

Die Kosten des Rauchens für Gesundheitswesen und Volkswirtschaft in Deutschland

Prof. Dr. Michael Adams und Dr. Tobias Effertz

Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Institut für Recht der Wirtschaft, Universität Hamburg

Hintergrund

Rauchen ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko unserer Zeit. Der Konsum von Tabakprodukten beeinträchtigt die Gesundheit und kann zu frühzeitigem Tod führen. Mit den zahlreichen durch den Tabakkonsum verursachten Erkrankungs- und Todesfällen gehen auch große finanzielle Belastungen für das Gesundheitswesen und die Volkswirtschaft eines Landes einher. Für viele Fragen der Gesundheitspolitik müssen diese Gesundheitseinbußen und Todesfälle in volkswirtschaftliche Kosten umgerechnet und monetär beziffert werden.

Die tabakbedingten Kosten für Gesundheitswesen und Volkswirtschaft erhält man durch Summierung der direkten, der indirekten und der intangiblen Kosten.

Die direkten Kosten des Rauchens

Die direkten Kosten erfassen den Wert der im Gesundheitssektor aufgrund der tabakbedingten Krankheiten verbrauchten Güter, etwa von Arzneimitteln, medizinischen Dienstleistungen wie Operationen sowie die Kosten von Rehabilitationsmaßnahmen.

Für die Berechnung der direkten Kosten für das Kalenderjahr 2007 wird die Gesamtsumme der Krankheitsausgaben in Höhe von insgesamt 252,75 Mrd. Euro auf die einzelnen Krankheiten verteilt. Die direkten Kosten des Tabakkonsums berechnen sich dann, indem zunächst für sämtliche auch auf den Tabakkonsum zurückzuführenden Krankheiten nach ICD-10 die sogenannte ätiologische Fraktion ermittelt wird, die angibt, welcher Anteil der jeweiligen Krankheit auf das Rauchen zurückzuführen ist. Für diese Berechnung verwenden wir die von Prenzler et al.⁵ genutzten Werte. Ist zum Beispiel eine Krankheit in 80 Prozent der Fälle auf den Tabakkonsum zurückzuführen, werden die durch diese Krankheit entstehenden Kosten zu 80 Prozent als direkte Kosten des Tabakkonsums erfasst.

Zusätzlich zu den in der Gesundheitsberichterstattung erfassten Krankheitsausgaben ist ein Betrag für vorbeugende und betreuende Maßnahmen im Gesundheitsbereich, wie Beratungen, ambulante und stationäre Hilfen zu berücksichtigen, der zusätzlich zu den üblichen Gesundheitsleistungen und ohne gesonderte Rechnungsstellung erbracht wird. In Anlehnung an Krankheitskostenrechnungen für Alkohol(folge)schäden⁴ gehen wir davon aus, dass 10 Prozent der gesamten direkten Kosten zusätzlich im Gesundheitsbereich durch vorsorgende und betreuende Maßnahmen entsteht.

Für das Jahr 2007 ergeben sich folgende direkte Kosten des Rauchens in Millionen Euro:

Direkte Kosten	in Mio. Euro
Gesundheitsschutz	58,64
Ambulante Einrichtungen	3.875,15
Arztpraxen	1.196,99
Zahnarztpraxen	509,93

Praxen sonstiger medizinischer Berufe	233,37
Apotheken	1.132,24
Gesundheitshandwerk/-einzelhandel	504,45
Ambulante Pflege	247,10
Sonstige ambulante Einrichtungen	51,07
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen	2.857,84
Krankenhäuser	2.013,12
Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen	240,75
Stationäre/teilstationäre Pflege	604,00
Rettungsdienste	83,33
Verwaltung	456,93
Sonstige Einrichtungen und private Haushalte	231,19
Ausland	34,63
Investitionen	273,13
Direkte Kosten nach Gesundheitsberichterstattung	7.870,84
Vorbeugende und betreuende Maßnahmen	787,08
Insgesamt	8.657,92

Die **direkten Kosten des Tabakkonsums** betragen somit **8,66 Milliarden Euro**. Durch den Tabakkonsum entstehen jedoch noch weitere direkte Kosten: Zu nennen wären beispielsweise Rauchschiäden, Unfälle im Straßenverkehr durch Unachtsamkeit beim Zigarettenanzünden während der Fahrt, Müllbeseitigungskosten für Zigarettenkippen und Asche sowie Brände aufgrund weggeworfener Zigaretten in Betrieben oder im öffentlichen Raum. Da hierzu nur unzureichende Daten vorliegen, wurden diese Positionen nicht berücksichtigt.

Die indirekten Kosten des Rauchens

Indirekte Kosten sind diejenigen Kosten, die dadurch entstehen, dass aufgrund von Krankheit und vorzeitigem Tod ansonsten von den Betroffenen hergestellte Güter und Dienstleistungen nicht mehr erstellt werden können. Indirekte Kosten sind somit die Produktivitätsausfälle einer Volkswirtschaft, die auf den Konsum von Tabakprodukten zurückzuführen sind. Um die indirekten Kosten in Geld zu beziffern, verwendet man meist den Humankapitalansatz. Dabei wird angenommen, dass der krankheitsbedingte Verlust eines Lebensjahres Kosten in Höhe des von den Betroffenen ansonsten am Markt erzielbaren Jahresbruttoeinkommens verursacht³. Der Wert der von den Betroffenen erbrachten Leistungen, denen kein Markteinkommen gegenübersteht (beispielsweise erzieherische Leistungen in der Familie, Ehrenämter, hauswirtschaftliche Tätigkeiten für andere oder Betreuung von Kranken), wird durch Schätzgrößen ebenfalls erfasst und den Kosten hinzugefügt. Ausgeblendet wird bei diesem Verfahren der vom Tabakkonsum verursachte Verlust an Lebensjahren, in denen keine produktiven Leistungen erbracht werden.

Bei der Ermittlung der indirekten Kosten wird die ätiologische Fraktion mit den Ressourcenverlusten multipliziert. Im Jahr 2007 starben rund 107.000 Personen an den Folgen des Rauchens⁵. Bei Berücksichtigung der 3.300 durch Passivraucher Gestorbenen² starben insgesamt rund 110.000 Personen an Tabakkonsum. Zur monetären Bewertung werden die verlorenen produktiven Lebensjahre mit den bei einem Zinssatz von 2 Prozent ermittelten Barwerten des entgangenen Jahreseinkommens multipliziert sowie der Wert der Nichtmarktaktivitäten wie Ehrenämter und handwerkliche Tätigkeiten im eigenen Haushalt über Schätzgrößen erfasst. Neben den durch frühzeitigen Tod entstehenden Ressourcenausfällen fallen morbiditätsbedingt weitere Kosten in Form des krankheitsbedingten Fehlens am Arbeitsplatz an.

Insgesamt ergeben sich folgende indirekte Kosten für das Jahr 2007 in Millionen Euro:

Indirekte Kosten	in Mio. Euro
Mortalitätsverluste bewerteter Arbeitszeit	6.693,46
Mortalitätsverluste bewerteter Nichtmarkt-tätigkeiten	12.277,41
Mortalitätsverluste der Passivraucher	189,65
Arbeitsunfähigkeit GKV	2.650,11
Verluste durch Zigarettenpausen	28,34
Frühberentung	2.970,17
Produktionsausfälle durch Rehabilitation	83,92
Insgesamt	24.893,08

Die **indirekten Kosten des Tabakkonsums** betragen somit **24,89 Milliarden Euro**.

Die **direkten und indirekten Kosten des Tabakkonsums** zusammengenommen betragen somit **33,55 Milliarden Euro**.

Die intangiblen Kosten des Rauchens

Zu den direkten und indirekten Kosten müssten die intangiblen Kosten hinzuaddiert werden. Die intangiblen Kosten umfassen zusätzlich die Einschränkungen der Lebensqualität, das Leid und die Schmerzen der Betroffenen. In der medizinischen Literatur werden intangible Kosten bei Kostenschätzungen häufig nicht berücksichtigt, obwohl es sich um erhebliche Beträge handelt. Aufgrund der schwierigen Erfassbarkeit der Größen wird auch hier auf eine Bezifferung verzichtet.

Würde man aber den in zahlreichen Studien verwendeten Wert von 100.000 Dollar pro verlorenes Lebensjahr ansetzen, ergäben sich Gesamtkosten des Tabakkonsums von weit über 70 Milliarden Euro.

Der Wert von 33,55 Milliarden Euro für die direkten und indirekten Kosten des Tabakkonsums stellt damit eine untere Grenze der durch Rauchen verursachten Kosten dar.

Notwendige Gegenmaßnahmen

Über das Steuer-, Sozial- und Krankenversicherungssystem werden Kosten des Rauchens vom Konsumenten auf andere Menschen verlagert. Renten werden beispielsweise zeitlich früher ausgezahlt, während die Einzahlungen der Kranken entfallen oder sich vermindern. Die verbleibenden Beitragszahler müssen damit erhöhte Beiträge zahlen. Das vorzeitige Sterben eines Rauchers entlastet zwar die Altersrentenversicherung, betrachtet man die Zahlungsverläufe aller Sozialversicherungen (Krankengeld, Frühberentungen, Hinterbliebenenversicherung, Erwerbsminderungsrenten) und die krankheitsbedingt niedrigeren Steuer- und Sozialversicherungseinnahmen, verbleibt es bei einer Umverteilung der Kosten des Rauchens auf die Allgemeinheit. Wie auch immer man die Kosten jeweils aufteilt, letztlich kann mit dem Krankwerden und vorzeitigen Sterben der Raucher bei den Kostenträgern kein Gewinn verbunden sein. Die vorgelegten Zahlen belegen die dringende Notwendigkeit, Tabakprodukte einer deutlich höheren Besteuerung zu unterwerfen als dies bisher in Deutschland der Fall ist. Vor allem die Einführung einer von der Tabakindustrie zu tragenden Steuer ausschließlich auf von Kindern gerauchte Zigaretten wäre das entscheidende Instrument, um das Problem des Einstiegs in die Tabakabhängigkeit im Kindes- und Jugendalter wirksam zu bekämpfen¹.

In der Regel führt eine höhere Besteuerung von Tabakprodukten zu höheren Steuereinnahmen und bewirkt zugleich, dass die Nachfrage nach Tabakprodukten zurückgeht und damit die Gesundheitskosten sinken. Höhere Steuereinnahmen bei krank machenden Tabakprodukten erlauben eine bessere Steuerstruktur durch die Möglichkeit der Absenkung von Steuern und Sozialabgaben an anderer Stelle. Eine wichtige empirische Tatsache ist vor allem, dass die Nachfrage der Kinder und Jugendlichen bei Tabaksteuererhöhungen deutlich stärker als bei erwachsenen Rauchern zurückgeht. Tabaksteuererhöhungen sind damit ein wirkungsvolles Präventionsinstrument zum Schutz der besonders gefährdeten jungen Zielgruppe der Tabakindustrie bei gleichzeitig höherem Steueraufkommen.

Impressum

© 2009 Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg

Autoren: Prof. Dr. Michael Adams, Dr. Tobias Effertz

Verantwortlich für den Inhalt:
Dr. Martina Pötschke-Langer
Deutsches Krebsforschungszentrum

Stabsstelle Krebsprävention und
WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle

Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg
Fax: 06221 423020
E-mail: who-cc@dkfz.de

Zitierweise:
Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.):
Die Kosten des Rauchens für Gesundheitswesen
und Volkswirtschaft in Deutschland
Heidelberg, 2009

Die Kosten des Rauchens für Gesundheitswesen und Volkswirtschaft in Deutschland

Literatur

- (1) Adams M (2009) Jugendschutz durch Lenkungsabgaben auf Zigaretten. *Sucht*, 55, 35–38
- (2) Deutsches Krebsforschungszentrum (2005) *Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko*, Heidelberg, 2005
- (3) Graf von der Schulenburg JM, Greiner W, Jost F, Klusen N, Kubin M, Leidl R, Mittendorf T, Rebscher H, Schöffski O, Vuth C, Volmer T, Wahler S, Wasem J, Weber C, und die Mitglieder des Hannoveraner Konsens (2007) Deutsche Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation – Dritte und aktualisierte Fassung des Hannoveraner Konsens. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 12, 285-290
- (4) Horch K, Bergmann E (2003) Berechnung der Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, 46, 625–635
- (5) Prenzler A, Mittendorf T, von der Schulenburg JM (2007) Modellierung der Produktivitätsausfallkosten als Folge des Rauchens in Deutschland für das Jahr 2005, *Gesundheitswesen* 69, 635-643