern pro Kopf der Bevölkerung auf. Am unteren Ende der Skala kommen in der Türkei, Korea, Mexiko und Griechenland auf 1 000 Einwohner weniger als 4 Krankenschwestern (Abb. 2.5). Betrachtet man die längerfristigen Trends, so hat die Zahl der Krankenschwestern pro Kopf der Bevölkerung zwischen 1990 und 2003 in den meisten Ländern zumindest geringfügig weiter zugenommen, aber in Australien, Kanada, Neuseeland und Polen zurückzugehen begonnen (Abb. 2.6).
- Daten über die **Bezahlung von Krankenschwestern** sind nur für in Krankenhäusern angestellte Kräfte verfügbar. Auf der Basis von Daten aus 12 Ländern ist das relative Einkommen der Krankenschwestern im Vergleich zum Pro-Kopf-BIP am höchsten in Portugal, gefolgt von Australien und Neuseeland. Am niedrigsten ist das relative Einkommen in der Tschechischen Republik und in Ungarn sowie in Norwegen (Abb. 2.11).
- Es gibt in einigen Ländern auch Befürchtungen, dass nicht genügend Diagnose- oder Therapiegeräte vorhanden sind, um einen rechtzeitigen Zugang zur Spitzentechnologie zu gewährleisten. **Die Verfügbarkeit von Diagnostiktechnologien, wie Geräten für Computer-Tomographie (CT) und Magnetresonanztomographie (MRI) hat in den vergangenen zehn Jahren in allen OECD-Ländern zugenommen.** Da es sich bei MRI um eine neuere Technologie handelt als bei CT, ist die Zahl der MRI-Geräte seit 1990 besonders rasch gestiegen (Tabelle A.2.8). Dennoch gibt es nach wie vor erhebliche Unterschiede in der Verbreitung dieser medizinischen Technologien, wobei Japan mit Abstand die höchste Anzahl an CT- und MRI-Geräten pro Kopf der Bevölkerung aufweist. Am anderen Ende der Skala ist es angesichts der hohen Kosten dieser Geräte nicht überraschend, dass die Anzahl der MRI-Einheiten pro Kopf der Bevölkerung in Mexiko am geringsten ist, gefolgt von Polen, der Slowakischen Republik und der Tschechischen Republik (Abb. 2.13 und 2.14).

Ein stärkerer Akzent auf Prävention könnte Möglichkeiten für weitere Verbesserungen des Gesundheitszustands eröffnen und zugleich den Druck auf die Gesundheitssysteme verringern

- Den Gesundheitssystemen wird zuweilen vorgeworfen, dass sie sich zu stark auf die Behandlung von „Kranken“ konzentrierten, aber nicht genug für die Vorbeugung von Krankheiten tun würden. In der Tat **werden in den OECD-Ländern im Durchschnitt nur rd. 3% der laufenden Gesundheitsausgaben für Prävention und öffentliche Gesundheitsprogramme verwendet** (Abb. 3.12).
- Die Kinderschutzimpfung hat sich als eine der effizientesten Präventivmaßnahmen zur Reduzierung von Kinderkrankheiten und Kindersterblichkeit erwiesen. **Rund zwei**

Drittel der OECD-Länder haben eine DTP-Impfquote (Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten) von 95% oder mehr erreicht, das Niveau, das notwendig ist, um eine allgemeine Immunität der Bevölkerung zu gewährleisten. Bei Masern gibt etwa die Hälfte der OECD-Länder denselben Schutzgrad an. Einige OECD-Mitglieder, die gemessen am Pro-Kopf-BIP zu den wohlhabenderen Ländern zählen, wie Irland, Norwegen und Österreich, weisen sowohl bei Diphtherie als auch bei Masern einen unterdurchschnittlichen Impfschutz auf (Abb. 2.21).

- Im Laufe der letzten zehn Jahre hat sich die Grippeimpfung für ältere Menschen in den OECD-Ländern immer weiter durchgesetzt, um Krankheit, Hospitalisierung und Mortalität in dieser Bevölkerungsgruppe entgegenzuwirken, die im Fall von Grippeerkrankungen einem höheren Risiko ernster Komplikationen ausgesetzt ist. **Im Jahr 2003 schwankte der Anteil der gegen Grippe geimpften unter älteren Menschen zwischen einem niedrigen Wert von unter 40% in der Tschechischen Republik, der Slowakischen Republik sowie Ungarn und über 75% in Australien, Korea und den Niederlanden.** Die Impfquote lag auch in den meisten G7-Ländern bei über 60%, mit Ausnahme von Deutschland und Japan, wo 2003 weniger als 50% der älteren Bevölkerung angaben, gegen Grippe geimpft zu sein (Abb. 2.23).

Die gesundheitlichen Risikofaktoren ändern sich

- Viele OECD-Länder haben in den vergangenen zwei Jahrzehnten bei der Verringerung des Tabakkonsums bemerkenswerte Fortschritte erzielt, obwohl Rauchen noch immer eine der Hauptursachen für Frühsterblichkeit ist. Dieser Rückgang ist sehr weitgehend Politikmaßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums zuzuschreiben wie öffentlichen Aufklärungskampagnen, Werbeverbote und Steuererhöhungen. Der Anteil der täglichen Raucher unter der Erwachsenenbevölkerung liegt in Australien, Kanada, Schweden und den Vereinigten Staaten nun bei weniger als 20%, während er Ende der siebziger Jahre noch über 33% betragen hatte. Am anderen Ende der Skala sind in Griechenland, Ungarn und Luxemburg noch immer mehr als 33% der Erwachsenen ständige Raucher (Abb. 4.1).
- Der durchschnittliche Alkoholkonsum je Erwachsenen ist in vielen OECD-Ländern in den vergangenen zwei Jahrzehnten ebenfalls schrittweise gesunken. Werbungseinschränkungen, Verkaufsrestriktionen und Steuern haben sich allesamt als effiziente Maßnahmen zur Verringerung des Alkoholkonsums erwiesen. In traditionell Wein produzierenden Ländern, wie Italien und Frankreich, wird seit 1980 ein deutlicher Rückgang des Pro-Kopf-Alkoholkonsums verzeichnet. Andererseits ist der Pro-Kopf-Alkoholkonsum in Irland um über 40% gestiegen (Abb. 4.6 und 4.7).
- In vielen OECD-Ländern wird die steigende Quote an Übergewichtigen und Fettleibigen unter Kindern und Erwachsenen rasch zu einem ernsthaften Problem für die öffentliche Gesundheit. Fettleibigkeit ist ein bekannter Risikofaktor für verschiedene Gesundheitsprobleme, darunter Bluthochdruck, erhöhter Cholesterinspiegel, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Asthma, Arthritis und einige Arten von Krebs. In zehn OECD-Ländern können über 50% der Erwachsenen heute als übergewichtig oder fettleibig bezeichnet werden. Diese Länder sind die Vereinigten Staaten, Mexiko, das Vereinigte Königreich, Australien, die Slowakische

Republik, Griechenland, Neuseeland, Ungarn, Luxemburg und die Tschechische Republik (Tabelle A.4.6).

- Betrachtet man speziell die Fettleibigkeit (mit der größere Gesundheitsrisiken verbunden sind als nur mit Übergewicht), ist Folgendes festzustellen. **Die Prävalenz der Fettleibigkeit unter Erwachsenen reicht von einem Tiefstwert von 3% in Japan und Korea bis zu einem Spitzenwert von 31% in den Vereinigten Staaten.** Es ist jedoch zu beachten, dass Schätzungen der Quoten bei Übergewicht und Fettleibigkeit in den meisten Ländern auf Selbstangaben beruhen, was aber nicht für die Vereinigten Staaten, Australien, Neuseeland und das Vereinigte Königreich gilt, wo die Schätzungen auf Untersuchungen basieren, bei denen Körpergröße und Gewicht der betreffenden Personen effektiv gemessen wurden. Selbstangaben zur Körpergröße und zum Gewicht sind nicht so verlässlich wie tatsächliche Messungen, weil das Gewicht generell zu niedrig angegeben wird. Das bedeutet, dass **die derzeitigen Schätzungen der Fettleibigkeitsquote in den meisten OECD-Ländern die tatsächliche Prävalenz der Fettleibigkeit zu niedrig ausweisen**, weil ein solcher Reporting-Bias besteht (Abb. 4.12 und 4.13).
- Da bei Fettleibigkeit ein höheres Risiko chronischer Erkrankungen gegeben ist, sind damit auch erhebliche zusätzliche Gesundheitskosten verbunden. Schätzungen aus den Vereinigten Staaten deuten darauf hin, dass für Fettleibige die Kosten der gesundheitlichen Versorgung um 36% und die Kosten für Arzneimittel um 77% höher sind als für Personen mit Normalgewicht (Sturm, 2002). Es gibt eine Latenzphase von mehreren Jahren zwischen dem Beginn der Fettleibigkeit und dem Auftreten gesundheitlicher Probleme, was vermuten lässt, dass die in den meisten OECD-Ländern in den vergangenen zwei Jahrzehnten beobachtete Zunahme der Fettleibigkeit in Zukunft höhere Gesundheitskosten nach sich ziehen wird.

© OECD 2005

Übersetzung durch den Deutschen Übersetzungsdienst der OECD.

Die Wiedergabe dieser Zusammenfassung ist unter Angabe der Urheberrechte der OECD sowie des Titels der Originalausgabe gestattet.

Zusammenfassungen in Drittsprachen enthalten auszugsweise Übersetzungen von OECD-Publikationen, deren Originalfassungen in englischer und französischer Sprache veröffentlicht wurden.

Sie sind unentgeltlich beim Online-Bookshop der OECD erhältlich unter www.oecd.org/bookshop/.

Wegen zusätzlicher Informationen wenden Sie sich bitte direkt an die
OECD Rights and Translation Unit,
Public Affairs and Communications Directorate.

E-Mail : rights@oecd.org

Fax: +33 1 45 24 13 91

Adresse: OECD Rights and Translation unit (PAC)
2, rue André-Pascal
75775 Paris cedex 16
France

Besuchen Sie unsere Website www.oecd.org/rights/

