



Daniela Eidt-Koch (Herausgeber)
Johann-Matthias Graf von der Schulenburg (Herausgeber)
A. Prenzler (Herausgeber)

Steuerung des Gesundheitsverhaltens im Spannungsfeld zwischen staatlichem Paternalismus und individueller Freiheit

Schriftenreihe des Instituts für Versicherungsbetriebslehre 15
der Universität Hannover

Herausgegeben von Prof. Dr. J.-M. Graf v. d. Schulenburg

D. Eidt-Koch
A. Prenzler
J.-M. Graf v. d. Schulenburg (Hrsg.)

**Steuerung des Gesundheitsverhaltens
im Spannungsfeld zwischen
staatlichem Paternalismus und individueller Freiheit**

Cuvillier Verlag Göttingen

<https://cuvillier.de/de/shop/publications/1010>

Copyright:
Cuvillier Verlag, Inhaberin Annette Jentzsch-Cuvillier, Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen,
Germany
Telefon: +49 (0)551 54724-0, E-Mail: info@cuvillier.de, Website: <https://cuvillier.de>

1 Motivation

Rauchen zählt noch immer zu den wichtigsten vermeidbaren Todesursachen in der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Union¹. In Anbetracht der Tatsache, dass damit für die gesamte Volkswirtschaft sowohl enorme direkte Kosten, die aus der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wegen rauchinduzierter Erkrankungen resultieren, als auch indirekte Kosten durch Produktivitätsausfälle verbunden sind², wird deutlich, dass der Konsum von Tabakprodukten nicht als Privatsache einzelner Individuen angesehen werden kann.

Im Europäischen Staatenverbund im Allgemeinen und Deutschland im Besonderen wird daher versucht, mit einem umfassenden Maßnahmenkatalog den Tabakkonsum in der Bevölkerung zu reduzieren. Eines der historisch wie auch gegenwärtig herausragenden Instrumente ist bei diesen Bestrebungen die Erhebung einer Tabaksteuer. Die Wirkungen, die von dieser Abgabe auf die Individuen und die Ökonomie ausgehen, sollen in der vorliegenden Arbeit aus der gesundheitsökonomischen Perspektive dargelegt und diskutiert werden. Im Fokus der Betrachtungen stehen dabei die Entwicklungen in Deutschland.

Dafür erscheint es notwendig, zunächst einen Überblick über die Entwicklung und technische Ausgestaltung der Tabaksteuer zu geben. Da Zigaretten 95 % des gesamten Tabakkonsums ausmachen³, stehen sie im Mittelpunkt dieser Analyse. Die von der Tabakbesteuerung ausgehenden Effekte auf die Individuen werden in Kapitel 3 untersucht, wobei eine differenzierte Betrachtung unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen erfolgt. Kapitel 4 ist schließlich den gesamtökonomischen Effekten und insbesondere der Frage gewidmet, inwiefern durch die Wirkungen der Tabaksteuer eine Kostenreduktion im Gesundheitswesen zu erwarten ist. Am Ende der Arbeit wird ein Fazit gezogen.

2 Grundlagen und Ziele der Tabaksteuer

2.1 Problematik und Einordnung

Die Tabaksteuer ist keine Erfindung der modernen Gesundheitspolitik. Vielmehr hat diese Verbrauchsteuer in ihrer Historie einige Bedeutungswandel erfahren. Die Anfänge reichen zurück bis ins 17. Jahrhundert, als sich die Kultur des „Tabaktrinkens“ auf dem europäischen Kontinent ausbreitete. Durch eine Besteuerung – seinerzeit noch Akzise genannt –

¹ Im Folgenden EU.

² Vgl. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic (2008), S. 8.

³ Vgl. Cnossen, S. (2006), S. 19.

sollte die Bevölkerung vom Konsum abgeschreckt werden. Rauchen galt als unsittsam.⁴ Doch der fiskalische Reiz der Abgabe blieb den Machthabenden nicht lange verborgen. So entwickelte sich die Tabaksteuer unter dem Schutzmantel einer zunehmenden gesellschaftlichen Akzeptanz des Rauchens vor allem zu einer wichtigen staatlichen Einnahmequelle.⁵

Erst durch die wachsenden Erkenntnisse über die gesundheitlichen Gefahren des Tabakkonsums erlangte die Abgabe ihren ursprünglichen Zweck zurück. Als Auslöser diverser Krebserkrankungen sowie Herz-Kreislauf- und Atemwegsleiden gilt Rauchen heute global als die wichtigste vermeidbare Todesursache. Nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO)⁶ werden in diesem Jahr fünf Millionen Menschen an den Folgen des Tabakkonsums sterben.⁷ Allein in Deutschland waren es im Jahr 2003 zirka 114.000 Todesfälle. Das entsprach einem Anteil von 13,4 % an der gesamten Mortalität.⁸ Raucher scheinen diese Folgen entweder zu unterschätzen oder aber billigend in Kauf zu nehmen, weil sie krankenversichert sind und so das Risiko vermeidbarer Krankheitskosten auf die Gemeinschaft abwälzen können.⁹

Angesichts der beschriebenen Epidemiologie wird versucht, mit Maßnahmen der Verhältnis- und der Verhaltensprävention das Rauchen in der Bevölkerung zu reduzieren, den Einstieg in die Tabakabhängigkeit zu erschweren sowie den Ausstieg zu erleichtern.¹⁰ „Verhaltensprävention setzt auf individueller Ebene an und verwendet Methoden der Aufklärung und Wissensvermittlung...Verhältnisprävention zielt auf eine Veränderung der Umweltbedingungen.“¹¹ Eine effiziente Maßnahme der Verhältnisprävention wird vor allem in der Tabaksteuer gesehen.¹²

Die Wirksamkeit dieses Instruments als Lenkungssteuer, mit der eine „Modifikation menschlichen Verhaltens herbeigeführt werden soll“¹³, lässt sich an der Entwicklung des Zigarettenabsatzes in Deutschland veranschaulichen, dargestellt in Abbildung 1. Zwischen

⁴ Vgl. Wagner, A. (1910), S. 85.

⁵ Vgl. Homburg, S. (2007), S. 36.

⁶ Im Folgenden WHO.

⁷ Vgl. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic (2008), S. 8-11.

⁸ Vgl. Neubauer, S. / Welte, R. / Beiche A. (2006), S. 466-467.

⁹ Vgl. Wigger, B.U. (2005), S. 519.

¹⁰ Vgl. Forum Gesundheitsziele Deutschland (2004), S. 2.

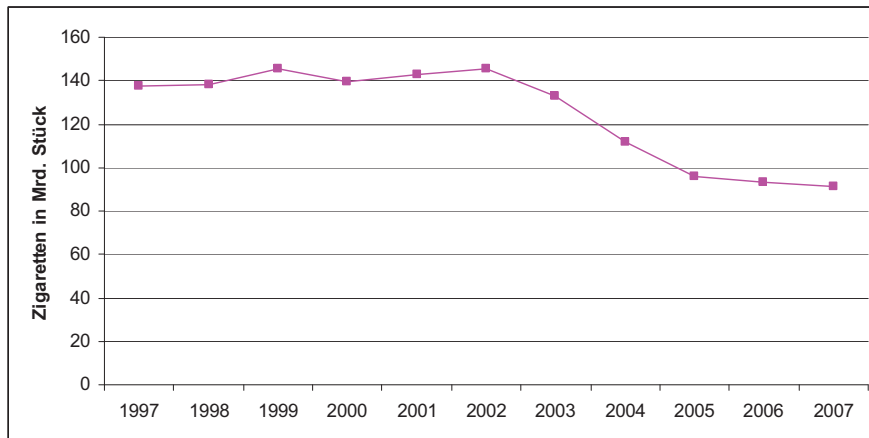
¹¹ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007), S. 6.

¹² Vgl. Forum Gesundheitsziele Deutschland (2004), S. 4.

¹³ Mohr (1976), S. 46.

den Jahren 2002 und 2005 stieg der Zigarettenpreis durch mehrfache Steueranhebungen von 14,79 auf 22,35 Cent.¹⁴ Zur gleichen Zeit lässt sich ein signifikanter Rückgang der Verkaufszahlen beobachten, die versteuerte Menge an Zigaretten sank von 145,2 auf 95,8 Mrd. Stück.¹⁵

Abb. 1: Zigarettenabsatz in Deutschland 1997-2007



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt.

Die absolute Höhe der Tabaksteuer kann von Deutschland nicht autonom festgelegt werden, da die EU Mindeststandards gesetzt hat.

2.2 Einfluss der Europäischen Union

Im Fokus der gemeinsamen Gesundheitspolitik der EU steht seit 1987 die Reduktion des Tabakkonsums. In diesem Zusammenhang hat die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission eine Richtlinie zur Tabaksteuer entwickelt, die der Rat beschlossen hat. Die 92/79/EWG legt u.a. eine globale Untergrenze für die Besteuerung von Zigaretten fest, die sich auf die Mengenkomponekte der Abgabe bezieht.¹⁶

Typischerweise umfasst die Tabaksteuer in den EU-Staaten zwei Elemente; zum einen eine Mengensteuer (specific taxation), die einen Betrag pro Stück festlegt; zum anderen eine Wertsteuer (ad valorem taxation), deren Bemessungsgrundlage der vom Hersteller festgelegte Kleinverkaufspreis bildet, auf den ein prozentualer Aufschlag erhoben wird.¹⁷

¹⁴ Vgl. Hanewinkel, R. / Isensee, B. (2007), S. 35.

¹⁵ Vgl. Datenabfrage beim Statistischen Bundesamt zur Tabaksteuerstatistik.

¹⁶ Vgl. Tobacco or Health in the European Union, S. 3-4.

¹⁷ Vgl. Cnossen, S. / Smart, M. (2005), S. 20.

Entsprechend der Richtlinie muss eine Zigarette mit mindestens 6,4 Cent besteuert werden. Eine zusätzliche Anforderung bestimmt, dass der Endpreis pro Stück zu wenigstens 57 % aus Steuern zu bestehen hat.¹⁸ Diese so genannte Mindestinzidenz kann jedoch auch durch eine entsprechend hohe Mehrwertsteuer erfüllt werden, da sie sich nicht ausschließlich auf die Tabaksteuer bezieht.

2.3 Ausgestaltung der deutschen Tabaksteuer

Der Tabaksteuer unterliegen sämtliche tabakhaltigen Waren, das heißt Zigaretten, Zigarren, Zigarillos sowie Rauchtabak. Eine deutsche Besonderheit stellt jedoch die differenzierte Besteuerung dieser Produkte dar.¹⁹ Dies wird aus Tabelle 1 deutlich, die den aktuellen Stand der Steuersätze nach der letzten Anhebung zum 1. Januar 2007 wiedergibt.

Tab. 1: Steuersätze für Tabakerzeugnisse in Deutschland

	Zigaretten	Zigarren und Zigarillos	Rauchtabak	
			Feinschnitt	Pfeifentabak
mengenbezogene Komponente	8,27 Cent/ Stück	1,4 Cent/ Stück	34,06 Euro/ Kilogramm	15,66 Euro/ Kilogramm
wertbezogene Komponente	24,66%*	1,47%	18,57% **	13,13%

* mind. Der Betrag, der sich aus § 4 Abs. 1 Satz 2 Tabaksteuergesetz ergibt

** mind. 53,28 Euro/Kilogramm

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesministerium für Finanzen.

Der stärksten Besteuerung unterliegen Zigaretten, was jedoch bei der Mengenkompone- te erst durch eine kleine Umrechnung deutlich wird. Geht man von einem Gewicht von 0,633 Gramm²⁰ pro handelsübliche Zigarette aus, ergibt sich pro Kilogramm ein Steuerbe- trag von 130,65 Euro. Dieser ist mehr als viermal so hoch wie die Mengensteuer für Fein- schnitt, der als nahes Substitut der Fabrikzigarette angesehen werden kann.

Die gesamte steuerliche Belastung einer Zigarette – inklusive 19 % Mehrwertsteuer – er- reicht annähernd 76 % und liegt damit deutlich über der Mindestinzidenz. Ohne Steuer

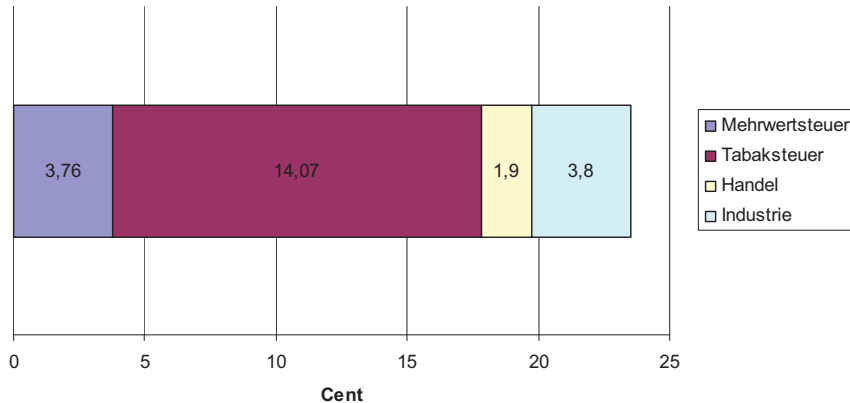
¹⁸ Vgl. Tobacco or Health in the European Union, S. 4-5.

¹⁹ Vgl. Bundesministerium für Finanzen.

²⁰ Vgl. Deutscher Bundestag (2006), S. 2.

wären für eine Zigarette der gängigsten Preisklasse²¹ 5,7 Cent zu entrichten. Wie sich der Bruttostückpreis von 23,53 Cent pro Stück zusammensetzt, zeigt Abbildung 2.

Abb. 2: Steueranteil pro Zigarette



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Deutscher Zigarettenverband.

3 Abschätzung von Nachfragewirkungen

3.1 Bestimmung von Preiselastizitäten

Wie dargestellt wurde, kam es in Folge von Steuererhöhungen in Deutschland zu einem starken Rückgang des Zigarettenabsatzes. Um die Nachfrageeffekte von Tabaksteueranhebungen genauer zu untersuchen, greift man in der Regel auf das Konzept der Preiselastizität zurück. Diese empirisch ermittelte Größe beschreibt, wie sich die Nachfrage ändert, wenn sich der Preis um eine Einheit erhöht. Die Mehrheit der Studien verwendet das so genannte Bogenelastizitätsverfahren, das die Veränderung in Prozent angibt und als Näherung angesehen werden kann.²² Die Preis-Absatz-Elastizität ergibt sich aus folgendem Quotienten:

$$\text{Preis-Absatz-Elastizität} = \frac{\text{Veränderungsrate Absatz}^{23}}{\text{Veränderungsrate Preis}}$$

Sie ist in der Regel negativ, da sich bei einem steigenden Preis ein positiver Nenner und – bei jedem normalen Gut – eine negative Absatzreaktion (Zähler) einstellt.²⁴

²¹ Vgl. Bundesanzeiger (2006), S. 63.

²² Vgl. Körner, J. / Okada, H. / Waller, S. (1996), S. 33.

²³ Vgl. Körner, J. / Okada, H. / Waller, S. (1996), S. 35.

²⁴ Vgl. Homburg, S. (2007), S. 99.

Alternativ können Änderungen des täglichen Zigarettenkonsums ins Verhältnis zur Preisänderung gesetzt werden. Diese Elastizitätsschätzung stützt sich auf Angaben von Probanden zu ihrem Rauchverhalten. Beide Methoden, die in Tabelle 2 einander gegenüber gestellt sind, führen zu unterschiedlichen Ergebnissen, wie sich in einer Untersuchung von Isensee und Hanewinkel (2004) zur Steuererhöhung vom 1. Januar 2003 zeigt. Die nach der Konsumänderung bestimmte Preiselastizität für Zigaretten ergab einen Wert von -0,01. Wurde dagegen die veränderte Menge an versteuerten Zigaretten ins Verhältnis zur Preisänderung gesetzt, betrug der Schätzwert $-0,87^{25}$, was auf eine deutlich stärkere Nachfragereaktion hindeutet.

Tab. 2: Verfahren zur Bestimmung von Preiselastizitäten

	Preis-Absatz-Elastizität	Preis-Konsum-Elastizität
Datenherkunft	Statistikinstitute	Befragungen
Berechnung	Änderungsrate Absatz Änderungsrate Preis	Änderungsrate Konsum Änderungsrate Preis
Vorteile	sichere Datenbasis	Rückschluss auf individuelles Verhalten
Nachteile	kein Rückschluss auf individuelles Verhalten	unsichere Datenbasis: Nicht-Auskunftsquote, Falschauskünfte

Quelle: Eigene Darstellung.

Evans und Farrelly (1998) vermuten, dass vor allem starke Raucher die Anzahl der von ihnen konsumierten Zigaretten in Befragungen als geringer angeben. Die von den Autoren untersuchten Daten einer Repräsentativerhebung erklärten hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung nur 62 % der verkauften Zigaretten.²⁶

Generell liegen die Schätzwerte für die Elastizität der Tabaknachfrage zwischen -0,2 und -0,9²⁷. Gallet und List (2003), die eine Meta-Analyse über 86 Untersuchungen durchgeführt haben, errechnen einen durchschnittlichen Wert von -0,48^{28,29}. Das bedeutet, dass bei

²⁵ Vgl. Isensee, B. / Hanewinkel, R. (2004), S. 776.

²⁶ Vgl. Evans, W. N. / Farrelly, M. C. (1998), S. 582.

²⁷ Vgl. Townsend, J. (1996), S. 132.

²⁸ Die Berechnungen weisen eine relativ hohe Standardabweichung in Höhe von 0,43 auf.

²⁹ Vgl. Gallet, C.A. / List, J.A. (2003), S. 822.

einem Preisanstieg von 10 % die Nachfrage nach Tabakprodukten im Mittel um 4,8 % sinkt.

3.2 Soziologische Differenzierung

Die Nachfragewirkungen sind nicht für die gesamte Bevölkerung pauschal zu bestimmen. Zunächst ist nach schichtspezifischen Gesichtspunkten zu differenzieren. Die Reduktion des Tabakkonsums als Folge von Steuererhöhungen ist bei Rauchern der mittleren und unteren Einkommensschicht nach einer Studie von Hersch (2000) signifikant, sie reagieren preiselastisch. Mit zunehmendem Einkommen hat der Zigarettenpreis dagegen einen deutlich geringeren Effekt auf das Rauchverhalten. Die Kosten des Tabakkonsums machen einen zu geringen Anteil am zur Verfügung stehenden Einkommen aus, als dass marginale Tabaksteuererhöhungen zu einer signifikanten Konsumreduktion führen würden.³⁰

Zur Veranschaulichung der absoluten Beträge, über die hier gesprochen wird, sei das Beispiel eines mittelstarken deutschen Rauchers³¹ mit einem Konsum von 20 Zigaretten am Tag angenommen. Bei dieser Menge hat er zurzeit jährliche Ausgaben in Höhe von 1.460 Euro. Darin enthalten sind Steuern in Höhe von beinahe 1.110 Euro, wovon 873 Euro auf die Tabaksteuer entfallen.³²

Studien über geschlechtsspezifische Effekte einer Tabaksteuererhöhung führen zu sehr ambivalenten Ergebnissen. Eine neuere Untersuchung von Stehr (2007) kommt zu dem Resultat, dass Frauen stärker auf Tabakpreiserhöhungen reagieren als Männer. Hersch (2000) konnte dagegen keine Unterschiede feststellen. Jedoch berücksichtigte Stehr in seiner Analyse weitere Rahmenbedingungen, so dass die Studien nicht direkt vergleichbar sind.³³

Eine starke Wirkung entfaltet eine Tabaksteuererhöhung dagegen nachweislich bei Jugendlichen. Zwar konnten Emery et al. (2001) zeigen, dass ein höherer Preis von Tabakprodukten sich nicht auf das Experimentierverhalten von jungen Menschen auswirkt, da sie die Probe-Zigarette meist kostenlos von Freunden erhalten. Ein hoher Tabakpreis kann

³⁰ Vgl. Hersch, J. (2000), S. 276.

³¹ Als starken Raucher definiert das Statistische Bundesamt, entsprechend einer Empfehlung der WHO, einen Raucher, der mehr als 20 Zigaretten am Tag konsumiert; vgl. Statistische Bundesamt (2007).

³² Die Berechnungen beziehen sich auf die deutsche Tabaksteuer.

³³ Vgl. Stehr, M. (2007), S. 1333-1334; Hersch, J. (2000), S. 280.

Jugendliche aber davon abhalten, zu aktiven regelmäßigen Rauchern zu werden,³⁴ weil ihre Nachfrage nach Tabakprodukten sehr preiselastisch ist.³⁵ Isensee und Hanewinkel (2004) ermittelten in ihrer Untersuchung für die Subgruppe der Unter-25-Jährigen einen Schätzwert von -0,63.³⁶ Andere Studien ermittelten sogar wesentlich niedrigere Werte und somit eine noch preiselastischere Nachfrage von Jugendlichen.

Einer Untersuchung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) zufolge ist für 77 % der jugendlichen Nichtraucher der Preis ein wichtiges Kriterium für die Entscheidung, nicht mit dem Rauchen anzufangen. 84 % der 12- bis 19-jährigen Raucher überlegen wegen der Kosten aufzuhören.³⁷

3.3 Entwicklung der Rauchprävalenz

Die Entwicklung des Anteils der Raucher an der Bevölkerung, die so genannte Prävalenz, gilt als ein Maßstab, um die Wirksamkeit von Tabaksteuererhöhungen zu messen.³⁸ Wie sich der Raucheranteil in der 25- bis 69-jährigen inländischen Bevölkerung zwischen 1984 und 2003 entwickelt hat, zeigt Abbildung 3. Als Raucher gilt, soweit nichts anderes gesagt ist, derjenige, der täglich Tabak konsumiert. Während bei den Männern seit Mitte der 1980er Jahre ein stetiger Rückgang (von 41,6 auf 38 %) zu erkennen ist, hat die Zahl der Raucherinnen stark zugenommen (von 26,7 auf 30,1).³⁹

³⁴ Vgl. Emery, S. / White, M. M. / Pierce, J. P. (2001), S. 268.

³⁵ Vgl. Ross, H. / Chaloupka, F. J. (2003) S. 228.

³⁶ Isensee, B. / Hanewinkel, R. (2004), S. 776.

³⁷ Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006), S. 26.

³⁸ Vgl. Forum Gesundheitsziele Deutschland (2004), S. 4.

³⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2007), S. 3.