



## Auswirkungen der Tabaksteuererhöhungen von 2002 bis 2004

### Zusammenfassung

Erstmalig seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland gelang es, den seit Jahrzehnten hohen Zigarettenkonsum deutlich zu senken: So führten die Tabaksteuererhöhungen der Jahre 2003 bis 2004 zu einem massiven Rückgang des Absatzes von Fabrikzigaretten um 33 Milliarden Stück. Auch wenn im gleichen Zeitraum der Absatz von Feinschnittzigaretten um 13 Milliarden Stück anstieg (1000g Feinschnitt = 1500 Stück), bleibt ein tatsächlicher Absatzrückgang von 20 Milliarden Stück beziehungsweise 12 Prozent innerhalb dieser zwei Jahre bestehen. Dieser erfreuliche Konsumrückgang zeigt sich insbesondere bei Jugendlichen: Die Raucheranteile der 12- bis 17-Jährigen fielen von 28 Prozent im Jahr 2001 auf 20 Prozent im Jahr 2005. Deutlich wird jedoch auch, dass der Absatzanstieg von Feinschnittzigaretten hätte verhindert werden können, wenn diese dem gleichen Steuersatz unterworfen wären wie Fabrikzigaretten, denn die Steuer für eine Feinschnittzigarette betrug im Jahr 2004 rund 3 Cent im Gegensatz zu über 11 Cent für eine Fabrikzigarette. Die Tabaksteuererhöhungen sind insgesamt als gesundheitspolitischer Erfolg anzusehen, denn durch den Absatzrückgang sind künftig schätzungsweise 12 000 Krankheitsfälle sowie Tausende von Todesfällen jährlich weniger zu erwarten, was in Zukunft zu einer Kosteneinsparung bei den direkten Behandlungskosten und bei den indirekten Kosten für Produktivitätsausfälle von schätzungsweise jährlich 2,2 Milliarden Euro führt. Diese Berechnungen gelten nur dann, wenn gleichzeitig weitere Maßnahmen der Tabakkontrolle ergriffen werden, um die Ex-Raucher in ihrem Verhalten zu stabilisieren und den Neueinstieg zu verhindern.

Erfolgreiche weitere Maßnahmen sind rauchfreie Arbeitsplätze, rauchfreie öffentliche Einrichtungen und Restaurants, ein umfassendes Tabakwerbeverbot, drastische Warnhinweise und ein nationales Tabakkontrollprogramm.

### 1. Tabaksteuererhöhungen bewirken auch in Deutschland einen Rückgang des Zigarettenkonsums

Die Weltbank und die Weltgesundheitsorganisation haben immer wieder auf die gesicherte Erkenntnis der Wirtschaftswissenschaften hingewiesen, dass Preiserhöhungen von Gütern die Nachfrage nach diesen reduzieren. Dies gilt ebenso für Preiserhöhungen von Zigaretten, auch wenn deren Nachfrage neben dem Preis noch von anderen Faktoren beeinflusst wird<sup>4,40,19,34,36</sup>. So verringern auch rauchfreie Arbeits- und Ausbildungsplätze die Nachfrage nach Tabakwaren ebenso wie ein umfassendes Tabakwerbeverbot, massenmediale Aufklärungskampagnen und drastische Warnhinweise sowie Tabakentwöhnungsangebote<sup>7,40,38</sup>. Es bedarf einer breiten gesellschaftlichen Akzeptanz des Nichtrauchens, um den Tabakkonsum nachhaltig zu senken.

Der Preis hat von allen genannten Maßnahmen den größten Effekt auf das Rauchverhalten. Aus wissenschaftlichen Publikationen ist bekannt, dass eine zehnpromtente Preiserhöhung für Zigaretten in Industriestaaten zu einem Nachfragerückgang um rund vier Prozent führt<sup>36,40</sup>. Rauchende Kinder und Jugendliche, Personen mit niedrigem Einkommen und rauchende Schwangere reduzieren ihren Zigarettenkonsum noch

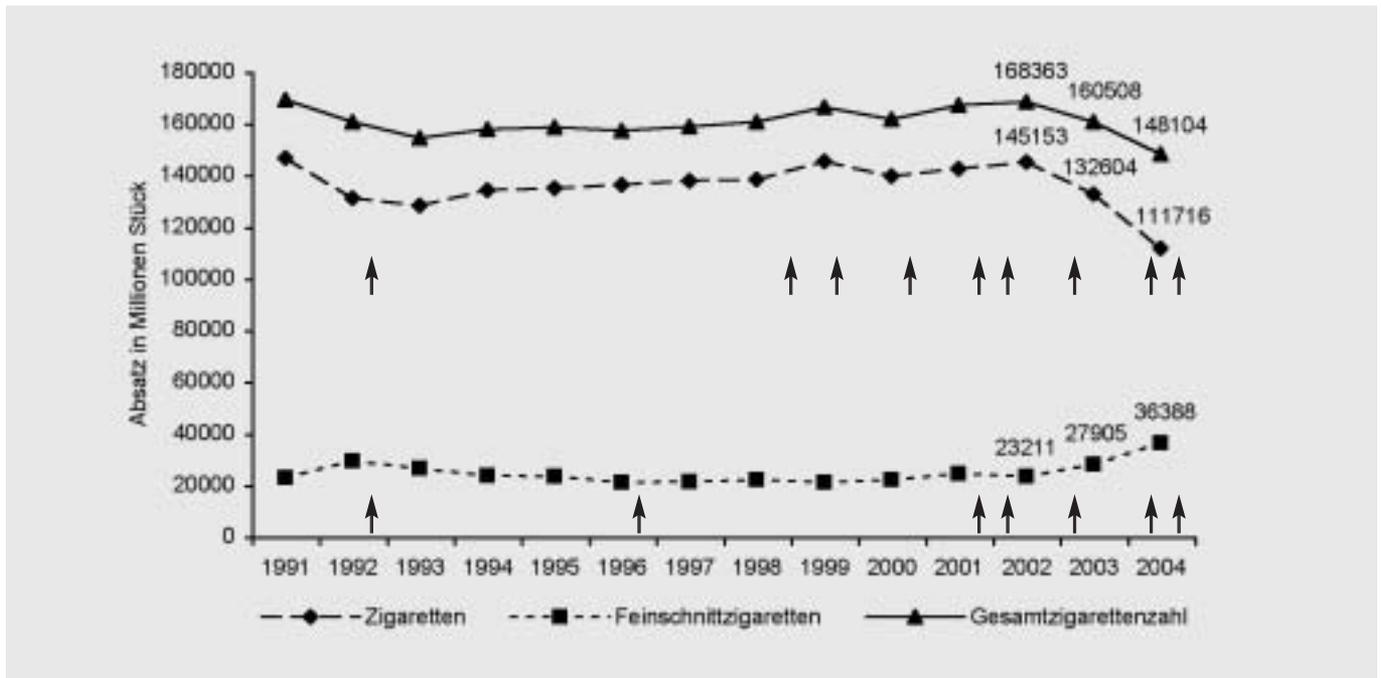


Abbildung 1: Der Zigarettenmarkt in Deutschland 1991–2004. Zeitpunkte der Tabaksteuererhöhungen (↑) und die Jahresabsatzentwicklung von Fabrikzigaretten und Feinschnittzigaretten 1991 bis 2004; 1000g Feinschnitt entsprechen 1500 Zigaretten; Quelle: Statistisches Bundesamt 1991–2004<sup>29</sup>; Bearbeitung: Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln 2005.

stärker, da diese sozialen Gruppen besonders preismempfindlich sind<sup>11,32,3</sup>. Eine Preiserhöhung um zehn Prozent bewirkt bei Jugendlichen und Personen mit Niedrigeinkommen einen Rückgang des Tabakkonsums um bis zu dreizehn Prozent, bei Schwangeren um bis zu zehn Prozent<sup>5,20</sup>. Eine Tabaksteuererhöhung motiviert also am ehesten diejenigen zu einer Änderung ihres Rauchverhaltens, die bisher durch alleinige gesundheitliche Aufklärung am schlechtesten ansprechbar waren. Der Nachfragerückgang erfolgt dabei auf mehreren Ebenen: Der Anteil der Exraucher nimmt deutlich zu. Zugleich erhöht sich der Anteil der Nie-Raucher, weil Jugendliche weniger häufig mit dem Rauchen beginnen. Zudem verringern viele Raucher ihren durchschnittlichen täglichen Konsum<sup>36,40</sup>.

Für Deutschland liegen bislang nur wenige, lediglich Teilbereiche berücksichtigende Publikationen zu den Auswirkungen von Tabaksteuererhöhungen vor<sup>13,12</sup>.

In Deutschland fanden im Zeitraum von 1992 bis 2004 mehrfach Tabaksteuererhöhungen statt. Eine Betrachtung der Jahre 1991 bis 2004 macht deutlich (Abb. 1),

dass die erste Steuererhöhung nach der Wiedervereinigung 1992 zu einem Absatzrückgang von 10,5 Prozent (zur Basis 1991) führte. 1993 hielt der Absatzrückgang an (minus 2,3 Prozent). In den Folgejahren stieg der Absatz auch in Jahren mit Steuererhöhung kontinuierlich an und erreichte 2002 annähernd den Absatz von 1991. Seit 1998 wurden Fabrikzigaretten mit einer jährlichen Steuererhöhung belegt. Abbildung 1 veranschaulicht die Veränderungen des Absatzes im Zusammenhang mit Zeitpunkten der Steuererhöhungen. Als Steuererhöhungen werden dabei sowohl Erhöhungen der Steuer je Stück (bzw. je Tonne Feinschnitt) und Erhöhungen des prozentualen Kleinverkaufspreises als auch Erhöhungen der Mindeststeuer (je Stück bzw. Kilo) ausgewiesen. Die Steuererhöhung des Jahres 2002 für Fabrikzigaretten wurde von den Herstellern nicht vollständig an den Verbraucher weitergegeben. Trotz gestiegenen Durchschnittspreises von 13,93 Cent pro Stück auf 14,87 Cent pro Stück stieg der Absatz. Die Steuererhöhung im Jahr 2003 und die zweimaligen Steuererhöhungen von jeweils 1,2 Cent pro Zigarette am 1. März 2004 und am 1. Dezember 2004 führten zu einem deutlichen Absatzrückgang. Der Absatz von 111,7 Milliarden Stück Fabrikzigaretten im Jahr 2004 entspricht einem Rückgang um 15,8 Prozent gegenüber dem Jahr 2003<sup>18</sup> (Abb. 1).

Im ersten Quartal 2005 ist der Absatz von Fabrikzigaretten gegenüber dem letzten Quartal 2004 weiter um 6,7 Prozent zurückgegangen<sup>28</sup>. Zeitgleich mit die-

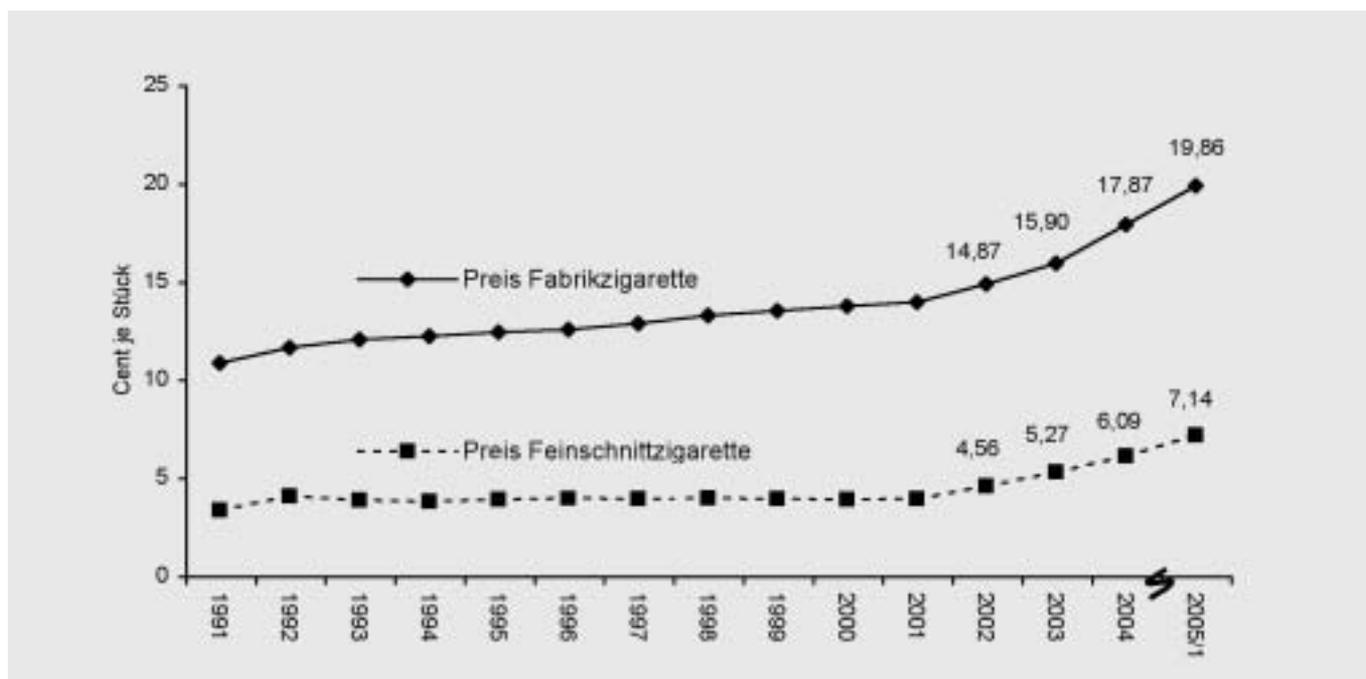


Abbildung 2: Preisdifferenz zwischen Fabrikzigaretten und Feinschnitt im Zeitverlauf 1991–2004 und 1. Quartal 2005; 1000g Feinschnitt entsprechen 1500 Zigaretten; Quelle: Statistisches Bundesamt 1991–2004<sup>29</sup>; Bearbeitung: Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln 2005.

sem Absatzrückgang stieg der Absatz von Feinschnittzigaretten an. Dieser Anstieg resultiert aus dem großen Preisgefälle zwischen beiden Zigarettenarten, da Feinschnittzigaretten nur mit einem Drittel des Steuersatzes von Fabrikzigaretten belegt sind (vergleiche Punkt 2).

Bis zum Jahr 2002 unterlag der Absatz von Feinschnitt zwar auch gewissen Schwankungen, erreichte aber zu keinem Zeitpunkt den starken Zuwachs des Jahres 2004, in dem der Preis der Fabrikzigaretten deutlich anstieg. Im Jahr 2004 gab es einen Absatzzuwachs bei Feinschnitt um rund 30 Prozent im Vergleich zu 2003, was einer zusätzlichen Absatzmenge von 8,4 Milliarden Stück entspricht (basierend auf einer Berechnungsgrundlage von 1000 g Feinschnitt als Äquivalent für 1500 Fabrikzigaretten). Trotz der Substitutionseffekte reduzierte sich der Gesamtabsatz von Fabrik- und Feinschnittzigaretten um 12,4 Milliarden Stück (7,7 Prozent) im Vergleich zum Jahr 2003 (Abb. 1). Im ersten Quartal 2005 stieg der Absatz von Feinschnitt gegenüber dem letzten Quartal 2004 weiter um 12,3 Prozent an.

Abbildung 2 veranschaulicht, dass die Preisdifferenzen angesichts der unterschiedlichen Besteuerung zwi-

schen Fabrikzigaretten und Feinschnitt immer größer wurden. Die Preisdifferenz bietet den Konsumenten einen starken Anreiz, auf Feinschnitt umzusteigen.

In den Jahren 2002 und 2003 gab es für Fabrikzigaretten Preisanstiege (jeweils zum Vorjahr) um 6,7 Prozent beziehungsweise 6,9 Prozent, und im Jahr 2004 um 12,4 Prozent. Im ersten Quartal 2005 stieg der Preis gegenüber dem letzten Quartal 2004 um fast 5 Prozent und liegt jetzt bei 19,86 Cent pro Stück. Dagegen erfolgten Preisanstiege (jeweils zum Vorjahr) für Feinschnittzigaretten in den Jahren 2002 und 2003 zwar um 16,4 beziehungsweise 15,6 Prozent, aber von einem niedrigen Ausgangsniveau, so dass trotz der zweistelligen Preiserhöhungen der Preis aktuell bei 7,14 Cent pro Stück liegt. Damit kostet eine Feinschnittzigarette durchschnittlich nur etwas mehr als ein Drittel einer Fabrikzigarette. Insgesamt ist die Diskrepanz zwischen Zigarettenpreis und Feinschnittpreis seit 1991 kontinuierlich größer geworden (Abb. 2).

## 2. Nur eine ausreichend hohe Besteuerung des Feinschnitts kann ein Umsteigen der Konsumenten von Fabrikzigaretten auf Feinschnittprodukte verhindern

Deutschland ist das einzige Land in Europa, das an einer unterschiedlichen Besteuerung von Fabrik- und Feinschnittzigaretten festhält. Daraus resultieren die



Abbildung 3: Steuerg Differenz pro Stück Fabrikzigarette und pro Stück Feinschnittzigarette (1000 g Feinschnitt entsprechen 1500 Zigaretten) im Zeitverlauf 1991–2004 und 1. Quartal 2005; Quelle: Statistisches Bundesamt 1991–2004<sup>29</sup>; Bearbeitung: Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln 2005.

bereits genannten deutlichen Preisunterschiede, die bei vielen Rauchern – insbesondere Jugendlichen und Einkommensschwachen – einen Umstieg von Zigaretten auf Feinschnitt provozieren. So fielen im Jahr 2004 für eine Zigarette durchschnittlich 11,29 Cent Tabaksteuer an (im ersten Quartal 2005 waren es 12,63 Cent), für eine selbst gedrehte Zigarette waren es im Jahr 2004 je nach verwendeter Menge Tabak pro Stück jedoch nur 2,92 Cent (im ersten Quartal 2005 waren es 3,39 Cent, vgl. Abb. 3).

Die Zigarettenindustrie machte sich diese unterschiedliche Besteuerung zu Nutze und führte 2002 vorgefertigte Zigaretten ein, die so genannten Sticks. Diese werden ebenso gering besteuert wie Feinschnitt, sind durch ihre einfache Handhabung aber den Zigaretten vergleichbar. Die Sticks steigerten den Absatz der Feinschnittprodukte in den letzten Jahren dramatisch: Nach Angaben der „Deutschen Tabakzeitung“ wurden im ersten Jahr nach ihrer Einführung 5,4 Milliarden Stück verkauft, im Jahr 2004 waren es bereits 13,5 Milliarden Stück. Dieses den Tabakkonsum von Feinschnittzigaretten begünstigende spezifisch deutsche Vorgehen nimmt die Europäische Kommission

nicht länger hin: Sie sieht eine klare Wettbewerbsverzerrung. Deshalb ist beim Europäischen Gerichtshof eine Klage der Europäischen Union gegen die Bundesrepublik Deutschland anhängig<sup>6</sup> – mit dem Ziel der steuerlichen Angleichung von Sticks an Fabrikzigaretten.

Trotz der Substitution durch Feinschnittzigaretten ist festzuhalten, dass die Tabaksteuererhöhungen, insbesondere des Jahres 2004, zu einem deutlichen Rückgang des Zigarettenabsatzes führten (Abb. 4).

Damit ist auch für Deutschland belegt, dass sich Tabaksteuer und Zigarettenverbrauch spiegelbildlich verhalten und einem Anstieg der Tabaksteuer ein Absatzrückgang folgt. Auch für Deutschland kann festgehalten werden, dass die Tabaksteuererhöhung die effektivste Maßnahme der Tabakkontrolle darstellt.

### 3. Kinder und Jugendliche profitieren am deutlichsten von einer Tabaksteuererhöhung

Deutsche Jugendliche rauchen im europäischen Vergleich besonders häufig<sup>39</sup>. Von den 12- bis 25-jährigen Rauchern fangen 80 Prozent im Alter zwischen 11 und 16 Jahren an zu rauchen<sup>1</sup>, das durchschnittliche Einstiegsalter liegt bei 13,6 Jahren<sup>1</sup>. Bei Kindern und Jugendlichen treten erste Abhängigkeitszeichen bereits bei einem gelegentlichem Konsum und geringen

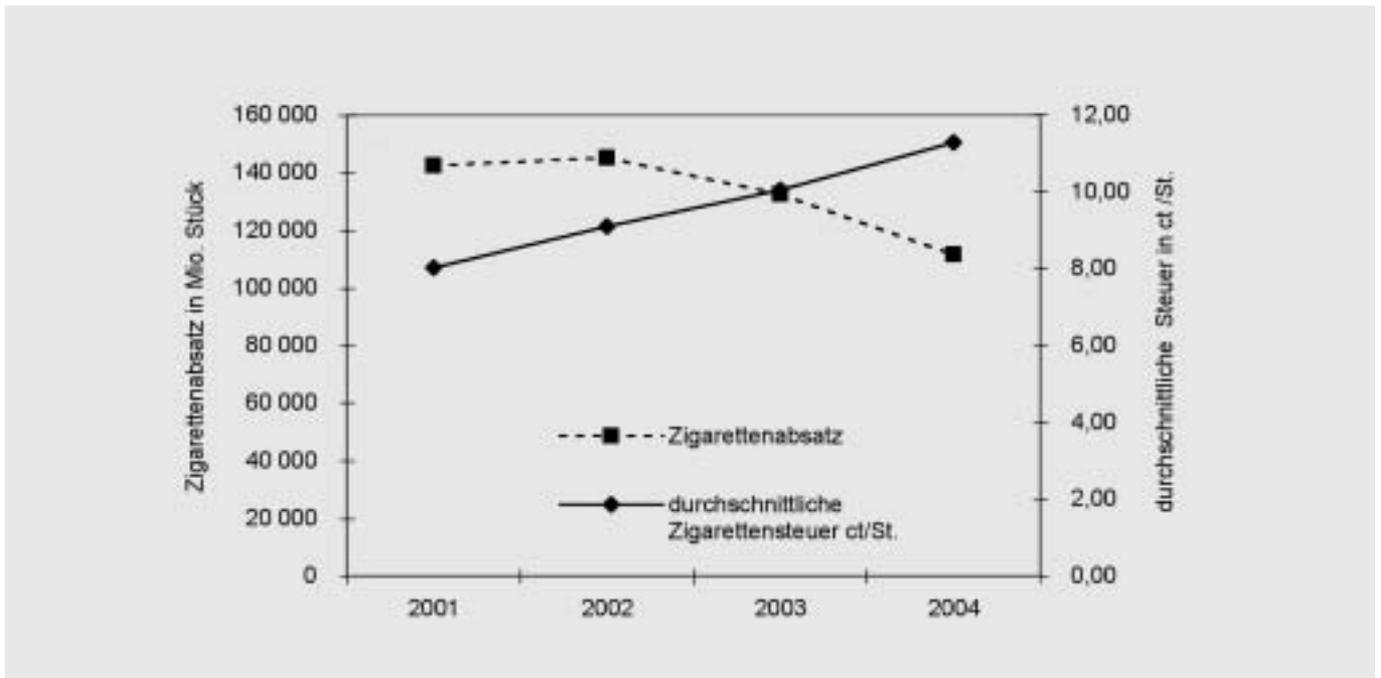


Abbildung 4: Zigarettensteuer (gleitende Jahresdurchschnitte) und jährlicher Zigarettenabsatz 2001 bis 2004; Quelle: Statistisches Bundesamt, 2001–2004<sup>29</sup>. Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention 2005.

Zigarettenmengen auf<sup>8</sup>. Studien zeigen, dass Kinder, die früh anfangen zu rauchen, auch lebenslang stärker rauchen<sup>8,1</sup>. Deshalb besteht insbesondere bei Kindern und Jugendlichen hoher präventiver Handlungsbedarf. Da internationale Studien belegen, dass junge Menschen, die in der Regel über geringere finanzielle Mittel verfügen, besonders sensibel auf Preiserhöhungen reagieren, stellen Tabaksteuererhöhungen ein geeignetes Mittel zur Senkung der Raucheranteile in dieser Gruppe dar<sup>14</sup>. Diese Feststellung trifft auch auf Deutschland zu, denn erstmals seit Mitte bis Ende der 1990er Jahre erhöhte sich der Anteil jugendlicher Nie-Raucher (12- bis 15-Jährige) von 48 Prozent im Jahr 2001 auf 62 Prozent im Jahr 2005. Gleichzeitig sank der Anteil jugendlicher Raucher (Alter 12 bis 17 Jahre) von 28 Prozent im Jahr 2001 auf 20 Prozent im März 2005<sup>2</sup>. Dies sind deutliche Hinweise darauf, dass die Steuererhöhungen der Jahre 2001 bis 2004 gerade bei jungen Menschen einen wesentlichen Beitrag leisteten, den Konsum zu senken, und somit dem Jugendschutz dienen. Heute ist aber erst wieder das Niveau von Anfang der 1990er Jahre erreicht (Abb. 5).

Besorgniserregend ist, dass das tabakkontrollpolitische Instrument Tabaksteuer durch die deutsche Sonder-

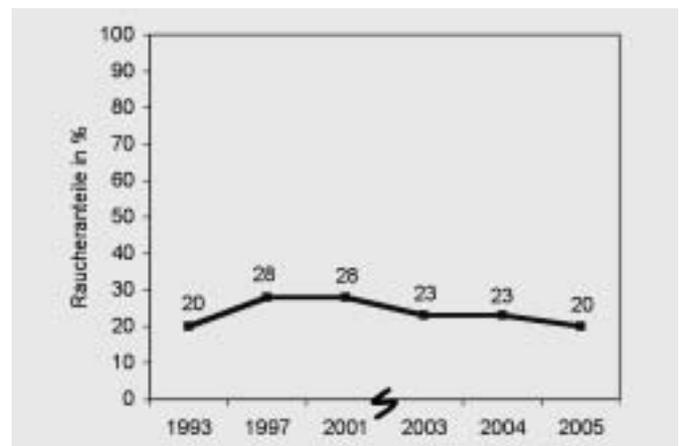
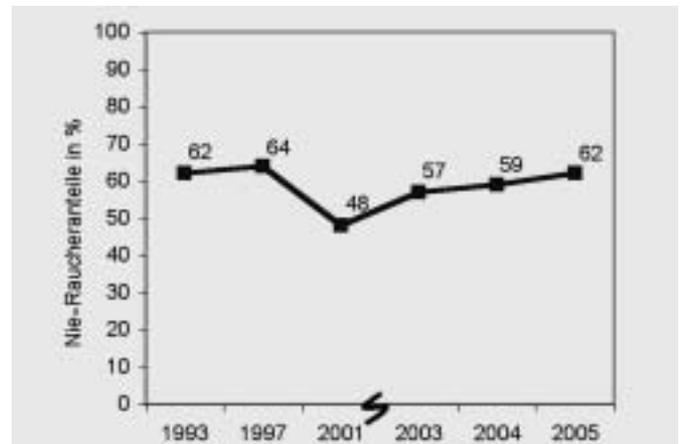


Abbildung 5: Oben: Nie-Raucheranteile der 12- bis 15-Jährigen. Unten: Raucheranteile der 12- bis 17-Jährigen; Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2005<sup>2</sup>; Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention 2005.

regelung der Feinschnittbesteuerung nicht optimal genutzt wird und rauchende Jugendliche verstärkt auf vorgefertigte Zigaretten, die Sticks, umsteigen. Während im Jahr 2003 nur 7 Prozent der jugendlichen Raucher Feinschnittprodukte konsumierten, waren es 2005 bereits 19 Prozent<sup>2</sup>. Für mehr als ein Drittel derer, die von Zigaretten auf Feinschnitt umstiegen, war der Preis entscheidend für den Wechsel<sup>2</sup>. Damit wird deutlich, dass eine Angleichung der Tabaksteuer von Feinschnitt vor allem auch der Tabakprävention von Jugendlichen dienen kann.

#### **4. Der Zigarettschmuggel ist eine unbekannte Größe**

Das Ausmaß des Zigarettschmuggels in Deutschland ist nicht bekannt. Das Zollkriminalamt kann lediglich darüber Auskunft geben, wie viele Schmuggelzigaretten in einem Jahr sichergestellt werden; diese Daten lassen aber keinen Rückschluss auf das tatsächliche Ausmaß des Schmuggels und die Zielgebiete für den Absatz von Schmuggelware zu.

Auch Angaben der Tabakindustrie sind mit Unsicherheit behaftet, es gibt keine validen Studien. Zigarettschmuggel wird unter anderem dadurch begünstigt, dass Zigarettenhersteller ihre Produkte an Händlerorganisationen mit illegalen Verkaufsstrukturen absetzen können und dabei selbst keine Verluste verzeichnen, weil der Umsatz bestehen bleibt<sup>36</sup>. Die meistgeschmuggelten Zigaretten sind bekannte internationale Marken. Neben solchen illegalen Vertriebsstrukturen sind ein Mangel an Kontrolle der internationalen Transporte und die ineffiziente Bekämpfung des Straßenhandels die wesentlichen Ursachen für Zigarettschmuggel.

Mit geeigneten Maßnahmen können Schmuggelaktivitäten effektiv eingeschränkt werden, wie Erfahrungen aus Spanien zeigen: Spanien ist weltweit eines der erfolgreichsten Länder bei der Bekämpfung des Zigarettschmuggels. Noch 1995 machte Schmuggelware 15 Prozent des spanischen Marktes aus, obwohl die Zigaretten dieses Landes zu den billigsten in der Europäischen Union gehören<sup>16</sup>. Seit 1997 besteht eine konzertierte Aktion von Spanien, Frankreich, Großbritannien, Irland, Andorra und dem Europäischen Amt für Betrugsbekämpfung OLAF, um die Einfuhr illegaler Zigaretten zu unterbinden. Andorra verschärfte seine

Gesetze gegen Betrug und kontrolliert ständig mit Patrouillen die Grenze<sup>31</sup>. In Spanien wird der Straßenhandel nachdrücklich verfolgt. Diese Maßnahmen führten bereits 2002 zu einem Rückgang von Schmuggelzigaretten auf nur noch zwei Prozent des spanischen Marktes. Weil der legale Verkauf von Zigaretten danach wieder höher ausfiel, stiegen die Steuereinnahmen 1998 in Spanien im Vergleich zum Vorjahr um 25 Prozent an<sup>17</sup>.

Dieses Beispiel macht deutlich, dass der Schmuggel effektiv bekämpft werden kann. Ferner eröffnet das internationale Rahmenabkommen zur Tabakkontrolle (Framework Convention on Tobacco Control) eine völlig neue Perspektive zur Bekämpfung des Schmuggels, die in Kürze realisiert werden könnte: Es ist technisch möglich, durch Markierungen auf Zigarettenpackungen sowohl den Produktionsstandort, den Vertriebsweg als auch den Bestimmungsort festzuhalten. Die Weltgesundheitsorganisation plant gemeinsam mit den Mitgliedsstaaten ein Zusatzprotokoll zum Rahmenabkommen, in dem ein weltweit gültiges System der Kennzeichnung von Zigarettenpackungen festgelegt wird. Damit könnte es gelingen, den Zigarettschmuggel weltweit deutlich einzuschränken.

#### **5. Die Einnahmen aus der Tabaksteuer steigen durch Steuererhöhungen trotz des Konsumrückgangs an**

In den 1990er Jahren stiegen die Tabaksteuereinnahmen kontinuierlich an. Die Steuereinnahmen blieben auch in den Jahren 2002 und 2003 auf hohem Niveau. Im Jahr 2003 sank zwar der Tabakkonsum besonders deutlich, der Staatskasse brachte die Tabaksteuer im Vergleich zum Vorjahr aber größere Einnahmen. Während im Jahr 2004 die Steuereinnahmen aus der gesamten Tabaksteuer im Vergleich zum Vorjahr um 3,3 Prozent zurückgingen<sup>29</sup>, kehrte sich im ersten Quartal 2005 der negative Trend um: Zwar trug die Steuer auf Fabrikzigaretten dem Staat im Vergleich zum ersten Quartal 2004 immer noch 2,6 Prozent weniger ein, aber der Feinschnitt brachte einen Zuwachs von 89,5 Prozent. Damit erhöhten sich insgesamt die Einnahmen aus der Tabaksteuer im Vergleich zum ersten Quartal 2004 um 4,6 Prozent<sup>28</sup> (Abb. 6).

Dass sich ein Absatzrückgang nicht mindernd auf die Steuereinnahmen auswirkt, ist für eine Vielzahl anderer

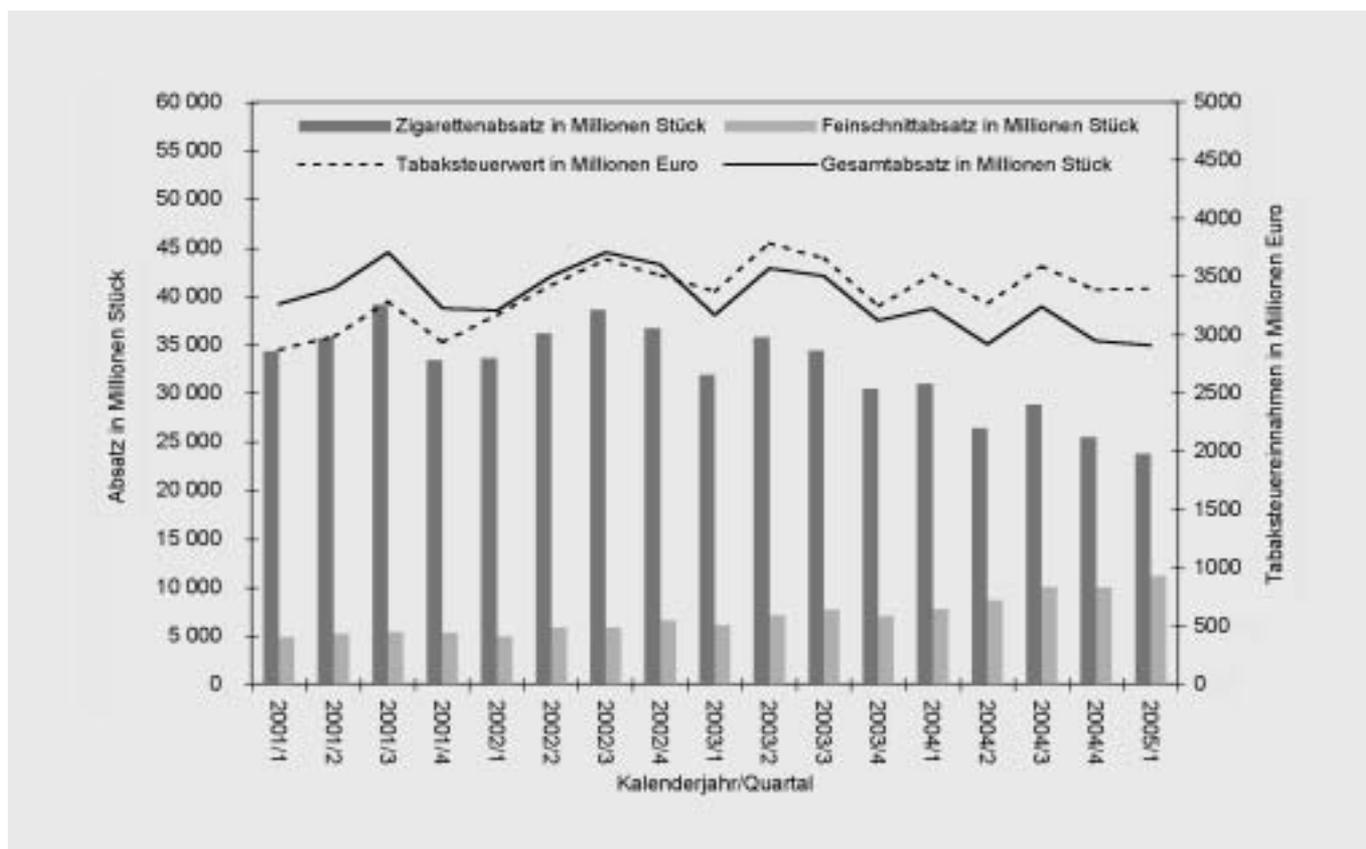


Abbildung 6: Steuereinnahmen und Absatzentwicklung von Zigaretten und Feinschnitt; Quartalsdarstellung ab 2001; Quelle: Statistisches Bundesamt 2001–2005<sup>28</sup>; Bearbeitung: Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln und Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention 2005 (1000g Feinschnitt entsprechen 1500 Zigaretten).

Länder beschrieben worden<sup>36</sup>. Auch wenn nach Steuererhöhungen der Absatz zurückgeht, kompensieren die Steuereinnahmen aus dem verbleibenden Absatz weitgehend die Steuerverluste, da der Preisanstieg den Konsumrückgang tendenziell auffängt. Die ungleiche Besteuerung von Fabrik- und Feinschnittzigaretten kann sich sowohl präventionspolitisch als auch – wie es im Jahr 2004 der Fall war – aus fiskalischer Sicht als nachteilig erweisen.

## 6. Die Erhöhung der Tabaksteuer verursacht keinen Netto-Verlust an Arbeitsplätzen

Vielfach wird die Befürchtung geäußert, dass bei sinkender Nachfrage in Deutschland viele Arbeitsplätze verloren gingen. Diese Befürchtung ist nicht gerechtfertigt. Erstens ist es die Tabakindustrie selbst, die mit

fortschreitender Rationalisierung der Produktion in den letzten Jahrzehnten einen deutlichen Stellenabbau vorgenommen hat. Trotz der gestiegenen produzierten jährlichen Stückzahlen hat die Tabakindustrie in den letzten Dekaden ihren Beschäftigungsstand aufgrund von Rationalisierungsgewinnen deutlich reduziert (Abb. 7). So sank die Zahl der Beschäftigten in der Tabakindustrie zwischen 1960 und 2000 von 60 000 Beschäftigten auf etwa 12 000 (Abb. 7). Damit ist die Tabakindustrie selbst für einen massiven Stellenabbau von etwa 80 Prozent ihrer Belegschaft innerhalb dieses Zeitraumes verantwortlich.

Zweitens wurde von der Weltbank und in zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen deutlich gemacht, dass Geld, das zuvor für Tabakwaren aufgewendet wurde, für andere Waren und Dienstleistungen ausgegeben werden kann. Durch die Umschichtung des Konsums von Tabakwaren auf andere Waren und Dienstleistungen kann der Verlust von Arbeitsplätzen ausgeglichen werden. Da die meisten anderen Industrie- und Beschäftigungszweige in der Produktion gleich oder weniger hochtechnisiert sind und geringere Importanteile aufweisen als die Tabakindustrie, kann eine Erhöhung der Arbeitsplatz-

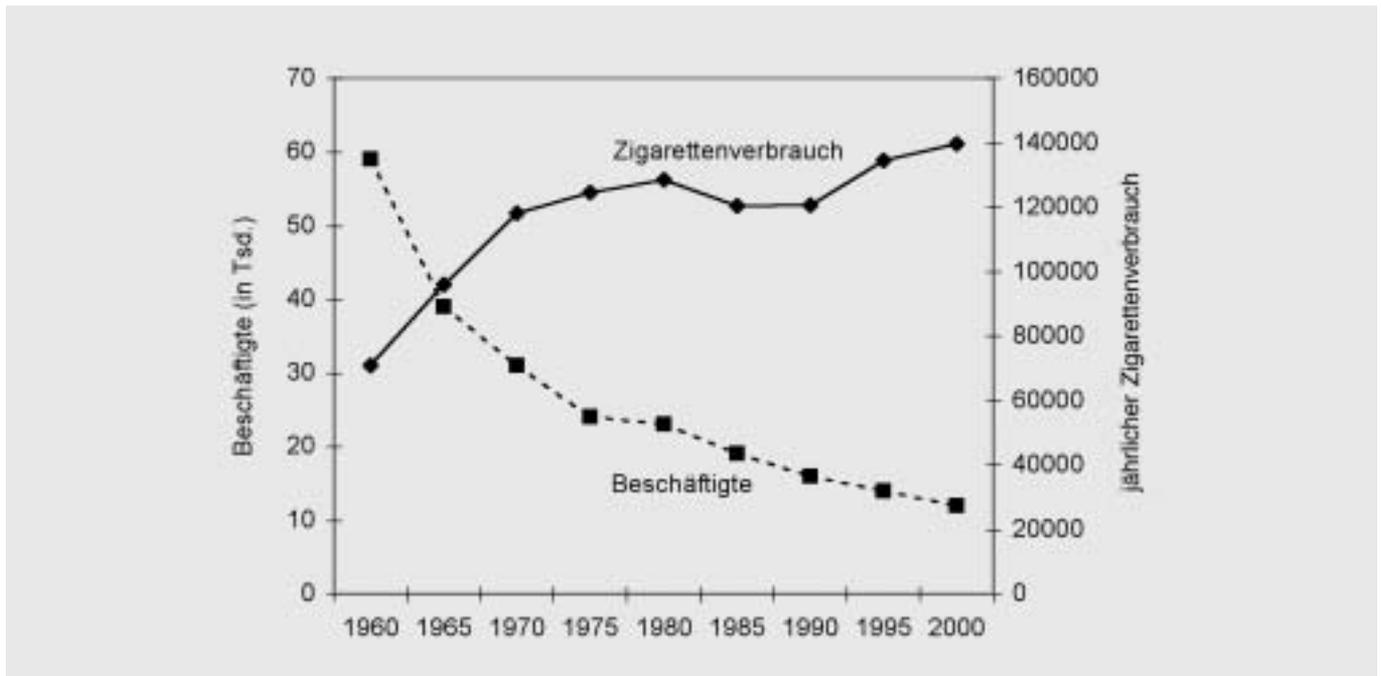


Abbildung 7: Beschäftigtenzahl in der deutschen Tabakindustrie und Zigarettenverbrauch. Quelle: Statistisches Bundesamt<sup>25,24</sup>. Bearbeitung: Deutsches Krebsforschungszentrum, Stabsstelle Krebsprävention 2005.

zahl durch Verlagerung von Arbeitsplätzen zu anderen Branchen erfolgen<sup>36</sup>.

Neben Arbeitsplätzen in der Produktion bestehen auch Arbeitsplätze im Vertrieb von Tabakwaren. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren im Jahr 2002 19 043 Personen bei Tabakwareneinzelhändlern und 12 790 Personen bei Tabakwarengroßhändlern beschäftigt<sup>30,27</sup>. Das Statistische Bundesamt berücksichtigt dabei die Arbeitsplätze in Betrieben des Einzel- und Großhandels, die mindestens 50 Prozent ihres Umsatzes aus dem Tabakwarenhandel erzielen. Daraus wird deutlich, dass nur wenige Arbeitsplätze in Deutschland von der Tabakindustrie abhängen.

### 7. Die Erhöhung der Tabaksteuer bringt Einsparungen im Gesundheitswesen und in der Volkswirtschaft

Der Einfluss des Rauchens auf Morbidität und Mortalität, insbesondere für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartige Neubildungen und Atemwegserkrankungen wurde in epidemiologischen Studien eindeutig belegt<sup>10</sup>. Durch Rauchen bedingte Erkrankungen verur-

sachen Folgekosten. Dazu zählen zunächst die direkten Krankheitskosten wie Kosten für ambulante und stationäre Behandlung oder Arzneimittelausgaben. Aber auch die Ressourcenverluste, die mittelbar auf die tabakbedingten Erkrankungen zurückzuführen sind, stellen als indirekte Kosten eine ökonomische Belastung für die Gesellschaft dar. Insbesondere Produktivitätsausfälle bedeuten aus volkswirtschaftlicher Sicht einen Wohlfahrtsverlust. Als weitere Kostenkategorie sind intangible Kosten zu nennen, zu denen die durch Krankheit verursachten Einschränkungen wie Schmerz, Angst oder allgemein der Verlust an Lebensqualität gehören<sup>22</sup>.

Den Einspareffekt durch das verminderte Auftreten von tabakattributablen Krankheiten berechnet eine aktuelle Analyse des Institutes für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln<sup>18</sup> anhand der Krankheitskostenstatistik des Statistischen Bundesamtes<sup>26</sup>. Diese erfasst erstmals die gesamten direkten Krankheitskosten des Jahres 2002 für Deutschland gemäß ICD-10-Diagnosen. Um den auf das Rauchen zurückzuführenden Anteil an diesen Kosten zu ermitteln, bestimmt diese Analyse den Anteil der durch das Rauchen bedingten Krankheitsfälle für jede berücksichtigte Diagnose. Die Höhe der indirekten durch das Rauchen bedingten Kosten entstammt den aktuellsten verfügbaren Daten<sup>35</sup>. Zur Abschätzung der durch das Rauchen bedingten Krankheitskosten wurden die relativen Risiken, berechnet

	Durch das Rauchen verursachte Kosten (in Mio. €)	Einsparungen durch die Tabaksteuererhöhung (in Mio. €)
<b>BÖSARTIGE NEUBILDUNGEN</b>		
Verdauungsorgane (ohne Magen und Dickdarm)	935	72
Luftröhre, Bronchien und Lunge	945	73
Gebärmutterhals	26	2
Brustkrebs	95	7
<b>HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN</b>		
Hypertonie und hypertensive Herz- und Nierenkrankheiten	2029	156
ischämische Herzkrankheiten (bis 64 Jahre)	1170	90
ischämische Herzkrankheiten (ab 65 Jahre)	948	73
zerebrovaskuläre Krankheiten (bis 64 Jahre)	775	60
zerebrovaskuläre Krankheiten (ab 65 Jahre)	981	76
Herzinsuffizienz	482	37
<b>ERKRANKUNGEN DER ATEMWEGE</b>		
Grippe und Pneumonie, akute Infektionen der oberen Atemwege, Influenza und Grippe	1037	80
Bronchitis, Emphysem, chronischer Verschluss der Atemwege	2456	189
Asthma	380	29
<b>WEITERE ERKRANKUNGEN</b>		
Niereninsuffizienz, Sterilität beim Mann	225	17
Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	146	11
Demenz	1688	130

Tabelle 1: Krankheitsspezifische tabakattributable direkte Kosten, Quelle: Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln 2005<sup>18</sup>.

durch die Centers of Disease Control<sup>33</sup>, und die Krankheitskosten nach ICD-10-Diagnosen aus dem Jahr 2002<sup>26</sup> herangezogen. Die direkten Krankheitskosten der durch Tabakkonsum verursachten Krankheiten vor Einführung der Tabaksteuererhöhungen im Jahre 2004 beliefen sich auf 14,32 Milliarden Euro pro Jahr. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die krankheitsspezifischen direkten Kosten. Dabei nicht berücksichtigt wurden die Krankheitskosten durch Passivrauchen.

In einem weiteren Schritt wurde quantifiziert, wie hoch die durch die Effekte der Tabaksteuererhöhung 2004 vermiedenen tabakattributablen Kosten ausfallen. Den

Berechnungen liegt der Absatzrückgang der ersten beiden Stufen der Tabaksteuererhöhung 2004 zugrunde<sup>28</sup>. Des Weiteren basieren die Berechnungen auf der Annahme, dass die neuen Exraucher innerhalb von 10 Jahren gesundheitliche Auswirkungen mit geringerer Krankheitslast entsprechend der von Nie-Rauchern erreichen<sup>9</sup>.

Die Tabaksteuererhöhung 2004 vermeidet entsprechend dem Konsumrückgang von 2003 zu 2004 langfristig durch das Rauchen verursachte direkte Kosten in Höhe von 1,1 Milliarden Euro pro Jahr (Tab. 2).

Auch die Einspareffekte bei den indirekten Kosten (Produktivitätsausfall) lassen sich berechnen. Die durch das Rauchen entstehenden indirekten Kosten betragen für Deutschland rund 14,5 Milliarden Euro<sup>35</sup>. Die indirekten

Kostenkategorie	Tabakattributable Kosten (in Mrd. €)	Vermiedene Kosten durch Tabaksteuererhöhung 2004 (in Mrd. €)
Direkte Behandlungskosten	14,32	1,1
Indirekte Kosten (= Produktivitätsausfälle)	14,50	1,1
<b>GESAMT</b>	<b>28,82</b>	<b>2,2</b>

Tabelle 2: Kosten des Rauchens und Einsparungen durch die ersten beiden Stufen der Tabaksteuererhöhung 2004; Quelle: Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln 2005<sup>18</sup>.

ten Kosten, welche durch die Tabaksteuererhöhung vermieden werden, belaufen sich bei analoger Berechnung wie für die direkten Kosten auf zusätzlich 1,1 Milliarden Euro. Da die durch das Rauchen bedingten Produktivitätsverluste durch die beiden Tabaksteuererhöhungen aufgrund der Erwerbsunfähigkeit und Mortalität auf der Basis der Verluste an Erwerbstätigkeitsjahren berechnet werden, fallen die Kosten – und damit auch die Einsparungen – für Erwerbsunfähigkeit und Sterbefälle teilweise erst in den Folgejahren an.

Insgesamt ist damit in etwa 10 Jahren jährlich mit mindestens 2,2 Milliarden Euro an tabakattributablen vermiedenen Kosten allein auf Grund der ersten beiden Stufen der Tabaksteuererhöhungen des Jahres 2004 zu rechnen (Tab. 2). Dabei wird angenommen, dass der Konsumrückgang dauerhaft bestehen bleibt. Durch die dritte Stufe der Tabaksteuererhöhung im September 2005 ließen sich dann weitere jährliche Einsparungen für direkte und indirekte Kosten in Höhe von 1,1 Milliarden Euro realisieren, wenn sich der Absatzrückgang wie im Jahr 2004 fortsetzt.

In diesen Kosten durch tabakattributable Krankheitsbeziehungsweise Sterbefälle sind die intangiblen Kosten infolge der mit der Morbiditätslast einhergehenden Einschränkungen der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen sowie die gesundheitlichen Folgen des Passivrauchens nicht berücksichtigt. Die dem Rauchen zuzuordnenden Krankheits- und Sterbefälle beziehungsweise die in Folge des Rückgangs des Rauchens zu vermeidenden Krankheits- und Sterbefälle geben eine Vorstellung über das Ausmaß des damit verbundenen Leids.

## 8. Die Erhöhung der Tabaksteuer wird zu einem Morbiditäts- und Mortalitätsrückgang führen

Analog zu den Kosteneinsparungen ist es möglich, die jeweils vermiedenen Fälle an koronaren Herzkrankheiten, Schlaganfällen und Lungenkrebs abzuschätzen. Entsprechenden aktuellen Berechnungen<sup>18</sup> liegen die jährlichen Inzidenzen je 100 000 Personen und die relativen Risiken der Raucher zugrunde. Die Zahl der vermeidbaren Erkrankungsfälle wird unter Berücksichtigung des rückläufigen Zigarettenkonsums nach Erhöhung der Tabaksteuer in 2004 berechnet (Tab. 3).

Insgesamt werden allein für die drei genannten Diagnosen 12 180 Krankheitsfälle durch den Rückgang des Zigarettenkonsums in Folge der ersten und zweiten Stufe der Tabaksteuererhöhung des Jahres 2004 vermieden. Sinkt die Zahl der dem Tabakkonsum zuzuschreibenden Krankheiten, geht auch die Zahl an tabakattributablen Sterbefällen zurück. Gemäß der verfügbaren Studien sind in der deutschen Gesamtbevölkerung jährlich 110 000 bis 140 000 Todesfälle auf Tabakkonsum zurückzuführen<sup>18,15,37,21,10</sup>. Allein aufgrund des rückläufigen Tabakkonsums im Jahre 2004 gegenüber 2003 ist jährlich mit 8 500 vermiedenen Todesfällen in der Gesamtbevölkerung zu rechnen<sup>18</sup>. Rechnet man diese Zahlen für die derzeit lebenden Personen bis zu ihrem Lebensende hoch, so zeigt sich, dass bei rund 831 000 Menschen ein vorzeitiger Tod durch das Rauchen verhindert werden kann<sup>18</sup>. Diese Annahme gilt nur dann, wenn die neuen Exraucher tatsächlich auch weiterhin abstinent bleiben. Ein dauerhafter Konsumrückgang ist nur dann zu erwarten, wenn weitere wirksame Maßnahmen der Tabakkontrolle zeitnah realisiert werden.

Immer wieder haben die Weltgesundheitsorganisation<sup>40</sup>, die Weltbank<sup>36</sup> und zuletzt die Europäische Kommission<sup>31</sup> deutlich gemacht, dass einzelne Tabakkontrollmaßnahmen nur dann effektiv sind, wenn sie zeitgleich mit anderen wirksamen Maßnahmen im Rahmen eines nationalen Tabakkontrollprogrammes umge-

Krankheit	Inzidenz pro 100 000	Durch die Tabaksteuererhöhung 2004 vermiedene Fälle (Männer und Frauen)
Schlaganfall	660,0	6 850
Koronare Herzkrankheit	Männer 370,0	2 715
	Frauen 75,0	
	Beide 222,5	
Lungenkrebs	Männer 75,0	2 615
	Frauen 20,0	
	Beide 47,5	
<b>GESAMT</b>		<b>12 180</b>

Tabelle 3: Durch Rauchen verursachte und vermeidbare Krankheitsfälle; Quelle: Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln 2005<sup>18</sup>.

setzt werden. Gegenwärtig wird von der Weltgesundheitsorganisation die Wertigkeit von Einzelmaßnahmen einer erneuten Prüfung unterzogen. Bereits jetzt ist erkennbar, dass Tabaksteuererhöhungen und einer wirksamen Zigarettschmuggelkontrolle die höchste Wirksamkeit auf das Konsumverhalten zugeordnet wird. Als weitere wirksame Maßnahmen gelten eine rauchfreie Umgebung, d.h. rauchfreie Arbeitsplätze, öffentliche Einrichtungen und eine rauchfreie Gastronomie, gefolgt von einem umfassenden Tabakwerbeverbot, Aufklärungskampagnen und drastischen Warnhinweisen, Angebote in der Tabakentwöhnung sowie eine angemessene Finanzierung bei der Umsetzung dieser Maßnahmen. Dieser Bewertung wird sich auch Deutschland stellen müssen. Die Tabaksteuererhöhungen insbesondere von 2004 mit der Folge des deutlichen Absatzrückganges von Zigaretten stellen dabei einen wichtigen ersten Baustein dar. Dieser erste Erfolg lässt sich jedoch nur dann nachhaltig sichern, wenn zeitnah ein nationales Tabakkontrollprogramm nach Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation umgesetzt wird.

## Literatur

- (1) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- (2) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2005) Neue Ergebnisse zur Entwicklung des Rauchverhaltens von Jugendlichen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- (3) Chaloupka FJ, Hu H, Warner KE et al. (2000) The taxation of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ: Tobacco control in developing countries. Oxford University Press, New York, 237–272
- (4) Chaloupka FJ, Tauras JA, Grossman M (1997) Public policy and youth smokeless tobacco use. *South Econ J*, 64, 501–516
- (5) Chaloupka FJ, Wechsler H (1997) Price, tobacco control policies and smoking among young adults. *Journal of Health Economics*, 16, 359–373
- (6) Das Europäische Parlament und der Rat der Europäischen Union (2004) Klage der Kommission der Europäischen Gemeinschaften gegen die Bundesrepublik Deutschland, eingereicht am 30. April 2004 (Rechtssache C-197/04). *Amtsblatt der Europäischen Union* 2004, Brüssel
- (7) Deutsches Krebsforschungszentrum (2002) Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern. Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland. Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg
- (8) DiFranza JR, Rigotti NA, McNeill A et al. (2000) Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control*, 9, 313–319
- (9) Doll R (2000) Review – Fifty years of research on tobacco. *Journal of Epidemiology and Biostatistics*, 5, 321–329
- (10) Doll R, Peto R, Boreham J et al. (2004) Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 328, 1519–1527
- (11) Gruber J (2001) Tobacco at the crossroads: The past and future of smoking regulation in the United States. *Journal of Economic Perspectives*, 15, 193–212
- (12) Hanewinkel R, Isensee B (2003) Umsetzung, Akzeptanz und Auswirkungen der Tabaksteuererhöhung vom 1. Januar 2002. *Sucht*, 49, 168–179
- (13) Isensee B, Hanewinkel R (2004) Evaluation der Tabaksteuererhöhung vom 1. Januar 2003. *Gesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 47, 771–779
- (14) Jha P, Chaloupka FJ (2000) The economics of global tobacco control. *BMJ*, 321, 358–361
- (15) John U, Hanke M (2001) Tabakrauch-attributable Mortalität in den deutschen Bundesländern. *Gesundheitswesen*, 63, 363–369

- (16) Joossens L, Raw M (1998) Cigarette smuggling in Europe: who really benefits? *Tobacco Control*, 7, 66–71
- (17) Joossens L, Raw M (2000) How can cigarette smuggling be reduced? *BMJ*, 321, 947–949
- (18) Lauterbach KW, Klever-Deichert G, Stollenwerk B et al. (2005) Auswirkungen der ersten und zweiten Stufe der Tabaksteuererhöhung. Unveröffentlichtes Manuskript
- (19) Ohsfeldt RL, Boyle RG, Capilouto E (1997) Effects of tobacco excise taxes on the use of smokeless tobacco products. *Health Economics*, 6, 525–532
- (20) Ranson K, Jha P, Chaloupka FJ et al. (2000) The effectiveness and cost-effectiveness of price increases and other tobacco-control policies. In: Jha P, Chaloupka FJ: *Tobacco control in developing countries*. Oxford University Press, New York, 427–448
- (21) Ruff LK, Volmer T, Nowak D et al. (2000) The economic impact of smoking in Germany. *European Respiratory Journal*, 16, 385–390
- (22) Schöffski O, Schulenburg JM, Graf v d H (2001) Gesundheitsökonomische Evaluation. Springer Verlag, Heidelberg
- (23) Statistisches Bundesamt (2002) Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 9.1.1: Absatz von Tabakwaren 2001. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- (24) Statistisches Bundesamt (2003) Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 9.1.1: Absatz von Tabakwaren 2002. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- (25) Statistisches Bundesamt (2003) Statistisches Jahrbuch 2003 für die Bundesrepublik Deutschland. Metzler-Poeschel, Wiesbaden
- (26) Statistisches Bundesamt (2004) Krankheitskostenstatistik 2002, Pressemitteilung vom Juli 2004. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- (27) Statistisches Bundesamt (2005) Fachserie 6: Binnenhandel, Gastgewerbe, Tourismus, Reihe 1.1: Beschäftigte und Umsatz im Großhandel und Reihe 3.1: Beschäftigte und Umsatz im Einzelhandel Februar 2005. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- (28) Statistisches Bundesamt (2005) Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 9.1.1: Absatz von Tabakwaren 1. Quartal 2005. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- (29) Statistisches Bundesamt (2005) Fachserie 14: Finanzen und Steuern, Reihe 9.1.1: Absatz von Tabakwaren 2004. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- (30) Statistisches Bundesamt (2005) Fachserie 6: Handel, Gastgewerbe, Tourismus, Reihe 4: Beschäftigte, Umsatz, Aufwendungen, Lagerbestände, Investitionen und Warensortiment im Handel 2002. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- (31) The Aspect Consortium (2004) Tobacco or health in the European Union. Past, present and future. Europäische Kommission, Brüssel
- (32) Townsend J, Roderick P, Cooper J (1994) Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: effects of price, income, and health publicity. *British Medical Journal*, 309, 923–927
- (33) US Department of Health and Human Services (1989) Reducing the health consequences of smoking. 25 years of progress: a report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office on Smoking and Health, Rockville, Maryland
- (34) US Department of Health and Human Services (2000) Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia
- (35) Wegner C, Gutsch A, Hessel F et al. (2004) Rauchen-attributable Produktivitätsausfallkosten in Deutschland – eine partielle Krankheitskostenstudie unter Zugrundelegung der Humankapitalmethode. *Gesundheitswesen*, 66, 423–432
- (36) Weltbank (2003) Der Tabakepidemie Einhalt gebieten. Regierungen und wirtschaftliche Aspekte der Tabakkontrolle. Herausgabe der deutschen Ausgabe vom Deutschen Krebsforschungszentrum, Heidelberg
- (37) Welte R, König HH, Leidl R (2000) The costs of health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in Germany. *European Journal of Public Health*, 10, 31–38
- (38) World Health Organization (2002) Europäische Anti-Tabak-Strategie. World Health Organization, Kopenhagen
- (39) World Health Organization (2004) Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey, Edited by: Candace Currie, Chris Roberts, Antony Morgan et al., Health Policy for Children and Adolescents, No. 4. World Health Organization, Kopenhagen
- (40) World Health Organization Tobacco Free Initiative (2004) Building blocks for tobacco control: a handbook. World Health Organization, Genf