

# **Ungewollte Solidarität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und Beurteilung von Lösungsansätzen**

**Dr. Harry Telser**

**Prof. Dr. Peter Zweifel**

**Patrick Zenhäusern**

**Dr. Stephan Vaterlaus**

Regensdorf, im April 2005

## Inhaltsverzeichnis

<b>Executive Summary .....</b>	<b>iv</b>
<b>1 Gewollte und ungewollte Solidarität in der OKP .....</b>	<b>1</b>
1.1 Solidaritätsformen .....	1
1.1.1 Solidarität durch Marktentscheid .....	1
1.1.2 Solidarität durch Politikentscheid.....	3
1.1.3 Moral Hazard.....	5
1.1.4 Risikoselektion .....	6
1.2 Solidaritätseffekte in der Schweizer Krankenversicherung .....	7
<b>2 Ungewollte Solidarität in der OKP – Fallbeispiel Tabakkonsum.....</b>	<b>13</b>
2.1 Kausalzusammenhang zwischen Tabakkonsum und Gesundheitsschäden..	13
2.1.1 Gesundheitsschädigende Wirkung des Rauchens.....	13
2.1.2 Gesundheitsschädigendes Passivrauchen.....	16
2.2 Gesundheitspolitische Präventionsmassnahmen .....	17
2.2.1 Nachfrageseitige Massnahmen .....	18
2.2.2 Angebotsseitige Massnahmen.....	22
2.3 Soziale Kosten des Tabakkonsums .....	22
2.3.1 Direkte Kosten des Tabakkonsums .....	23
2.3.2 Indirekte Kosten des Tabakkonsums.....	24
2.3.3 Immaterielle Kosten des Tabakkonsums.....	27
2.3.4 Kritik an der Schätzung der sozialen Kosten auf Jahresbasis .....	29
2.4 Kostenimplikation für OKP .....	30
<b>3 Lösungsansätze zur Abschwächung ungewollter Solidarität.....</b>	<b>32</b>
3.1 Analyseraster zur Beurteilung der Lösungsansätze.....	32
3.2 Vorgelagerte Gesundheitspolitik.....	33
3.2.1 Präventionskampagnen .....	33

3.2.2	Lenkungssteuern.....	35
3.3	Flexibilisierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung .....	37
3.3.1	Flexibilisierung des Leistungskatalogs .....	37
3.3.2	Flexibilisierung der Prämie.....	39
3.4	Änderungen im Risikoausgleich .....	41
3.5	Übergang zu einer Einheitskasse.....	43
3.6	Risikogerechte Prämien in der OKP.....	44
3.7	Fazit .....	46
<b>Literaturverzeichnis .....</b>		<b>I</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>		<b>V</b>

## EXECUTIVE SUMMARY

Die Solidarität in der Krankenversicherung spielt heute nicht wie gewünscht. Erstens haben die Krankenkassen Anreize und Möglichkeiten, Risikoselektion zu betreiben. Weil eine Einheitsprämie vorgeschrieben ist, lohnt es sich für die Krankenkassen, möglichst Personen mit guter Gesundheit zu versichern. Diese «Jagd nach guten Risiken» führt zu einer Entsolidarisierung zwischen Gesunden und Kranken. Die Gesunden wandern zu billigeren Kassen ab und die Kranken bleiben zurück, da sie ihre Kasse nur selten wechseln. Zweitens stellt sich die Frage, ob selbstverschuldete Gesundheitskosten, beispielsweise infolge von Rauchen, übermässigem Alkoholkonsum oder mangelnder Bewegung, von der Gesellschaft bezahlt werden sollen. Weil das im heutigen System so ist, wird gesundheitsbewusstes Verhalten nicht belohnt. Die vorliegende Studie untersucht verschiedene Reformvorschläge. Sie kommt zum Schluss, dass das heutige System durch eine Verfeinerung des Risikoausgleichs verbunden mit einer Flexibilisierung des Leistungskatalogs oder der Prämie (z.B. Bonussysteme) verbessert werden könnte. Die gewollte Solidarität würde gestärkt, die ungewollte Solidarität vermindert und gesundheitsbewusstes Verhalten belohnt.

In einem Versicherungssystem gibt es vielfältige Formen von gewollter und ungewollter Solidarität. In der Krankenversicherung führte vor allem eine zunehmende Entsolidarisierung seit Ende der 80er Jahre zu einer Totalrevision, die im heutigen Krankenversicherungsgesetz mündete. Im Zentrum dieser Revision stand die Stärkung der Solidarität zwischen gesund und krank, zwischen jung und alt sowie zwischen reich und arm. Zur Erreichung dieser Ziele wurden verschiedene Einzelmassnahmen ins Gesetz aufgenommen. Die Einführung eines Versicherungsobligatoriums mit voller Freizügigkeit und einer Einheitsprämie mit Risikoausgleich zielten darauf ab, die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken zu verbessern, bei gleichzeitiger Solidarität zwischen jung und alt sowie Mann und Frau. Die individuellen Prämienverbilligungen und die hälftige Spitalfinanzierung aus Steuermitteln sollten die Solidarität zwischen den Einkommensschichten sicherstellen.

Mit diesen Massnahmen zur Stärkung der Solidarität ist aber auch ungewollte Solidarität verbunden. Einheitsprämie und umfassender Leistungskatalog können zur Folge haben, dass der Einzelne zu wenig Prävention betreibt (**Moral Hazard**). Der gewollte Ausgleich zwischen Personen, die unterschiedlichen Gesundheitsrisiken unterworfen sind, verkommt so zum ungewollten Ausgleich zu Gunsten von Personen mit gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen, die gesellschaftlich nicht erwünscht sind. Zum anderen kann die Kombination von Einheitsprämie und ungenügendem Risikoausgleich (nur Alter, Geschlecht und Kanton werden berücksichtigt) zu einer **Entsolidarisierung durch Risikoselektion** führen. Gute Risiken suchen sich eine günstige Kasse, und die Krankenversicherer machen Jagd auf gute Risiken, die ihnen einen Deckungsbeitrag liefern. Im Rahmen der Studie wurden verschiedene Lösungsansätze zur Eindämmung der ungewollten Solidarität diskutiert und anhand ausgewählter Kriterien beurteilt. Die Lösungen sollen nicht nur zur Beseitigung der

ungewollten Solidarität beitragen, sondern auch die gewollte Solidarität sichern und das Leistungs-Kosten-Verhältnis des Gesundheitswesens nicht verschlechtern. Schliesslich ist bei der Beurteilung einer Lösung auch die Umsetzbarkeit und somit die Auswirkung auf die Verteilung sowie andere politische Ziele von Bedeutung.

Eine erste Lösung besteht darin, im Rahmen der allgemeinen Gesundheitspolitik mit Präventionskampagnen oder Lenkungssteuern auf das Gesundheitsverhalten der Schweizer einzuwirken. Im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung kommen als weitere Lösungen eine Flexibilisierung des Leistungskatalogs oder der Prämie sowie die Verbesserung des Risikoausgleichs in Frage. Als eher radikale Reformen sind schliesslich die Einheitskasse und der Übergang zu risikogerechten Versicherungsprämien einzustufen.

Alle genannten Lösungsansätze können ungewollte Solidaritätseffekte vermindern. Präventionskampagnen, Lenkungssteuern sowie die Flexibilisierung des Leistungskatalogs und der Prämie verstärken die Anreize für eine gesündere Lebensweise und somit für mehr Prävention. Die Verbesserung des Risikoausgleichs und ein Übergang zur Einheitskasse würden dagegen die Risikoselektion verunmöglichen und so der Entsolidarisierung Einhalt gebieten. Lediglich die Abkehr von der Einheitsprämie zu Gunsten risikogerechter Prämien vermindert sowohl die Moral-Hazard-Effekte als auch die Risikoselektion. Im Gegenzug würde allerdings die gewollte Solidarität zwischen Gesunden und Kranken teilweise geschwächt; die Solidarität zwischen reich und arm wäre aber durch die individuellen Prämienverbilligungen immer noch gegeben. Durch die substantielle Stärkung des Wettbewerbs im Krankenversicherungsmarkt wären in Zukunft Effizienzgewinne im Gesundheitswesen zu erwarten. Dieses verbesserte Leistungs-Kosten-Verhältnis ist denn auch hauptverantwortlich dafür, dass dieser Lösungsvorschlag aus ökonomischer Sicht zu bevorzugen ist. Allerdings dürfte eine so radikale Abkehr vom heutigen System der Schweizer Krankenversicherung in näherer Zukunft kaum die nötigen politischen Mehrheiten finden.

In Anbetracht dieser Tatsache wäre die nächstbeste Lösung eine Verbesserung des Risikoausgleichs. Die mangelhafte Ausgestaltung des Risikoausgleichs ist verantwortlich dafür, dass die Entsolidarisierung zwischen gesund und krank durch Risikoselektion nach wie vor stattfindet. Deshalb ist es naheliegend, diesen strukturellen Mangel zu beseitigen. Um auch die ungewollte Solidarität durch gesundheitsschädigendes Verhalten zu vermindern, ist ergänzend eine Flexibilisierung von Leistungskatalog und Prämien denkbar. Namentlich die Bonusoptionen für Schadenfreiheit verdienen Förderung statt wie bisher Behinderung durch einen «Solidaritätszuschlag». Eine derartige Reform sollte sich politisch realisieren lassen, weil dadurch der bereits eingeschlagene Weg mit gezielter Prämienverbilligung, Risikoausgleich und alternativen Versicherungsformen weiterverfolgt werden kann.

Auch die allgemeine Gesundheitspolitik kann bei der Bekämpfung einzelner gesundheits-schädigender Verhaltensweisen durchaus sinnvoll eingesetzt werden. Dabei ist zu berück-

sichtigen, dass Lenkungssteuern wirksamer und zielgerichteter eingesetzt werden können als Präventionskampagnen. Die Lenkungssteuern sollten jedoch nur die externen Kosten des gesundheitsschädigenden Verhaltens (die bspw. im Falle des Rauchens einen überraschend geringen Teil der Gesamtkosten ausmachen) internalisieren. Zudem sollten die Einnahmen nicht fiskalisch verwendet, sondern an die Bevölkerung zurück verteilt werden.

Eine Einheitskasse schliesslich scheint aus mehreren Gründen keine sinnvolle Lösung zu sein. Zum einen verhindert sie lediglich die Risikoselektion. Zum anderen kann der fehlende Wettbewerb sogar dazu führen, dass zu wenig kostensparende Versicherungsinnovationen entwickelt werden, was die ungewollte Solidarität durch Moral Hazard noch verschärfen könnte. Zusätzlich sind die zu erwartenden negativen Auswirkungen auf die Effizienz des Gesundheitssystems und die hohen Übergangskosten durch den radikalen Systemwechsel als Nachteile zu nennen.

## 1 GEWOLLTE UND UNGEWOLLTE SOLIDARITÄT IN DER OKP

### 1.1 Solidaritätsformen

In einem Versicherungssystem gibt es vielfältige Formen von gewollter und ungewollter Solidarität. Dies gilt auch für den privat organisierten Versicherungsmarkt, ohne dass Politiker staatliche Solidaritätsziele festlegen. Dieser Abschnitt erörtert die verschiedenen Formen der Solidarität durch Versicherungsdeckung in reinen Markt- und staatlich gelenkten Systemen. Zudem werden Verhaltensänderungen durch Versicherungsschutz thematisiert, die zu ungewollter Solidarität führen.

#### 1.1.1 Solidarität durch Marktentscheid

Ein privater Versicherungsmarkt ist – wie andere Märkte auch – durch das optimierende Verhalten der Akteure auf diesem Markt gekennzeichnet: Die Versicherungsunternehmen haben ein Interesse daran im Erwartungswert einen möglichst hohen Gewinn zu erwirtschaften, während die Versicherten nach einem Versicherungsvertrag suchen, der ein möglichst günstiges Verhältnis zwischen zu bezahlender Prämie und erwarteter Leistung bietet.

Menschen sind im täglichen Leben einer Unzahl von Risiken ausgesetzt. So besteht bspw. die Gefahr von Schäden an persönlichen Gegenständen durch Diebstahl, Wasser, Feuer etc. oder von Beeinträchtigung der Gesundheit bzw. des Leistungspotentials durch Krankheit, Unfall, Alter etc. Müsste nun jeder allein für diese möglichen Schadensfälle vorsorgen, so müssten alle individuell Geld sparen, um die Kosten in einem Schadensfall decken zu können. Vor allem in Situationen, wo das Schadensrisiko relativ gering ist, die mögliche Schadenhöhe aber hoch, ist die Versicherungsidee sinnvoll: Man schliesst sich zu einer Gemeinschaft zusammen. Da nicht alle gleichzeitig einen Schadenfall haben werden, muss die Gemeinschaft als Ganzes weniger Geld zurücklegen als wenn jedes Individuum für sich selbst vorsorgen würde.

Für ein Individuum wäre es dann von Vorteil, sich einer Versicherung anzuschließen, wenn die erwarteten Prämienzahlungen für den Versicherungsvertrag kleiner sind als der Betrag, der bei individueller Vorsorge zurückgelegt werden müsste. Die von den Versicherungsunternehmen verlangten Versicherungsprämien würden dabei den Erwartungswert der zu begleichenden Schäden widerspiegeln. Je höher die Wahrscheinlichkeit des Scha-

deneintritts oder der Leistung im Schadenfall, desto höher wird die verlangte Prämie sein.<sup>1</sup> In einem freien Marktsystem würden sich somit risikogerechte Prämien herausbilden, d.h. jedes Individuum bezahlt eine Versicherungsprämie gemäss dem eigenen Risiko, einen Schadenfall zu erleiden. Auf einem privaten Krankenversicherungsmarkt zahlen somit diejenigen höhere Prämien, die ein höheres Krankheitsrisiko aufweisen. Wäre dies nicht so und würden die Versicherungsunternehmen eine einheitliche Prämie verlangen, die im Durchschnitt die Kosten deckt, wäre ein solcher Versicherungsvertrag für Personen mit kleinem Krankheitsrisiko (die sog. «guten Risiken») unattraktiv, da die Prämie für sie zu hoch ist. Diese würden die Versicherungslösung nur akzeptieren, wenn sie eine günstigere Prämie erhalten als die «schlechten Risiken».

In einem solchen marktwirtschaftlichen Versicherungssystem ergeben sich immer und automatisch Solidaritätseffekte und zwar zwischen denjenigen, die einen Schaden erleiden, und jenen, die schadenfrei bleiben. Im Krankenversicherungsbereich ist dies die grundlegende **Solidarität zwischen Gesunden und Kranken**. Allerdings haben die Versicherten unterschiedliche Krankheitsrisiken, also verschiedene Grunddispositionen, krank zu werden. Da in einem marktwirtschaftlichen System die Versicherungsprämien risikogerecht erhoben werden, haben Menschen mit einem höheren Krankheitsrisiko höhere Prämien zu bezahlen, unabhängig davon, ob sie dann auch tatsächlich krank werden. Die Solidarität zwischen gesund und krank ist somit retrospektiv – es findet nur ein Ausgleich zwischen tatsächlich Gesunden und Kranken statt. Da schlechte Risiken höhere Prämien bezahlen als gute Risiken, findet kein prospektiver Ausgleich zwischen den Gesundheitsrisiken statt – hier besteht somit keine Solidarität.

Ebenso fehlt Solidarität zwischen Mann und Frau sowie zwischen Jungen und Alten. Da ältere Personen und Frauen ein höheres Krankheitsrisiko aufweisen, wird sich das in der verlangten Prämie widerspiegeln, womit – ceteris paribus – Männer und junge Personen niedrigere Versicherungsprämien bezahlen müssen.

Bezüglich der **Solidarität zwischen «arm» und «reich»** ist es schwierig, klare Aussagen zu machen. Da die Prämien sich am Gesundheitsrisiko orientieren, sind sie vom Einkommen unabhängig. Zumindest innerhalb der Risikoklassen herrscht somit «Solidarität» zwischen arm und reich. Minderbemittelte bezahlen die gleichen Prämien wie Begüterte der gleichen Risikoklasse. Nun wird aber Solidarität zwischen den Einkommensklassen heutzutage weitergehend definiert, nämlich dass sich Personen das Gut Krankenversicherung unabhängig vom Einkommen leisten können. Diese Form der Solidarität ist in einem freien marktwirtschaftlichen System nicht gegeben. Vor allem Personen mit niedrigem Einkom-

---

<sup>1</sup> Vgl. Zweifel/Eisen (2003), Kap. 6.1.3, 7.2.2.1.

men, die ein hohes Krankheitsrisiko aufweisen, werden sich die risikogerechten Versicherungsprämien nicht leisten können. Damit wird nicht nur die Solidarität in der Finanzierung der Krankenversicherung zwischen arm und reich nicht erreicht, sondern auch die Solidarität bei den Leistungen der Versicherung ist nicht gegeben. Wenn sich jedoch Personen aus finanziellen Gründen nicht versichern können, haben sie nicht den gleichen Zugang zu medizinischen Leistungen wie diejenigen, die versichert sind.

### 1.1.2 Solidarität durch Politikentscheid

Die retrospektive Solidarität zwischen gesunden und kranken Personen, die durch eine Krankenversicherung in einem reinen Marktumfeld zustande kommt, wird häufig als zu wenig weitgehend angesehen. Durch Politikentscheide werden in solchen Fällen Leitplanken gesetzt, durch welche die Solidarität im Krankenversicherungsbereich erhöht werden soll. Insbesondere wird daher häufig die retrospektive Solidarität zwischen tatsächlich Erkrankten und Gesunden auf eine **prospektive Solidarität** ausgeweitet, welche die Unterschiede im Krankheitsrisiko ausgleichen soll. Damit wird die Risikoabhängigkeit der Versicherungstarifizierung durchbrochen. Am weitestgehenden ist die Solidarität zwischen den Gesundheitsrisiken, wenn ein Diskriminierungsverbot mit Pro-Kopf-Einheitsprämien vorgeschrieben wird.<sup>2</sup> Im Gegenzug muss selbstverständlich eine Versicherungspflicht eingeführt werden, da sich ansonsten die guten Risiken nicht mehr versichern würden. Da ohne die guten Risiken – die im Erwartungswert auch weniger Leistungen beanspruchen – die Durchschnittskosten und damit auch die Einheitsprämie stiegen, würden noch mehr gute Risiken die Versicherung verlassen. Der Prozess ist als negative Auslese («**Adverse Selection**») bekannt und kann im Extremfall dazu führen, dass nur noch die schlechtesten Risiken bereit wären, sich gegen Krankheit versichern zu lassen, womit die Solidarität zwischen den Krankheitsrisiken gänzlich dahin fallen würde.

Eine solche Regelung – also ein Versicherungszwang für alle und ein Verbot von risikogerechten Prämien – würde gleichzeitig auch die Solidarität zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen sicherstellen. Die fehlende Solidarität zwischen Mann und Frau und Jungen und Alten ist in einer reinen Marktlösung ja nur darauf zurückzuführen, dass sie unterschiedlichen Risikogruppen zuzuordnen sind und dementsprechend mehr oder weniger für die Versicherung bezahlen müssen. Bei einer Einheitsprämie wird ein Ausgleich von Männern zu Frauen und von jüngeren zu älteren Personen erreicht. Allerdings ergeben sich aus der Kombination der Auflagen nicht unbedingt erwünschte Quersubventionierungen.

---

<sup>2</sup> Eine andere Möglichkeit, dies zu erreichen, wäre der Wechsel zu einem steuerfinanzierten staatlichen Gesundheitsdienst, wie er bspw. in Grossbritannien zu finden ist (vgl. Breyer/Zweifel/Kifmann 2004, Kap. 5.4). Im Folgenden wird diese Variante nicht weiter berücksichtigt.

gen. Man kann sich beispielsweise fragen, ob es sinnvoll ist, dass eine junge Arbeiterin mit minimalem Einkommen, die (noch) gesund ist, mit ihrem Beitrag einen älteren wohlbestallten Beamten unterstützt, der jederzeit den Arzt aufsuchen und sich krankschreiben lassen kann.

Durch ein Versicherungsobligatorium wird ein Hauptdefizit in diesem Bereich bei der rein marktwirtschaftlichen Lösung behoben. Da sich alle obligatorisch versichern müssen, haben auch alle den gleichen Zugang zu den Versicherungsleistungen. Eine perfekte prospektive Solidarität zwischen gesund und krank (z.B. durch einheitliche Pro-Kopf-Prämien) garantiert jedoch noch nicht, dass sich alle eine solche Versicherung auch leisten können. Die Solidarität zwischen arm und reich kann dahingehend verstärkt werden, dass die Krankenversicherungsprämie für alle erschwinglich wird.

Dazu sind grundsätzlich mehrere Massnahmen geeignet. Zum einen können die Versicherungsprämien einkommensabhängig gestaltet werden, so dass Personen mit niedrigem Einkommen weniger hohe Versicherungsprämien zu bezahlen haben als Personen mit höherem Einkommen. Ein solches Vorgehen hätte allerdings den Nachteil, dass sich die anderen Solidaritätseffekte wieder verändern würden. Gerade die Solidarität zwischen Frau und Mann sowie zwischen jung und alt könnte nicht mehr oder nur ungenügend gewährleistet sein, da das Einkommen typischerweise mit dem Geschlecht und dem Alter variiert. So haben Männer im Durchschnitt ein höheres Einkommen als Frauen. Mit einkommensabhängigen Prämien müssten sie dementsprechend auch höhere Versicherungsprämien bezahlen als Frauen, wodurch aber die Solidarität zwischen den Geschlechtern reduziert wird. Zum anderen können Prämienverbilligungen für bedürftige Individuen aus allgemeinen Steuermitteln ausgerichtet werden; dies ist seit 1996 die schweizerische Lösung. Da die Steuereinnahmen typischerweise progressiv mit dem Einkommen abgestuft erhoben werden, verbessert sich damit auch die Solidarität zwischen arm und reich. Dieses Vorgehen hätte den Vorteil, dass die anderen Solidaritätsziele durch die weiterhin bestehenden Einheitsprämien nicht gefährdet würden. Zudem könnte eine solche Lösung auch in einem rein marktwirtschaftlichen Versicherungsmodell bestehen, wenn lediglich das Solidaritätsziel zwischen arm und reich erreicht werden soll.

Der zuletzt angesprochene Punkt ist nicht abwegig. Dies zeigt sich, wenn man sich vor Augen hält, dass alle prospektiven Solidaritätsziele eine Umverteilung von Geldmitteln von einer Gruppe zu einer anderen zur Folge haben – von Männern zu Frauen, von Jungen zu Alten, von guten zu schlechten Risiken. Es gibt aber in allen profitierenden Gruppen immer eine stattliche Anzahl von Personen, die nicht auf finanzielle Hilfe angewiesen wären. Die Transparenz der Umverteilung – und damit der tatsächlich resultierenden Solidarität – könnte nachhaltig verbessert werden, wenn sich die Politik einzig auf die Solidarität zwischen arm und reich konzentrieren würde. Dadurch könnten ineffiziente Effekte vermieden werden, wie z.B. eine Umverteilung von jungen Frauen zu alten Männern, wovon ein Teil

allerdings wider zurückfliesst, da die alten Männer aufgrund ihres Geschlechtes auch die Gesundheitskosten von jungen Frauen mitsubventionieren.<sup>3</sup>

### 1.1.3 Moral Hazard

Weitere ungewollte Solidaritätseffekte kommen deshalb zustande, weil sich die Individuen und Unternehmen unter Versicherungsdeckung und politischen Leitplanken wie der Einheitsprämie anders verhalten als auf einem freien Markt. Dies ist deshalb der Fall, weil sie in einem Schadenfall nicht mehr die vollen Kosten tragen müssen und wegen der Einheitsprämie auch nicht mit einer zukünftigen Prämienanpassung rechnen müssen. Das Phänomen heisst «Moral Hazard» und hat zwei Formen: Ex-ante- und Ex-post-Moral-Hazard.<sup>4</sup>

Der Gesundheitszustand einer Person ist häufig nicht nur die Folge von unterschiedlichen Grunddispositionen, krank zu werden, sondern wird auch vom Verhalten, wie dem Ausmass körperlicher Betätigung, der Art und Weise der Ernährung oder dem Konsum von gesundheitsschädigenden Stoffen beeinflusst. Ein gesunder Lebensstil – oder ganz allgemein Prävention – kann die Wahrscheinlichkeit einer zukünftigen Erkrankung senken. Da aber Prävention mit Kosten<sup>5</sup> verbunden ist, lohnt sie sich mit Versicherungsdeckung relativ weniger als ohne Versicherung. Insofern die Behandlungskosten im Gegensatz zur Prävention nicht selbst getragen werden müssen, wird die zukünftige Beseitigung von Gesundheitsschäden gegenüber der Prävention billiger. Dies hat zur Folge, dass aus volkswirtschaftlicher Sicht zu wenig Prävention betrieben wird (**Ex-ante-Moral-Hazard**).

Je stärker die Solidarität zwischen den Gesundheitsrisiken ausgestaltet wird, desto bedeutender ist das Problem des Ex-ante-Moral-Hazards<sup>6</sup>. Solange die Versicherungsprämien risikogerecht erhoben werden, sind die Individuen bereits in der Gegenwart mit den Konsequenzen der fehlenden oder ungenügenden Prävention konfrontiert, da sie dann höhere Prämien bezahlen. Bei Einheitsprämien kann hingegen ein grösserer Teil der eigenen Gesundheitskosten auf die Allgemeinheit abgewälzt werden. Die Anreize, Prävention zu betreiben sind in einem solchen System deutlich schwächer als bei risikogerechter Tarifierung. Die resultierende Umverteilung von Personen, die zu ihrer Gesundheit schauen hin zu solchen, die zu wenig Prävention betreiben und einen ungesunden Lebensstil pflegen,

---

<sup>3</sup> Vgl. dazu Zweifel/Breuer (2005).

<sup>4</sup> Vgl. dazu Breyer/Zweifel/Kifmann (2004), Kap. 6.4 und 6.5.

<sup>5</sup> Die meisten Präventionskosten sind nicht-monetärer Art wie z.B. Zeit, die dafür aufgewendet werden muss und nicht mehr für andere Aktivitäten zur Verfügung steht oder entgangener Genuss (z.B. einer Zigarette oder einer schmackhaften aber ungesunden Mahlzeit).

<sup>6</sup> Vgl. Breyer/Zweifel/Kifmann (2004), Kap. 5.4.3.

kann als **ungewollte Solidarität** bezeichnet werden. Denn die solidarische Finanzierung hat zum Ziel, lediglich die Folgen angeborener Unterschiede in der Grunddisposition, krank zu werden, auszugleichen.

**Ex-post-Moral-Hazard** tritt auf, nachdem ein Schadenfall eingetreten ist. Da bei umfassendem Versicherungsschutz die Patienten keine finanziellen Konsequenzen aus der Behandlung der Krankheit tragen, haben sie ein Interesse daran, die beste Behandlung unabhängig von den Kosten zu wählen. Diese Kosten werden auch hier auf die Allgemeinheit abgewälzt. Ex-post-Moral-Hazard kann auch in einem rein marktwirtschaftlichen System mit risikogerechten Prämien vorkommen, falls sich die Wahl der Behandlungsalternative nicht auf die zu bezahlenden Prämien auswirkt. Allerdings haben private Versicherer die Erfahrungstarifizierung entwickelt, auch bekannt als Bonus-Optionen. Hier nimmt der bezahlende Beitrag zu, falls es zu einer Inanspruchnahme von Leistungen kommt. Diese Variante ist in der Krankenversicherung der Schweiz verfügbar; da sie mit einem Solidaritätszuschlag von 10 Prozent belegt wurde, hat sie einen minimalen Marktanteil. Sie könnte durchaus zu einer Option verallgemeinert werden, in der ein geringer Rechnungsbetrag noch zu keinem Verlust des Bonus führt. Allgemein schaffen politische Bemühungen um eine verstärkte Solidarität im oben beschriebenen Sinne wegen des Ex-post-Moral-Hazards zusätzliche ungewollte Solidaritätseffekte. Zu beachten ist allerdings, dass Massnahmen zur Reduktion der Ex-post-Moral-Hazard-Problematik – wie z.B. Selbstbehalte, Franchisen und Bonus-Optionen – selbst wieder Auswirkungen auf die Solidarität zwischen arm und reich haben.

#### 1.1.4 Risikoselektion

Anstrengungen zur Verstärkung der Solidarität haben auch Auswirkungen auf die Wahl des Versicherungsvertrags und das Verhalten der Versicherer. Wie bereits in Abschnitt 1.1.2 ausgeführt, induziert die Einheitsprämie einen Anreiz auf Seiten der guten Risiken, einen Versicherer zu finden, der ihnen ermöglicht, den Solidaritätszuschlag zu vermeiden, namentlich durch das Angebot erhöhter Kostenbeteiligungen, Bonus-Optionen und Managed-Care-Alternativen. Dieses Verhalten wird häufig **passive Risikoselektion** genannt.

Aber auch die Entscheidungssituation der Krankenversicherer wird durch die Regulierungsaufgabe der Einheitsprämie im Interesse der Solidarität verändert. Das zentrale Problem ist das Auseinanderfallen von Beitragszahlung und erwarteten Gesundheitsausgaben. Die Krankenkassen erzielen mit schlechten Risiken Verluste und mit guten Risiken Dekungsbeiträge. Entsprechend sind schlechte Risiken unerwünscht, während gute Risiken mit offenen Armen empfangen werden. Die freie Versicherungswahl auf Seiten der Versicherten schafft schliesslich den Anreiz für einen Krankenversicherer, sich aktiv um gute

Risiken zu bemühen und schlechte Risiken abzuschrecken – also **aktive Risikoselektion** zu betreiben.

Um dem Problem der Risikoselektion entgegenzuwirken, wurde in den Ländern mit Kas- senwettbewerb (Deutschland, Niederlande, Schweiz) ein Risikoausgleich (in Deutschland: Risikostrukturausgleich) eingerichtet, durch den Wettbewerbsnachteile durch Unterschiede in der Risikostruktur der Krankenkassen ausgeglichen werden sollen. Versicherer mit einer günstigen Risikostruktur müssen Geld in einen Fonds abführen, das den Krankenkassen mit einer ungünstigen Risikostruktur ausbezahlt wird. Die Höhe der Zahlung richtet sich typischerweise nach wenigen gut beobachtbaren Risikofaktoren. In der Schweiz sind dies zurzeit Geschlecht, Alter und Kanton. Da diese Faktoren einen sehr kleinen Anteil der individuellen Kostenunterschiede abbilden, ist der Risikoausgleich ungenügend ausgestaltet, und der Anreiz zur Risikoselektion bleibt bestehen.

Bei fehlendem oder ungenügendem Risikoausgleich erhalten Personen mit niedrigem Krankheitsrisiko – also die guten Risiken – die Möglichkeit, den Solidaritätszuschlag zu- mindest teilweise zu vermeiden. Dies ist deshalb der Fall, weil sie zu Krankenkassen wechseln können, die erfolgreich Risikoselektion betreiben. Durch die günstige Risikostruk- tur sind in diesen Kassen die Einheitsprämien niedriger als in Kassen mit ungünstiger Ri- sikostruktur. Die Solidarität zwischen gesund und krank wird somit verringert (sog. **Entsoli- darisierung**). Allerdings sind bei den guten Risiken auch eher die Personen anzutreffen, die einen gesunden Lebensstil pflegen und ausreichend Prävention betreiben. Damit ver- schärft sich die ungewollte Solidarität durch Ex-ante-Moral-Hazard bei denjenigen Kran- kenkassen, die keine erfolgreiche Risikoselektion betreiben und überdurchschnittlich viele schlechte Risiken aufweisen.

## 1.2 Solidaritätseffekte in der Schweizer Krankenversicherung

Während im vorhergehenden Abschnitt gewollte und ungewollte Solidaritätseffekte relativ allgemein hergeleitet und aufgezeigt wurden, ist dieser Abschnitt der Schweizer Situation gewidmet. Dabei wird nur der Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) betrachtet, da hier im Krankenversicherungsgesetz von 1994 explizit Solidaritätsziele durch die Politik vorgegeben wurden.

Tatsächlich waren die Solidaritätsziele ein Hauptgrund für die Totalrevision, welche zum neuen Krankenversicherungsgesetz führte, das 1996 eingeführt wurde. Insbesondere wur- de die seit Ende der 1980er-Jahre zunehmende Entsolidarisierung zwischen Gesunden

und Kranken sowie zwischen Reichen und Armen bemängelt.<sup>7</sup> Im alten Kranken- und Unfallversicherungsgesetz von 1911 konnten die Krankenkassen die Prämien nach dem Eintrittsalter und (bis 1993) nach Geschlecht abstufen. Zudem hatten sie die Möglichkeit, gesundheitliche Vorbehalte anzubringen. Dies führte dazu, dass ältere und kränkere Personen die Versicherung beinahe nicht mehr wechseln konnten. Neu auf den Markt drängende Billigkassen betrieben aktive Risikoselektion<sup>8</sup> und warben die Jungen und Gesunden an, die von günstigen Prämien profitieren konnten. Im Gegenzug stiegen natürlich die Prämien in den anderen Kassen mit den älteren und kränkeren Versicherten stark an. Zu dieser Entsolidarisierung zwischen Gesunden und Kranken gesellte sich diejenige zwischen Reichen und Armen, da die Gesundheitskosten – und damit die Kopfprämien – schon damals schneller als die Einkommen wuchsen, was die untersten Einkommensschichten immer mehr belastete.

Ein Hauptziel des neuen Gesetzes war deswegen die Stärkung der Solidarität zwischen gesund und krank, zwischen jung und alt sowie zwischen reich und arm.<sup>9</sup> Zur Erreichung dieses sozialpolitischen Zieles wurden sechs Einzelmassnahmen ins neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) aufgenommen:

1. **Versicherungspflicht:** Damit sollte verhindert werden, dass sich Gesunde ausserhalb der sozialen Krankenversicherung versichern und sich so der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken entziehen.
2. **Einheitsprämie/Prämiengenehmigung:** Ausser einer Prämienabstufung zwischen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sowie für besondere Versicherungsformen (Managed-Care-Modelle) muss ein Versicherer für alle erwachsenen Versicherten innerhalb einer Tarifregion die gleiche Prämie verlangen. Insbesondere gilt diese Einheitsprämie unabhängig von Alter und Geschlecht; sie muss zudem vom Bundesamt für Gesundheit genehmigt werden.
3. **Volle Freizügigkeit:** Innerhalb der obligatorischen Grundversicherung wird die Möglichkeit zur freien Wahl der Krankenkasse gegeben.
4. **Risikoausgleich:** Der Risikoausgleich wurde bereits im Vorfeld zum neuen KVG eingeführt. Wie oben bereits erwähnt, sollen damit die Kostenunterschiede pro Versicherten zwischen den einzelnen Krankenkassen ausgeglichen werden, soweit

---

<sup>7</sup> Vgl. Bundesrat 1991, S. 11f.

<sup>8</sup> Risikoselektion geschah, da keine vollständig risikogerechte Tarifierung erlaubt war.

<sup>9</sup> Vgl. Bundesrat 1991; Bundesamt für Sozialversicherung 2001. Am 13. Dezember 1991 gab es sogar einen dringlichen «Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung».

diese auf eine unterschiedliche Alters- und Geschlechterstruktur des Versichertenbestandes zurückzuführen ist.

5. **Prämienverbilligung:** Um die Solidarität zwischen Einkommensklassen zu fördern, wurden individuelle Prämienverbilligungen eingeführt. Die Mittel werden vom Bund und den Kantonen aus allgemeinen Steuermitteln bereitgestellt. Die Kantone bestimmen, bis zu welchem Einkommen ein Versicherter bezugsberechtigt ist.
6. **Spitalfinanzierung:** Die Finanzierung der stationären Leistungen erfolgt je nach Status des Spitals zu maximal 50 Prozent durch die Kantone, also aus allgemeinen Steuermitteln. Dies soll die Solidarität zwischen arm und reich stärken, da die (einkommensunabhängige) Einheitsprämie dadurch niedriger ausfällt.

Die ersten vier Instrumente – Versicherungsobligatorium, Einheitsprämie, Freizügigkeit und Risikoausgleich – zielten darauf ab, die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken zu verbessern. Die letzten beiden Instrumente – Prämienverbilligung und Spitalfinanzierung zur Hälfte aus Steuermitteln – sollten hingegen zur Verbesserung der Solidarität zwischen den Einkommensschichten dienen. In einer Wirkungsanalyse hat das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) 2001 untersucht, ob die Solidaritätsziele mit dem neuen KVG erreicht wurden. Um diese Frage abschliessend beantworten zu können, wäre es angebracht, Nettoinzidenzen zu betrachten, also die Differenz zwischen erhaltenen Leistungen und dem Finanzierungsbeitrag.<sup>10</sup> Da sich die Effekte der verschiedenen Instrumente teilweise überlagern oder sogar entgegengesetzt wirken, ist die Messung der Nettoinzidenz nötig, um Aussagen über das erreichte Ausmass der Solidarität zu machen. Gegenwärtig fehlen in der Schweiz die Datengrundlagen, um eine derartige Analyse durchführen zu können. So konnte denn auch die Wirkungsanalyse des BSV lediglich in Partialanalysen quantitative Ergebnisse präsentieren. Im übrigen musste die Zielerreichung mit qualitativen Aussagen abgeschätzt werden.

Insgesamt kommt die Wirkungsanalyse zum Schluss, dass die **Solidarität zwischen Gesunden und Kranken** mit Vorbehalten erreicht wurde. Das Versicherungsobligatorium verhindert, dass sich gute Risiken der Solidarität vollständig entziehen können. Zudem sind die Versicherten dank der Einheitsprämie und der vollen Freizügigkeit unabhängig von ihrem Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand frei, sich bei einer anderen Krankenkasse versichern zu lassen. Namentlich können sie eine wählen, die dank einer günstigen Risikostruktur ihrer Versicherten und/oder effizienten Geschäftsführung relativ günstige Prämien aufweist. Ein Vorbehalt wird bzgl. des Risikoausgleichs gemacht. Ein Ausgleich aufgrund der beiden Risikokriterien Alter und Geschlecht reicht nicht aus, die Versicherer von der

---

<sup>10</sup> Vgl. Spycher (2004), S. 10.

aktiven Risikoselektion abzuhalten. Weil insbesondere die guten Risiken eher die Kasse wechseln als die schlechten, haben sie durch den ungenügenden Risikoausgleich die Möglichkeit, sich wieder teilweise der Solidarität zu entziehen.

Auch bei der **Solidarität zwischen arm und reich** kommt die Wirkungsanalyse zum Schluss, dass das Ziel im Grossen und Ganzen erreicht wurde. Aufgrund von Fallbeispielen wird gezeigt, dass die Prämienverbilligung in sozialpolitisch erwünschter Weise wirksam ist. Allerdings wird moniert, dass die Prämienbelastung in einigen Kantonen über den angestrebten acht Prozent des steuerbaren Einkommens liegt.<sup>11</sup> Bei der Spitalfinanzierung wird ein Rückgang der Solidaritätsleistungen aus kantonalen Steuermitteln festgestellt. Insgesamt fällt das Urteil des Bundesamts für Sozialversicherung durchaus positiv aus.

Die bisherigen Ausführungen zur Schweizer Situation beschäftigten sich lediglich mit gewollten Solidaritätseffekten. Wie aber oben gezeigt, ergeben sich jedoch auch **ungewollte Solidaritätseffekte**. So bestehen insbesondere aufgrund des umfassenden Leistungskatalogs in der OKP und der Einheitsprämie Anreize, zu wenig Prävention zu betreiben (Ex-ante-Moral-Hazard). Der gewollte Ausgleich zwischen Personen, die unterschiedlichen Gesundheitsrisiken unterworfen sind, verkommt so zum ungewollten Ausgleich zu Gunsten von Personen mit Verhaltensweisen, die gesellschaftlich nicht erwünscht sind. So werden auch Kosten, die dadurch entstehen, dass Menschen mit ihrer Gesundheit nicht sorgfältig umgehen, im jetzigen System auf die Gesellschaft verschoben.

Zwar dient die **Kostenbeteiligung** dazu, die Moral-Hazard-Problematik abzuschwächen. Solche Kostenbeteiligungen sind dazu geeignet, Ex-post-Moral-Hazard einzudämmen – man wird nicht wegen jeder Kleinigkeit zum Arzt gehen, Originalpräparate durch Generika substituieren oder eine nicht sehr erfolgversprechende Behandlung abbrechen. Eine Verhaltensänderung im Sinne, dass besser mit der eigenen Gesundheit umgegangen und mehr Prävention betrieben wird, würde wohl eher einen indirekten Effekt darstellen.<sup>12</sup> Immerhin lässt die Erfahrung der Zahnmedizin vermuten, dass das Fehlen einer Versicherungsdeckung durchaus Prävention induzieren kann. Eine frühe WHO-Studie kam zum Schluss, dass die Zahngesundheit in Australien, wo zumindest die Erwachsenen für Zahn-

---

<sup>11</sup> Dazu muss gesagt werden, dass diese angestrebten acht Prozent des steuerbaren Einkommens aus der bundesrätlichen Botschaft von 1991 stammen. Dieser Wert wurde allerdings nie systematisch hergeleitet. So ist z.B. nicht klar, weshalb die Ausgaben für eine bestimmte Güter- und Dienstleistungskategorie nur einen bestimmten Anteil am Einkommen ausmachen dürfen, und der spezifische Wert von acht Prozent wird nicht begründet (vgl. dazu Spycher 2004, S. 22).

<sup>12</sup> Vgl. Zweifel/Manning (2000).

behandlung in vollem Umfang aufkommen müssen, besser war als in Deutschland, wo die Gesetzliche Krankenversicherung damals die Zahnbehandlung vollumfänglich abdeckte.<sup>13</sup>

Die Einflussnahme auf das Präventionsverhalten ist in der Humanmedizin deshalb wenig erfolgversprechend, weil hier die sog. konkurrierenden Risiken ins Gewicht fallen. Verzichtet beispielsweise ein Raucher auf seine Zigaretten, kann er immer noch aus anderen Gründen sterben, und sein Verzicht wird ihm nichts eingebracht haben. Auch wenn das konkurrierende Risiko nicht eintritt, hat jede präventive Anstrengung den Nachteil, dass ihre Kosten (bzw. der Nutzenverlust) unmittelbar und mit Sicherheit anfallen, während die Vorteile (bzw. der Nutzensgewinn) erst später und nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit realisiert werden. Im Beispiel «Verzicht auf Rauchen» muss der Präventionswillige den Nutzenverlust des Konsumverzichts sofort und unter allen Umständen tragen, während der Nutzensgewinn (z.B. ein geringeres Risiko an Lungenkrebs zu erkranken und der damit verbundenen Behandlungskosten) wenn überhaupt erst Jahre später zum Tragen kommen. Kostenbeteiligungen, die erst in einer fernen, unsicheren Zukunft eintreffen, dürften somit nur einen kleinen zusätzlichen Anreiz bieten, mehr Prävention zu betreiben.<sup>14</sup> Da Moral Hazard allgemein bei risikogerechten Prämien weit weniger ein Problem darstellt, kann davon ausgegangen werden, dass die Massnahmen, die explizit zur Stärkung zwischen gesund und krank eingeführt wurden (Einheitsprämie und umfassender Leistungskatalog), dafür verantwortlich sind, dass es vermehrt zur ungewollten Solidarität zwischen Personen, die mit ihrer Gesundheit sorgfältig umgehen und solchen, die das nicht tun, kommt.

Weitere ungewollte Solidaritätseffekte ergeben sich durch die ungenügende Ausgestaltung des **Risikoausgleichs**. Wie weiter oben erwähnt, erlaubt dieses Manko den guten Risiken, sich teilweise der Solidarität zu entziehen, indem sie zu Krankenkassen wechseln, die durch aktive Risikoselektion niedrigere Prämien anbieten können. Für die Schweiz ist dies der Fall. Die GesundheitsökonomInnen sind sich einig, dass der Risikoausgleich in der Schweiz grosse Mängel aufweist und seinen Hauptzweck – durch die Einheitsprämie generierte, systematische Kostenunterschiede auszugleichen – nur unzureichend erfüllt und der schweizerische Krankenversicherungsmarkt von Risikoselektion geprägt ist.<sup>15</sup> Die angestrebte Solidarität zwischen gesund und krank wird somit unterwandert. Anders gesagt entsteht durch den ungenügenden Risikoausgleich ein Reibungsverlust in der Erreichung

---

<sup>13</sup> Vgl. dazu Woolley (1980).

<sup>14</sup> Vgl. Zweifel/Manning (2000).

<sup>15</sup> Vgl. z.B. Beck (2004), Kap. 10. Zweifel (2004) sowie Zweifel/Breuer (2005) formulieren ihre Kritik noch grundsätzlicher: Dank der gezielten Prämienverbilligung könnten in der Schweiz risikogerechte Prämien zugelassen werden, was den Risikoausgleich als Ganzes überflüssig machen würde (vgl. Lösungsansätze, Kapitel 3.6).

des Solidaritätsziels, so dass die Massnahmen zur Erreichung dieses Zieles nicht effizient umgesetzt werden. Die **Entsolidarisierung** verstärkt sich gar noch, wenn man berücksichtigt, dass sich die guten Risiken dank der Risikoselektion nicht nur teilweise der gewollten, sondern auch der ungewollten Solidarität entziehen können. Da unter den guten Risiken auch vermehrt Personen mit einem gesunden Lebensstil anzutreffen sind (die sich aber in den Kassen mit günstiger Risikostruktur ansammeln), belastet die ungewollte Solidarität vor allem die Versicherten in Krankenkassen mit ungünstiger Risikostruktur. Da ein hohes Krankheitsrisiko aber nur zum Teil auf das eigene Verhalten zurückzuführen ist, müssen somit auch die Personen mit einer naturgegebenen schlechten Grunddisposition, krank zu werden, zur ungewollten Solidarität beitragen. Die mangelhafte Umsetzung des Risikoausgleichs, der als Korrekturmassnahme zur Einheitsprämie unumgänglich ist, führt also dazu, dass nicht nur die Solidarität zwischen gesund und krank geschwächt wird, sondern auch die ungewollte Solidarität vermehrt auf den Schultern der kränkeren Personen lastet.

Das Ausmass dieser ungewollten Solidaritätseffekte kann für die Schweiz wegen der fehlenden Daten nicht bestimmt werden. Daran scheitert ja bereits eine Quantifizierung der gewollten Solidaritätseffekte über eine Nettoinzidenzanalyse, wie weiter oben gezeigt wurde. Um trotzdem einen Eindruck der Grössenordnungen zu bekommen, wird im nächsten Abschnitt am Beispiel des Tabakkonsums gezeigt, wie gross die externen Effekte durch Ex-ante-Moral-Hazard sein können.

## 2 UNGEWOLLTE SOLIDARITÄT IN DER OKP – FALLBEISPIEL TABAKKONSUM

Um die ungewollte Solidarität umfassend, d.h. nicht nur in der OKP, ökonomisch korrekt abzubilden, sind die im Lebensverlauf anfallenden Gesundheitskosten von Rauchern mit denjenigen von Nichtrauchern zu vergleichen. Dabei spielt die Definition des Nichtrauchers eine wichtige Rolle. Es sind anders gesagt die Gesundheitskosten der «ever smokers» denjenigen der «never smokers» gegenüberzustellen.<sup>16</sup> D.h., raucherverursachte Kosten ehemaliger Raucher – und das sind in den Industrieländern gegen 30 Prozent der männlichen Bevölkerung – sollten als Kosten der Raucher und nicht als Kosten der Nichtraucher dargestellt werden. Die Betrachtung «current smokers» versus «never smokers» dagegen ist problematisch. Denn die Voraussetzung, dass die Raucher und Nichtraucher in allen anderen Verhaltensweisen identisch sind, trifft nicht notwendig zu. In den Niederlanden und in der Schweiz haben entsprechende Untersuchungen ergeben, «dass Raucher und Nichtraucher ähnlich hohe Kosten verursachen, während einige Studien in Grossbritannien und in den Vereinigten Staaten ergeben haben, dass die über das ganze Leben anfallenden Kosten von Rauchern tatsächlich höher liegen.»<sup>17</sup> Aber selbst wenn Raucher auf den Rest der Gesellschaft fallende externe Kosten durch vorzeitigen Tod reduzieren würden, ginge damit nicht notwendig eine Besserstellung der Gesellschaft einher. Denn das Überleben eines Rauchers dürfte seinen Angehörigen und Freunden (und möglicherweise den Mitgliedern der Gesellschaft im Allgemeinen) einen positiven Geldbetrag wert sein.

### 2.1 Kausalzusammenhang zwischen Tabakkonsum und Gesundheitsschäden

#### 2.1.1 Gesundheitsschädigende Wirkung des Rauchens<sup>18</sup>

Mitte des 20. Jahrhunderts gingen in den USA rund 45 Prozent der Erwachsenen von einem erhöhten Lungenkrebsrisiko für Raucher aus. Im Verlaufe der Zeit stieg dieser Anteil

---

<sup>16</sup> Vgl. Manning (1991), S. 30. sowie S. 62 ff.

<sup>17</sup> The World Bank (2003), S. 38. Leu/Schaub (1983) zeigen sogar auf, dass die über das gesamte Leben anfallenden Gesundheitsausgaben für Nichtraucher höher sind als diejenigen für Raucher. Die höheren jährlichen Gesundheitskosten der Raucher werden durch die höhere Lebenserwartung der Nichtraucher überkompensiert.

<sup>18</sup> Vgl. dazu die Ausführungen in Chaloupka/Warner (2000), S. 1544 ff., wie sich die Erkenntnis über den gesundheitsschädigenden Einfluss des Rauchens im Zeitpfad entwickelt hat.

auf 95 Prozent im Jahr 1990.<sup>19</sup> Zu diesem Bewusstseinswandel trugen v.a. wissenschaftlich erhärtete Erkenntnisse zum erhöhten Gesundheitsrisiko durch Tabakkonsum bei. Erstmals wissenschaftlich nachgewiesen wurde ein Zusammenhang zwischen dem Rauchen und dessen gesundheitsschädigende Wirkung infolge erhöhten Krebsrisikos im Jahre 1950. Es handelt sich um die beiden grundlegenden Werke von Wynder/Graham (1950) sowie Doll/Hill (1950).<sup>20</sup> Inzwischen sind eine Vielfalt von Beiträgen zu den gesundheitsschädigenden Wirkungen des Rauchens und der damit einhergehenden Kosten erschienen. Aus einem ökonomischen Standardwerk zur Thematik der «costs of poor health habits» geht hervor, dass ein ab dem 20 Lebensjahr rauchender Mensch rund 4.3 Jahre seiner Lebenserwartung verliert, also sein Leben pro Zigarette um rund sieben Minuten verkürzt.<sup>21</sup> In der Schweiz wird zurzeit von rund 30 Prozent Rauchern unter der erwachsenen Bevölkerung ausgegangen. Ab dem 45. Lebensjahr nimmt die Zahl der Rauchenden deutlich ab und sinkt auf unter 10 Prozent ab dem 65. Lebensjahr. Zu den beiden typischen Krankheitsbildern, die wegen des Rauchens mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit auftreten, gehören gewisse Krebsarten, Herz-Kreislauf-Störungen sowie allgemein Erkrankungen der Atemwege.

- Krebs: Zurzeit gelten rund 40 der rund 4'000 im Tabakrauch enthaltenen Substanzen als krebserregend.<sup>22</sup> 22 Prozent der Todesfälle von Rauchern werden auf Lungenkrebs zurückgeführt. Eine Verdreifachung der Zeitdauer des Rauchens verhundertfacht das Lungenkrebsrisiko, während eine Verdreifachung der pro Tag gerauchten Zigaretten dieses Risiko «lediglich» verdreifacht.<sup>23</sup> Andere Krebsarten werden für 12 Prozent der Todesfälle infolge Tabakkonsums verantwortlich gemacht.<sup>24</sup> Nikotin selbst gehört nicht

---

<sup>19</sup> Vgl. The World Bank (2003), S. 53.

<sup>20</sup> Vgl. auch Bundesamt für Gesundheit (2001), S. 10. Diese Erkenntnis wurde von den Vertretern der Tabakindustrie nicht unwidersprochen akzeptiert, sondern in Zweifel gezogen oder gar dementiert. So berichtet die Tribune de Genève am 11.7.1997 über die Antwort von H.-U. Hunziker, ehemaligem Direktor der Vereinigung der Schweizerischen Zigarettenindustrie, auf die Frage nach einem Zusammenhang zwischen Tabak und gewisser Krankheiten wie Krebs: «Non, il ne provoque pas les maladies, mais c'est un facteur de risque parmi d'autres pour un certain nombre d'entre elles.» Die Tabakindustrie selbst jedoch hatte schon frühzeitig Kenntnisse über die negativen gesundheitlichen Auswirkungen des Tabakkonsums. So schreiben Lee/Glantz (2001, S. 3: «As was the case in the US, in the early 1960's, the scientists in Swiss tobacco industry research laboratories (in this case, FTR (Fabriques de Tabac Réunies)/Philip Morris) accepted and discussed the dangerous effects of smoking on health in internal company communications.»

<sup>21</sup> Vgl. Manning et al. (1991), S. 62.

<sup>22</sup> Vgl. Bundesamt für Gesundheit (2001), S. 9.

<sup>23</sup> Vgl. The World Bank (2003), S. 27.

<sup>24</sup> Vgl. Bundesamt für Gesundheit (2001), S. 11.

zu den krebserregenden Substanzen. Dem Nikotin wird ein starkes psychisches Abhängigkeitspotential vergleichbar mit demjenigen harter Drogen zugeschrieben; es ist die Sucht, die das eigentliche Krebsrisiko erzeugt.<sup>25</sup>

- Herz-Kreislauf-Störungen: Zu den früh erkennbaren und durch Rauchen verursachten Gesundheitsschäden zählen Herz-Kreislauf-Veränderungen. Bei über 30 Prozent der jungen Rauchenden können in Arterienproben klinisch signifikante Schädigungen festgestellt werden, wogegen derartige Gewebeveränderungen bei nur 14 Prozent der Nichtraucher vorkommen.<sup>26</sup> 47 Prozent der Toten, deren Ableben auf das Rauchen zurückgeführt wird, gehen auf Herz-Kreislauf-Krankheiten und 17 Prozent auf Erkrankungen der Atemwege zurück.<sup>27</sup> Regelmässige Raucher haben ein dreimal grösseres Risiko als Nichtraucher, vor dem 65. Lebensjahr an einem Herzinfarkt zu sterben.<sup>28</sup>
- Erkrankung der Atemwege: Rauchen gilt als Hauptursache der chronischen Bronchitis und von Emphysemen.<sup>29</sup>

In der Schweiz sind 1990 rund 10'000 Menschen infolge ihres langjährigen Tabakkonsums vorzeitig gestorben. Davon hatten 22 Prozent Lungenkrebs, 19 Prozent eine Herzkrankheit und 11 Prozent eine Erkrankung der Atemwege.<sup>30</sup>

So eindrücklich diese Schätzungen sind – es gilt zu beachten, dass die wirtschaftlichen Konsequenzen dieser vorzeitigen Todesfälle in der Hauptsache **von den Verstorbenen selbst** getragen werden. Es sind sie, welche den Nutzenverlust eines verkürzten Lebens erleiden und gegebenenfalls ein Arbeitseinkommen nicht mehr erzielen. Ob die trauernden Angehörigen und Freunde einem sog. **negativen externen Effekt** ausgesetzt sind, ist einigermassen fraglich, denn ein externer Effekt kommt nur dann zustande, wenn eine schädliche Auswirkung nicht irgendwie kompensiert wurde. Engere persönliche Beziehungen weisen jedoch in aller Regel einen Austausch von Leistungen auf. So muss beispielsweise ein rauchender Ehepartner die Belastung durch seine Sucht (bis hin zur verkürzten Lebenserwartung) durch Vorteile wettmachen, die von vermehrter Mithilfe im Haushalt über einen

---

<sup>25</sup> Vgl. Roques (1999) und mit Bezug auf die schweizerische Situation La Vecchia et al. (1988).

<sup>26</sup> Vgl. Zieske A. et al. (1999), S. 403-408.

<sup>27</sup> Vgl. Bundesamt für Gesundheit (2001), S. 11. Bei rund 18'000 Schweizern zwischen 30 und 49 Jahren werden ausserdem Erektionsstörungen unmittelbar auf das Rauchen zurückgeführt. Diese Aussage beruht auf einer BAG-Berechnung, gestützt auf eine gemeinsame Schätzung der British Medical Society und ASH (Warning: smoking causes male sexual impotence, 1999, [www.ash.org.uk/](http://www.ash.org.uk/)).

<sup>28</sup> Thun (2000).

<sup>29</sup> Vgl. The World Bank (2003), S. 27.

<sup>30</sup> Vgl. Bretschneider/Johannsson (1998), S. 32.

grösseren finanziellen Beitrag zur gemeinsamen Haushaltskasse bis hin zur verstärkten Begünstigung bei der Vererbung von Vermögen gehen können. Allgemein darf man von der Existenz hoher gesundheitsbezogener Kosten auf keinen Fall ohne genauere Abgrenzungen auf hohe externe Kosten schliessen. Aus ökonomischer Sicht ist ein politischer Eingriff jedoch nur dann zweifelsfrei gerechtfertigt, wenn sich damit externe, d.h. den Rest der Gesellschaft belastende Kosten vorliegen.

### 2.1.2 Gesundheitsschädigendes Passivrauchen

Die Belästigung (und um so mehr die Schädigung der Gesundheit) durch den Tabakrauch stellt zumindest ausserhalb einer engeren Beziehung eine solche negative Externalität dar. Tatsächlich gibt es Schätzungen, wonach in der Schweiz im Schnitt täglich ein Mensch am Tabakrauch stirbt, «obwohl er nie geraucht hat».<sup>31</sup> Passiv eingeatmeter Rauch ist in seiner chemischen Zusammensetzung mit dem Rauch aus selbst konsumiertem Tabak vergleichbar.<sup>32</sup> Gewisse toxische Substanzen der Zigarette können im Umfeld des Rauchenden sogar in höherer Konzentration vorkommen.<sup>33</sup> Gemäss BAG erhöht das Passivrauchen das Lungenkrebsrisiko und das Risiko einer Herz-Kreislauf-Erkrankung um 25 Prozent.<sup>34</sup> Das BAG hat einen Überblick der Auswirkungen des Passivrauchens auf die Gesundheit erarbeitet, aus dem die bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Passivrauchen hervorgehen (vgl. Tabelle 1).<sup>35</sup>

Infolge der gesundheitsschädigenden Wirkung des Passivrauchens wurde im Herbst 2004 eine parlamentarische Initiative mit der Forderung eingereicht, Bevölkerung und Wirtschaft vor den gesundheitsschädigenden und einschränkenden Wirkungen des passiven Rauchens zu schützen und die Gesetzgebung entsprechend anzupassen. Der wirtschaftspolitisch entscheidende Unterschied zwischen gesamtwirtschaftlichen und externen Kosten wurde nicht gemacht, und die in der Tabelle 1 klar zu Tage tretende Tatsache, dass die rauchenden Eltern zur Hauptsache für die Externalitäten verantwortlich sind, kaum thematisiert.

---

<sup>31</sup> Gutzwiller (2004).

<sup>32</sup> Vgl. California Environmental Protection Agency (1999).

<sup>33</sup> 96% der Tabakprodukte sind Zigaretten (vgl. Bretschneider/Johannsson (1998), S. 32).

<sup>34</sup> Vgl. Bundesamt für Gesundheit (2001), S. 9.

<sup>35</sup> Vgl. <http://www.fumercafaitdumal.ch/topic4821.html>.

**Tabelle 1: Auswirkungen des Passivrauchens auf die Gesundheit <sup>a)</sup>**

Lebensphase	Gefährdung	Risiko erhöht um ... <sup>36</sup>	Kommentar
Vor der Geburt	gestörte Entwicklung / tiefes Geburtsgewicht <sup>37</sup>	ca. 150%	Geburtsgewicht im Durchschnitt 250g niedriger <i>wenn die Mutter raucht</i>
	gestörte Entwicklung / tiefes Geburtsgewicht	ca. 20%	wenn die nichtrauchende Mutter dem <i>Passivrauch exponiert ist</i>
	Plazentaablösung	ca. 100%	<i>wenn die Mutter raucht</i>
Frühe Kindheit	Plötzlicher Kindstod	ca. 200%	<i>wenn die Mutter während und nach der Schwangerschaft raucht</i>
	Plötzlicher Kindstod	ca. 140%	<i>wenn der Vater im Haushalt raucht und die Mutter vor und nach der Schwangerschaft nicht rauchte</i>
	Chronische Mittelohrentzündung	ca. 40%	<i>wenn ein Elternteil zu Hause raucht</i>
	untere Atemwegserkrankungen (Lungenentzündung, Bronchitis, ...)	ca. 50%	<i>wenn ein Elternteil zu Hause raucht</i>
	Spätere Entstehung von Asthma	ca. 100%	<i>wenn die Mutter raucht</i>
Kindheit	Grippe, Bronchitis	ca. 19%	<i>wenn jemand zu Hause raucht</i>
Erwachsener	Lungenkrebs	ca. 24%	beim Zusammenleben mit Rauchenden
	Schlaganfall	ca. 80%	Exponierung an irgendeinem Ort (Arbeitsplatz, zu Hause und/oder Restaurant)
	Herzinfarkt	ca. 25%	Exponierung an irgendeinem Ort (Arbeitsplatz, zu Hause und/oder Restaurant)

a) Eindeutige externe Effekte sind kursiv gedruckt.

## 2.2 Gesundheitspolitische Präventionsmassnahmen

Im Kontext mit dem Rauchen werden in der Gesundheitspolitik laufend nachfrage- und angebotsseitig wirkende Optionen geprüft und umgesetzt. So zielt die soeben angesprochene parlamentarische Initiative darauf ab, den Schutz vor dem Passivrauchen zu gewährleisten, «insbesondere an Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen, in der öffentlichen

<sup>36</sup> Es handelt sich um das Ausmass im Vergleich zu nicht exponierten Nichtrauchernden.

<sup>37</sup> Ein niedriges Geburtsgewicht wurde in jüngster Zeit als einer der zentralsten Indikatoren der Gesundheit des Kindes herausgestellt. Kinder, die ein zu niedriges Geburtsgewicht haben, sind besonders gefährdet an Entwicklungsstörungen zu leiden, die sich wiederum in hohen externen Kosten auswirken (vgl. dazu Almond et al. (2004).

Verwaltung, an den Arbeitsplätzen und in Räumen und Verkehrsmitteln, die für den freien Zugang beziehungsweise für die Nutzung durch die Allgemeinheit bestimmt sind.»<sup>38</sup> Da es darum geht, das Verhalten der Menschen zu ändern, die Raucherwaren nachfragen, handelt es sich um nachfrageseitige Massnahmen.

Sogar wenn sich die Initianten lediglich an den externen Kosten orientieren (die gerade einmal rd. 20 Prozent der geschätzten gesamtwirtschaftlichen Kosten des Rauchens ausmachen), wäre doch mit einem nachhaltigen Rückgang des Tabakkonsums zu rechnen. Die betroffenen Branchen (zur Hauptsache die Herstellung und Verteilung von Zigaretten) machen erwartungsgemäss eine negative Wirkung auf ihre Beschäftigungslage geltend. Allerdings kaufen die Konsumenten mit dem Geld, das sie nicht mehr für Raucherwaren ausgeben, andere Güter und Dienstleistungen, zu deren Herstellung wiederum neue Arbeitsplätze geschaffen werden. Der Nettoverlust am Schweizer Arbeitsmarkt dürfte im Gegensatz zu Ländern, deren Wirtschaft zu einem wesentlichen Teil von der Tabakproduktion abhängen, klein ausfallen.<sup>39</sup>

Im Folgenden wird kurz auf bisherige nachfrage- und angebotsseitige Massnahmen eingegangen, die in der Schweiz umgesetzt wurden bzw. in Zukunft geplant sind.<sup>40</sup>

### 2.2.1 Nachfrageseitige Massnahmen<sup>41</sup>

Nachfrageseitig sind preisliche und nichtpreisliche gesundheitspolitische Massnahmen denkbar. Über den Preis wirken namentlich Tabaksteuern. Es wird davon ausgegangen, dass in einem Industrieland wie der Schweiz eine 10%ige Verteuerung der Zigaretten die Nachfrage um etwa vier Prozent reduziert.<sup>42</sup>

Falls das Ziel der Besteuerung darin bestehen würde, die externen Effekte des Tabakkonsums einzudämmen, könnte sie als effizienzfördernde Lenkungsabgabe aufgefasst werden. Sie hat jedoch in der Schweiz primär fiskalischen Charakter, d.h. sie dient zur Ein-

---

<sup>38</sup> Gutzwiller (2004).

<sup>39</sup> Vgl. The World Bank (2003), S. 69 und 81.

<sup>40</sup> Die Systematisierung in nachfrageseitige und angebotsseitige Massnahmen erfolgt in Anlehnung an Bretschneider/Johannsson (1998), S. 33.

<sup>41</sup> Vgl. zur Situation der nachfrageseitigen Massnahmen in der Schweiz Lee/Glantz (2001) sowie der Schweiz im Vergleich mit denjenigen der USA Holly/Gardioli (2002).

<sup>42</sup> Vgl. The World Bank (2003), S. 48; vgl. Auch Gilbert/Cornuz (2003), S. 4. und S. 7. Zum Einfluss des Preises auf die Nachfrage nach Tabak siehe im Generellen Chaloupka/Warner (2000), S. 1546 ff. Zigarettenpreiserhöhungen erweisen sich nach Liang/Chaloupka (2001) insbesondere als wirksames Instrument, um junge Menschen vom Einstieg ins Rauchen abzuhalten.

nahmenbeschaffung für den Staat.<sup>43</sup> Insbesondere trägt sie zu rund fünf Prozent zu den Einnahmen der AHV bei. Ein Paket der gängigsten Zigarettenmarken kostet seit der im Herbst 2004 vom Bundesrat genehmigten Erhöhung der Tabaksteuer um 50 Rappen hohe 5.80 CHF. Dieser Betrag besteht zurzeit zu 64 Prozent aus Steuern (vgl. Tabelle 2). Im Jahre 2004 betragen die Erträge der Tabaksteuer rund 1.8 Mrd. CHF, sie wurden vollumfänglich der AHV und der IV zugewiesen.

Solange die Preiselastizität der Nachfrage lediglich -0.4 beträgt, lohnt sich die Tabakbesteuerung für den Staat immer: Bei einer Verteuerung um 10 Prozent steigen die Steuereinnahmen je Paket um 10 Prozent, die konsumierte Menge geht um vier Prozent zurück, so dass unter dem Strich sechs Prozent Mehreinnahmen verbleiben. Doch Zigaretten sind ein international handelbares Gut; bei einer einseitigen Preiserhöhung um z.B. 50 Prozent würde es sich mit Bestimmtheit lohnen, Zigaretten in die Schweiz zu schmuggeln. Einmalige hohe Steueraufschläge würden gemäss Oberzolldirektion primär den Schmuggel, den Schwarzmarkt und die Grenzeinkäufe ankurbeln; mit anderen Worten, die effektive Preiselastizität der Nachfrage könnte plötzlich zunehmen. Unterschreitet sie den Wert -1, so wäre die offiziell gemessene Reduktion des Absatzes so gross, dass die Einnahmen aus der Tabaksteuer zurückgehen. In Tat und Wahrheit wäre jedoch die Konsumeindämmung wegen des Schmuggels weit geringer.<sup>44</sup> Dann würden sowohl die fiskalischen wie auch die gesundheitspolitischen Ziele verfehlt.<sup>45</sup>

Für China, ein grosses Land wo der internationale Zigarettenhandel wohl keine sehr grosse Rolle spielen dürfte, wird bei einer 10%igen Tabaksteuererhöhung von einer um fünf Prozent sinkenden Nachfragemenge und damit um fünf Prozent steigenden Steuereinnahmen ausgegangen.<sup>46</sup> Eine noch etwas stärkere Wirkung liesse sich erreichen, falls die Regierungen in Absprache den Steuersatz um einen gemeinsamen Faktor anheben würden.

---

<sup>43</sup> Lee/Glantz (2001), S. 3 schreiben: «The tobacco excise tax in Switzerland is the lowest in Western Europe. The laws governing tobacco products, their marketing and sales, are weak and have little practical effect on the tobacco industry.» Diese Aussage ist inzwischen zu relativieren, weil in jüngster Zeit mehrere Erhöhungen der Tabaksteuer erfolgten.

<sup>44</sup> Diese Annahme ist auch empirisch belegbar. So wurden bspw. in Kanada in den 80er und 90er Jahren die Tabaksteuern stark erhöht, was mit einem erheblichen Preisanstieg für Zigaretten einherging. In den Achtzigerjahren nahm das Rauchen bei den Teenagern um zwei Drittel ab. Auch die Erwachsenen rauchten merklich weniger und das Tabaksteueraufkommen stieg erheblich an. Schmuggel kam auf, so dass die Regierung die Steuern wieder senkte. In der Folge nahm der Tabakkonsum wieder merklich zu. Ähnliche Empirie ist auch aus Südafrika bekannt. (vgl. The World Bank 2003, S. 87).

<sup>45</sup> Vgl. NZZ (2005). Ob in Deutschland starke Tabaksteuererhöhungen zu einer Abnahme des Zigarettenkonsums geführt haben, kann also nicht nur anhand der zurzeit offiziell vorliegenden Zahlen beantwortet werden. Wenn der Verkauf zurückgeht, gilt dies nicht eo ipso für den Konsum.

<sup>46</sup> Vgl. The World Bank (2003), S. 12.

Mindestens würde dann die Schweiz nicht relativ attraktiver; doch im absoluten Betrag würde die Marge für den Schmuggel immer noch zunehmen, z.B. von CHF 2 auf 2.20 im Vergleich zu Ex-Jugoslawien, falls die Ausgangspreise CHF 6 und 4 waren und beide Länder den Preis um zehn Prozent anheben würden. Die WHO geht aufgrund eines für sie erstellten Modells davon aus, dass Erhöhungen der Verbrauchssteuer auf Zigaretten von weltweit rund zehn Prozent dazu führen würden, dass der Konsum um rund drei Prozent zurückgeht, während die Tabaksteuereinnahmen um insgesamt sieben Prozent steigen.<sup>47</sup>

**Tabelle 2: Steuern und Abgaben auf dem Detailverkaufspreis der Zigaretten pro Packung**

<b>Detailverkaufspreis (DVP) der gängigen Zigarettenmarke pro Schachtel</b>	<b>CHF</b>	<b>5.80</b>
Tabaksteuer spezifisch pro Packung	CHF	1.78
Tabaksteuer ad valorem (25 % des DVP)	CHF	1.45
Mehrwertsteuer 7.6%	CHF	0.41
Sota-Abgabe	CHF	0.026
Präventionsabgabe seit April 2004	CHF	0.026
Gesamtbelastung (64% des DVP)	CHF	3.69

Eine viel benutzte Massnahme der nichtpreislichen Art ist die Vermittlung von bzw. Steuerung der Information. Dazu gehören Werbe- und Verkaufsförderungsverbote für Tabak, Informationskampagnen, Gegenwerbung, der Zwang zu auffälligen Warnhinweisen auf den Packungen, Rauchverbote etc.<sup>48</sup> Dass Anti-Raucher-Werbung in den Massenmedien der Schweiz einen substanziellen und dauerhaften Einfluss auf den Zigarettenkonsum ausüben dürfte, wurde bereits vor über zwanzig Jahren wissenschaftlich aufgezeigt.<sup>49</sup> Aus theoretischer Sicht kann allerdings die Vermittlung von Risikoinformation auch kontraproduktive Wirkung entfalten;<sup>50</sup> im Falle Spaniens scheint es denn auch zu nachfrage-induzierenden statt -verringenden Effekten gekommen zu sein.<sup>51</sup>

<sup>47</sup> Vgl. The World Bank (2003), S. 10 und S. 85.

<sup>48</sup> Vgl. dazu im Generellen Chaloupka/Warner (2000), S. 1584 ff.

<sup>49</sup> Leu (1984) hat in einer Untersuchung über den Tabakkonsum Erwachsener, die zwischen 1964 und 1981 durchgeführt wurde, herausgefunden, dass die Anti-Tabak-Werbung in den Massenmedien den Konsum in diesem Zeitraum dauerhaft um 11% verringerte.

<sup>50</sup> Vgl. Zweifel (2001).

<sup>51</sup> Vgl. Rovira et al. (2000).

In der Schweiz sollen derartige Massnahmen inskünftig verschärft werden. Es liegt der Entwurf zu einem neuen Bundesgesetz vor, der den Arbeitnehmerschutz,<sup>52</sup> einen Schutz vor dem Passivrauchen für alle oder die Festsetzung von Grenzwerten für Rauchimmissionen umfasst. Zur Diskussion stehen insbesondere der Schutz von Nichtraucher in Bars und Restaurants, ein Verbot von Werbung – in der EU geht man im Falle eines Verbots von einem Rückgang des Tabakkonsums von 7% aus – und Sponsoring für Tabakunternehmen, der kontrollierte Zugang zu Zigarettenautomaten etc. Diese geplanten Massnahmen sind mindestens im Grundsatz eine Konsequenz der 2004 von der Schweiz unterzeichneten «WHO Framework Convention on Tobacco Control».<sup>53</sup> Auch die SBB erwägen seit längerem ein generelles Rauchverbot in den Zügen; die SOB hat es bereits durchgesetzt.

Einige Restriktionen werden durch die am 1. November 2005 in Kraft gesetzte revidierte Tabakverordnung<sup>54</sup> per 30. April 2006 rechtsgültig. So müssen die Warnhinweise auf Zigaretenschachteln 35 Prozent (50%) der Fläche auf der Breitseite (Rückseite) der Zigaretenschachtel bedecken (Art. 15 Abs. 3). Die Angaben zu Teer-, Nikotin- und Kohlenmonoxidgehalt müssen 15 Prozent der Schmalseite der Zigarettenpackung bedecken (Art. 14 Abs. 2). Neu gilt auch eine Obergrenze für diese Giftstoffe (Art. 8) sowie das Täuschungsverbot, wonach Bezeichnungen wie «mild» und «light» nicht mehr verwendet werden dürfen (Art. 17 Abs.3).

Weitere nichtpreisliche Massnahmen betreffen die Unterstützung der Entwöhnung vom Rauchen durch Therapien und andere Entwöhnungsmassnahmen, die seit dem April 2004 durch den neu geschaffenen Präventionsfonds mitunterstützt werden. Heute werden in der Schweiz auf Bundesebene etwa 20 Mio. CHF jährlich für die Tabakprävention ausgegeben. Im Verhältnis zu den Einnahmen aus der Tabaksteuer – also ohne Mehrwertsteuer – sind dies 1.1 Prozent.<sup>55</sup> Gleichzeitig subventioniert der Bund allerdings die Tabakproduzenten mit 20 Mio. CHF pro Jahr.<sup>56</sup>

---

<sup>52</sup> In der Verordnung 3 zum Arbeitsgesetz (Gesundheitsvorsorge, ArGV 3) hat der Bundesrat am 18. August 1993 in Art. 19 den Nichtraucherschutz eingeführt. Darin wird festgehalten, dass der Arbeitgeber im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten dafür zu sorgen hat, dass die Nichtraucher nicht durch das Rauchen anderer Personen belästigt werden.

<sup>53</sup> Vgl. World Health Organization (2003), vgl. unter <http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/en/> die Staaten, die den so genannten «Updated status of the WHO Framework Convention on Tobacco Control» unterzeichnet haben. Die Konvention ist am 28. Februar 2005 in Kraft getreten und ist der erste juristisch verbindliche Vertrag der WHO.

<sup>54</sup> Vgl. Tabakverordnung (2004).

<sup>55</sup> [http://www.parlament.ch/afs/data/d/gesch/2004/d\\_gesch\\_20041166.htm](http://www.parlament.ch/afs/data/d/gesch/2004/d_gesch_20041166.htm).

<sup>56</sup> Vgl. BAG, Zahlen und Fakten zum Tabakkonsum, 1. Februar 2005, [http://www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/sucht/tabak/zahlen\\_fakten/](http://www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/sucht/tabak/zahlen_fakten/).

## 2.2.2 Angebotsseitige Massnahmen

Angebotsseitig mögliche Massnahmen wie Interventionen zur Verringerung der Tabakproduktion sind aus gesundheitspolitischer Optik wenig zielführend, weil meist genügend Möglichkeiten bestehen, diese zu umgehen. Ein Tabakproduktionsverbot ist nicht wünschenswert, da es zu rechtswidrigen Aktivitäten analog derjenigen bei den heute als illegal geltenden Drogen anreizen könnte. Es bleibt einzig bei der Bekämpfung des Schmuggels durch gut sichtbare Steuermarken und strengere Strafen zur Abschreckung.<sup>57</sup>

Tatsächlich legt die Schweiz angebotsseitig das Hauptgewicht auf die Bekämpfung des Schmuggels, indem sie seit den 1990er Jahren im Rahmen der Amtshilfe in Zollangelegenheiten mit der EU zusammenarbeitet. Dazu wurde ein elektronisches Meldesystem über die Ein-, Aus- und Durchfuhr von Zigarettsendungen eingeführt, das den Nachbarstaaten und der EU-Kommission die zur Betrugsbekämpfung notwendigen Informationen zur Verfügung stellt, so dass die Behörden bei Zuwiderhandlungen einschreiten können.<sup>58</sup>

## 2.3 Soziale Kosten des Tabakkonsums

Umfassend dargestellt wurden die sozialen Kosten des Tabakkonsums in der Schweiz letztmals im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit von Vitale/Priez/Jeanrenaud (1998) für das Jahr 1995. Aktuellere Berechnungen liegen zurzeit nicht vor. Die sozialen Kosten werden in dieser Studie in zwei Kategorien unterteilt: tangible und intangible Kosten. Unter erstere fallen die sogenannten direkten und indirekten sozialen Kosten, unter letztere die so genannten immateriellen sozialen Kosten.

Wie im Abschnitt 2.1.2 ausgeführt, ist allerdings die Unterscheidung zwischen den von den Rauchern selbst – also «internen» – und der von der Gesellschaft getragenen – also «externen» – Kosten von grösster Bedeutung. Die **internen Kosten** setzen sich aus dem selbst bezahlten Teil an den Behandlungskosten, dem entgangenen Arbeitseinkommen durch temporäre Arbeitsunfähigkeit und vorzeitigem Tod sowie die Ausgaben für Zigaretten zusammen. **Externe Kosten** sind jene, welche die Raucher auf Dritte überwälzen. Die Abschätzung der externen Kosten des Rauchens ist keine leichte Aufgabe, nicht zuletzt weil die langfristigen Wirkungen des Rauchens einzubeziehen und verschiedenen Personengruppen zuzuordnen sind.

---

<sup>57</sup> Vgl. The World Bank (2003), S. 67 ff.

<sup>58</sup> Medienmitteilung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 24. April 2002 unter dem Titel «Die Schweiz: Kein Paradies für Zigarettschmuggler».

Im Folgenden (d.h. Abschnitt 2.3.1 bis 2.3.3) wird auf die direkten und indirekten ökonomischen Kosten sowie die immateriellen Kosten des Rauchens im Sinne der Studie Vitale/Priez/Jeanrenaud (1998) eingegangen und die externen und internen Teile dieser Kosten ausgewiesen.

### 2.3.1 Direkte Kosten des Tabakkonsums<sup>59</sup>

Unter den direkten sozialen Kosten sind jene zu verstehen, die zur Behandlung von raucher- verursachten Krankheiten namentlich im Gesundheitswesen anfallen. Nicht einberechnet werden infolge unzureichender Datenlage die Kosten von Präventionskampagnen, Forschungs- und Ausbildungskosten, die Wertverminderung von Immobilien (Geruch, Feuer), zusätzlich verursachte Renovationsarbeiten sowie die dazugehörigen administrativen Kosten. In Anlehnung an die Richtlinien für so genannte «Cost-of-Illness-Studien» wird der Wert der für die Zigarettenproduktion verwendeten Ressourcen ebenfalls nicht einbezogen.

Bewertet mit dem Wiederbeschaffungswert, werden die direkten Kosten von Vitale/Priez/Jeanrenaud (1998) für das Jahr 1995 auf rund 1.2 Mrd. CHF geschätzt (vgl. Tabelle 3). Von diesem Betrag – rund 0.3 Prozent des damaligen Bruttonettoprodukts – werden rund 55 Prozent von den Krankenkassen finanziert und von diesem Anteil wiederum 27 Prozent von den Rauchern selbst (vgl. Zeile Krankenkassen und KK in %). Von den direkten Kosten tragen die Raucher insgesamt 40 Prozent (vgl. Zeile Interne Kosten), 60 Prozent sind damit externe Kosten.

**Tabelle 3: Direkte Kosten des Rauchens in der Schweiz in Mio. CHF im Jahre 1995**

Finanzierungsquellen	Raucher	Nichtraucher	Andere (v.a. Unternehmen)	Total	Total in %
Raucher	245.5	0.0	0.0	245.5	20.3%
Krankenkassen (KK)	179.3	418.4	66.6	664.1	54.8%
KK in %	27%	63%	10%	100%	-
Invalidenversicherung	9.4	20.5	23.7	53.1	4.4%
Bund, Kt., Gemeinde	49.7	104.4	94.5	248.6	20.5%
Interne Kosten	483.9			483.9	40.0%
Externe Kosten		543.3	184.6	727.9	60.0%
Prozentuale Anteile	40%	44.8%	15.2%		
Total				1211.8	100.0%

<sup>59</sup> Vgl. Vitale/Priez/Jeanrenaud (1998), S. 100 ff.

Die direkten Kosten, die von den Rauchern selbst finanziert werden, lassen sich auf die drei wichtigsten Komponenten aufteilen wie folgt (vgl. Tabelle 4). Die weitaus grösste Komponente sind die Spitalaufenthalte mit 77 Prozent (= 190.1 / 245.5), gefolgt von den Arztbesuchen (18 Prozent); die Medikamente spielen mit einem Anteil von fünf Prozent eine geringe Rolle. Etwas weniger spitallastig sind mit 66 Prozent die Finanzierungsbeiträge der Krankenversicherer, während diejenigen der öffentlichen Hand ausschliesslich dem Spitalsektor zugute kommen.

**Tabelle 4: Finanzierung der direkten Kosten des Rauchens in Mio. CHF im Jahre 1995**

	Arztbesuche	Medikamente	Spitalaufenthalte	Total	Total in %
Raucher	43.2	12.2	190.1	245.5	20.3%
Krankenkassen	146.2	80.9	436.9	664.1	54.8%
Krankenkassen in %	22%	12%	6%	100%	
Invalidenversicherung	11.0	1.2	41.4	53.6	4.4%
Bund, Kt., Gemeinden	0	0	248.6	248.6	20.5%
Total	200.4	94.4	917.0	1211.8	100.0%
Total in %	16.5%	7.8%	75.7%	100.0%	

### 2.3.2 Indirekte Kosten des Tabakkonsums<sup>60</sup>

Indirekte soziale Kosten sind durch Rauchen verursachte Nettoproduktionsverluste (z.B. durch temporäre Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigen Tod). Der Wert der Güter und Dienstleistungen, die die Person im gesunden Zustand noch konsumiert hätte, wird von der nicht erwirtschafteten Produktion abgezogen (Nettoprinzip; in der Literatur nicht unangefochten). Die Schätzung von Vitale/Priez/Jeanrenaud (1998) umfasst sowohl die Produktion von Gütern und Dienstleistungen durch Erwerbstätigkeit als auch durch Hausarbeit (Kochen, Kinderbetreuung, Einkaufen, Garten etc.). Auch bei den indirekten sozialen Kosten werden – um die Analyse nicht zu überladen – bestimmte Elemente nicht einbezogen (z.B. ehrenamtliche Tätigkeiten und Krankenbesuche). Auch bei den indirekten sozialen Kosten lassen sich interne und externe Teile bestimmen.

Eine wichtige Komponente der indirekten Kosten ist die temporäre Arbeitsunfähigkeit (vgl. Tabelle 5). Hierzu schreibt das Gesetz vor, dass der Arbeitgeber während mehreren Monaten die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall vollumfänglich leistet. Die Dauer dieser Verpflichtung steht in Beziehung zur Dauer des bisherigen Arbeitsverhältnisses. Vitale/Priez/Jean-

<sup>60</sup> Vgl. Vitale/Priez/Jeanrenaud (1998), S. 25 ff. und 102 ff.

renaud (1998) nehmen an, dass an Arbeitnehmer zwischen dem 20. und 64. Altersjahr durchschnittlich 80 Prozent des Gehalts ausbezahlt werden. Mit 386'000 temporär Arbeitsunfähigen dieser Altergruppe gelangen die Autoren zu einer Schätzung von 676 Mio. CHF. Die Opportunitätskosten der Raucher selbst werden 100 Prozent des entgangenen Arbeitseinkommens gleichgesetzt, das sind 892 Mio. CHF. Die echten Opportunitätskosten wären noch höher (1053 Mio. CHF), weil z.B. Ersatz für den kranken Mitarbeiter beschafft werden muss. Insgesamt ergeben sich knapp 1.6 Mrd. CHF (= 0.676 + 0.892) indirekte Kosten.

**Tabelle 5: Finanzierung der indirekten Kosten des Rauchens in Mio. CHF im Jahre 1995**

	Temporäre Arbeitsunfähigkeit	Invalidität	Vorzeitigen Tod	Total	in %
Raucher	892.4	553.3	1083.9	2529.2	66.4%
Taggeldversicherungen	676	-	-	676.0	17.7%
AHV	-	-	47.7	47.7	1.3%
IV	-	327.5	-	327.5	8.6%
Vorsorgeeinrichtungen	-	137.8	90.8	228.6	6.0%
Total	1568.4	1018.6	1222.4	3809.4	100.0%

Die zweite Komponente ist die raucherbedingte Invalidität. Sie wird zum grössten Teil durch die Chronische Bronchitis verursacht, an der 1995 in der Schweiz rund 340'000 Menschen litten. Die damit verbundenen Einbussen in der Produktion werden auf netto 1 Mrd. CHF geschätzt (vgl. Tabelle 5). Der grösste Teil davon – rund 260 Mio. CHF – geht laut Vitale/Priez/Jeanrenaud (1998) auf 4'100 Menschen zurück, die an ischämischer Herzkrankheit litten. Für 1995 gehen die Autoren davon aus, dass etwas weniger als ein Drittel der raucherbedingten Invaliditätskosten von der IV und etwas weniger als 150 Mio. CHF auf der Basis des BVG über Vorsorgeeinrichtungen finanziert wurden.

Der vorzeitige Tod bildet die wichtigste Komponente der raucherbedingten indirekten Kosten. Heutigen Schätzungen zufolge weisen Raucher ein 50%iges Risiko auf, durch den Tabakkonsum vorzeitig zu sterben.<sup>61</sup> Die Produktionsverluste durch vorzeitigen Tod werden von Vitale/Priez/Jeanrenaud (1998) für das Jahr 1995 netto auf etwas über 1.2 Mrd. CHF geschätzt; davon entfällt eine Mrd. auf die Erwerbstätigkeit und mehr als 200 Mio. CHF auf häusliche Arbeit. Die Güter und Dienstleistungen, die vorzeitig Verstorbene im gesunden Zustand noch konsumiert hätten, wurden auf rund 600 Mio. CHF beziffert.

<sup>61</sup> Vgl. The World Bank (2003), S. 26.

Die Aufteilung der indirekten Kosten auf die zentralen Kategorien «intern» und «extern» wird in Tabelle 6 dargestellt. Zunächst ist mit den Autoren festzuhalten, dass den 3.8 Mrd. CHF indirekten Kosten weit geringere direkte Kosten von 1.2 Mrd. CHF gegenüberstehen (vgl. Tabelle 4). Der Tabakkonsum belastet dennoch den Rest der Wirtschaft etwa dreimal so sehr wie das von den Politikern stets genannte Gesundheitswesen. An diese 3.8 Mrd. CHF bezahlen die Raucher selbst 2.5 Mrd. CHF; effektiv tragen sie (über ihre Versicherungsbeiträge) sogar 2.8 Mrd. CHF, d.h. nicht weniger als 74 Prozent (vgl. «Interne soziale Kosten» der Tabelle 6).

**Tabelle 6: Indirekte Kosten des Rauchens in der Schweiz in Mio. CHF im Jahre 1995**

	Raucher	Nichtraucher	Andere (v.a. Unternehmen)	Total	In %
Raucher	2529.6			2529.6	66.4%
Taggeldversicherungen	187.0	376.5	112.5	676.0	1.8%
AHV	11.7	14.2	21.8	47.7	1.3%
IV	57.6	125.4	144.5	327.5	8.6%
Vorsorgeeinrichtungen	33.8	78.9	115.9	228.6	6.0%
Interne soziale Kosten	2219.7			2819.7	74.0%
Externe soziale Kosten		595.0	394.7	989.7	26.0%
Total				3809.4	

Vitale/Priez/Jeanrenaud (1998) beziehen in ihre Analyse die Tabaksteuern mit ein, welche die Raucher über den Kauf von Zigaretten in die AHV einbezahlen. Sie reduzieren zudem die externe Komponente der direkten und indirekten sozialen Kosten um den Anteil der AHV-Einzahlungen, den die Raucher durch ihren vorzeitigen Tod beitragen. Dieser Transfer der Raucher an die Nichtraucher wird für das Jahr 1995 auf 1.3 Mrd. CHF geschätzt (vgl. Tabelle 7).<sup>62</sup> Dann bleiben netto gerade noch **0.4 Mrd. CHF an externen Kosten** übrig, ein kleiner Anteil von acht Prozent an den 5 Mrd. der Gesamtkosten Rauchens.

<sup>62</sup> Vgl. dazu die Berechnungsgrundlagen in Vitale/Priez/Jeanrenaud (1998), S. 109 f.

**Tabelle 7: Interne und externe ökonomische Kosten des Rauchens in Mio. CHF (1995)<sup>63</sup>**

	Interne Kosten	Externe Kosten	Soziale Kosten
Direkte Kosten	483.9	727.9	1211.8
Indirekte Kosten	2819.0	989.7	3809.4
„AHV-Transfer“ von Raucher zu den Nichtrauchern	1308.6	-1308.6	-.-
Ökonomische Kosten	4612.2	409.0	5021.2
In %	91.9	8.1	100.0

### 2.3.3 Immaterielle Kosten des Tabakkonsums<sup>64</sup>

Immaterielle soziale Kosten bestehen in einer Verminderung der Lebensqualität von Rauchern und deren Bekannten. Die Wirtschaftstheorie hat in den letzten Jahren Verfahren zur Monetarisierung immaterieller Werte entwickelt. Sie laufen auf die Messung der sog. Zahlungsbereitschaft der Menschen hinaus. Im vorliegenden Zusammenhang handelt es sich um den Betrag, den die Betroffenen zu opfern bereit wären, um die Folgen raucherbedingter Krankheiten zu vermeiden; darunter sind insbesondere das physische und psychische Leiden der Kranken und ihrer Familien sowie Kummer und Trauer der Angehörigen von kranken oder vorzeitig verstorbenen Raucherinnen und Rauchern zu verstehen. Die Messung der Zahlungsbereitschaft verlangt adäquate Fragebogentechniken und ökonometrische Methoden. Das bewertete Gut – eine Reduktion des Risikos, an einer spezifischen Raucherkrankheit zu leiden – wird genau beschrieben, so dass die Befragten ihr persönliches Erkrankungsrisiko einschätzen können. Die Risikoreduktion wird durch einen hypothetischen Impfstoff erreicht, der von der Krankenversicherung nicht gedeckt ist und deshalb aus der eigenen Tasche zu bezahlen wäre. Die Wirkung dieses Impfstoffes wurde mit 95 Prozent während eines Jahres angegeben.<sup>65</sup>

Die von Vitale/Priez/Jeanrenaud (1998) eruierten immateriellen Kosten (vgl. Tabelle 8) zeigen, dass die Befragten den Lungenkrebs als die folgenschwerste Krankheit betrachten. Hier beträgt die durchschnittliche Zahlungsbereitschaft über eine halbe Mio. CHF jährlich, und dieser Betrag entspricht den immateriellen Kosten des Risikos «Lungenkrebs». Die

<sup>63</sup> Vgl. Vitale/Priez/Jeanrenaud (1999), S. 11.

<sup>64</sup> Vgl. Vitale/Priez/Jeanrenaud (1998), S. 25 ff. und 102 ff.

<sup>65</sup> Für weitere Details siehe Vitale/Priez/Jeanrenaud (1998), S. 61 ff. und 110 ff. Es handelt sich also nicht um die Zahlungsbereitschaft, von der Sucht loszukommen, sondern um eine hypothetische Versicherung, infolge des Rauchens nicht zu erkranken.

Vermeidung einer chronischen Bronchitis hingegen ist den Befragten nur gerade 38'500 CHF wert. Dieser Unterschied macht Sinn, denn eine chronische Bronchitis ist weit weniger bedrohlich als Lungenkrebs. Auch die ungefähre Gleichheit der Zahlungsbereitschaft für die Vermeidung der Risiken weniger bedrohlich als Lungenkrebs. Auch die ungefähre Gleichheit der Zahlungsbereitschaft für die Vermeidung der Risiken «Tödlicher Herzinfarkt» und «Schlaganfall» (rd. 240'000 CHF) erscheint glaubhaft, handelt es sich doch beides Mal um einen plötzlichen, vergleichsweise wohl schmerzlosen Tod, ganz im Gegensatz zum Lungenkrebs. Dies spricht dafür, dass es den Autoren gelungen sein könnte, die wahre Zahlungsbereitschaft der Befragten im Durchschnitt richtig zu erfassen.

**Tabelle 8: Immaterielle Kosten des Rauchens**

Krankheit	Pro Fall in CHF	Total in Mio. CHF
Lungenkrebs	512'500	1305.3
Chronische Bronchitis	38'500	386.3
Tödlicher Herzinfarkt	236'000	593.5
Angina pectoris	200'100	831.0
Schlaganfall	241'400	976.7
Nicht tödlicher Herzinfarkt	218'100	868.3
Total		4'961.1

Da ein Haushalt bestehend aus Rauchern und Nichtrauchern die Referenzeinheit bildet, können die immateriellen Kosten nicht in einen internen und externen Teil aufgespalten werden (vgl. Tabelle 9).<sup>66</sup> Somit werden sämtliche immaterielle Kosten als interne Kosten dargestellt. Dies hat zur Folge, dass die externe Komponente der sozialen Kosten unverändert 409 Mio. CHF beträgt, was vermutlich eine gewisse Unterschätzung bedeutet. Dennoch lässt sich die Aussage aufrecht erhalten, dass von den knapp 10 Mrd. CHF der sozialen Kosten des Rauchens (Preisbasis 1995) ein sehr kleiner Teil, d.h. kaum mehr als fünf Prozent einen negativen externen Effekt darstellt. Der ganz überwiegende Teil dieser Kosten wird von den Raucherinnen und Rauchern selbst getragen, stellt also für den Rest der Gesellschaft keine Belastung dar. Grosse zusätzliche Internalisierungsanstrengungen

<sup>66</sup> Es gibt allerdings Hinweise, dass die immateriellen Kosten durch Passivrauchen, die hier nicht berücksichtigt werden, durchaus substanziell sein können. Die verschärften Gesetzgebungen in vielen europäischen Ländern deuten darauf hin, dass viele Nichtraucher, Belästigungen infolge Passivrauchens nicht mehr in Kauf nehmen möchten. Dementsprechend hätten sie einen Nutzen daraus bzw. eine positive Zahlungsbereitschaft dafür, dass Raucher ihren Konsum eindämmen.

müssen (im Gegensatz etwa zur Umwelt) aus ökonomischer Sicht besser begründet werden.

**Tabelle 9: Soziale Kosten des Rauchens in Mio. CHF im Jahre 1995**

Direkte Kosten	1'211.8
Indirekte Kosten	3'809.4
Direkte und indirekte Kosten	5'021.2
Interne Komponente	4'612.2
Externe Komponente	409.0
Immaterielle Kosten	4'961.1
Interne Komponente	4'961.1
Externe Komponente	0.0
Total soziale Kosten	9'982.4
Interne Komponente	9'573.3
Externe Komponente	409.0

### 2.3.4 Kritik an der Schätzung der sozialen Kosten auf Jahresbasis

Einige der Schwachpunkte der Analyse von Vitale/Priez/Jeanrenaud (1998), können folgendermassen zusammengefasst werden:

- **Soziale Kosten:** Die Berechnung der sozialen Kosten des Rauchens bezieht sich auf das spezifische Jahr 1995. Betrachtet man ein beliebiges einzelnes Jahr, sind die Gesundheitskosten für Raucher stets höher als diejenigen für Nichtraucher. Weil jedoch Raucher im Durchschnitt weniger lang leben als Nichtraucher, können die Gesundheitskosten der Raucher über die gesamte Lebensspanne gerechnet niedriger sein als diejenigen der Nichtraucher.
- **Direkte Kosten:** Im Rahmen einer Jahresbetrachtung können die ehemaligen Raucher (former smoker) in die Zahl der Raucher (current smoker) nicht einbezogen werden. Die Gesundheitskosten ehemaliger Raucher fallen damit bei den Gesundheitskosten der Nichtraucher (never smoker) an, was das Ergebnis wesentlich verfälscht. Denn in den Industrieländern geht man bei Männern von rund 30 Prozent ehemaligen Rauchern aus. Die Kosten der Nichtraucher (und damit die negativen externen Effekte) werden deshalb deutlich überschätzt.

- **Indirekte Kosten:** Ein Teil der Raucher stirbt bereits im mittleren Alter,<sup>67</sup> also bevor die vollen Rentenbeiträge bezahlt sind. Die höheren AHV-Transferzahlungen pro Raucher durch Tabaksteuern besagen also nicht notwendig, dass Raucher die Nichtraucher subventionieren. Denn die Nichtraucher leisten im Durchschnitt weiterhin AHV-Zahlungen und können ihren «Rückstand» auf die Raucher (über-)kompensieren.
- **Immaterielle Kosten:** Im Zusammenhang mit der Berechnung der immateriellen Kosten besteht die Gefahr einer Überschätzung. Denn auch die besten Marktexperimente können das Einkommensopfer zu Gunsten einer erhöhten Lebenserwartung bzw. besserer Gesundheit nur simulieren. Wenn es ans eigene Portemonnaie geht, schrecken viele vor diesem Opfer zurück. Ausserdem ist die Unterscheidung zwischen indirekten und intangiblen Kosten gar nicht stringent möglich. Denn die Zahlungsbereitschaft für verbesserte Überlebenschancen enthält immer auch diejenige für die Chance, weiterhin ein Einkommen zu erzielen und daraus Konsumausgaben tätigen zu können.
- **Externe Kosten:** Das Ausmass der externen Kosten hat viel mit dem Verhalten der Verursacher zu tun. Wer generell bereit ist, höhere Gesundheitsrisiken (z.B. beim Autofahren) einzugehen, bürdet der Gesellschaft eher externe Kosten auf als andere. Nun unterscheiden sich aber Raucher von Nichtrauchern nicht nur im Hinblick auf das Rauchen, sondern in einer ganzen Reihe von anderen Verhaltensaspekten.<sup>68</sup> Leu (1984) empfiehlt deshalb, die Raucher wenn möglich mit einer hypothetischen Gruppe von Nichtrauchern zu vergleichen, die in ihrem Verhalten mit demjenigen der Raucher mit Ausnahme des Rauchens vergleichbar sind.<sup>69</sup>

## 2.4 Kostenimplikation für OKP

Die infolge des Tabakkonsums anfallenden Gesundheitskosten betragen in Industrieländern zwischen 6 und 15 Prozent der gesamten jährlichen Gesundheitsausgaben.<sup>70</sup> In diesem Abschnitt geht es darum, diese Tatsache mit dem Ausmass der ungewollten Solidari-

---

<sup>67</sup> Jeder zehnte Tote, dem sein Ableben auf das Rauchen zugeschrieben wird, erreicht sein 55. Lebensjahr nicht.

<sup>68</sup> Farrell/Fuchs (1982).

<sup>69</sup> Dazu müsste bspw. das Alter, das Geschlecht, die Ausbildung, Trinkgewohnheiten, körperliche Ertüchtigung, Familiengrösse, Einkommen etc. in die Analyse einbezogen werden. Unter der Voraussetzung, dass die Raucher zwar das Rauchen aufgeben und alle anderen Verhaltensweisen identisch belassen, könnten dann deren externe Kosten berechnet werden.

<sup>70</sup> Vgl. The World Bank (2003), S. 5.

tät in der OKP der Schweiz in Verbindung zu bringen. Die Studie von Vitale/Priez/Jeanrenaud (1998) geben dazu Anhaltspunkte (vgl. dazu Tabelle 3). Aus dieser Tabelle geht hervor, dass die Nichtraucher (inkl. die ehemaligen Raucher) über 60 Prozent der Kosten selbst finanzieren, welche die Krankenkassen jährlich zur Behandlung von raucherbedingten Krankheiten aufwenden. Es handelt sich – bezogen auf das Jahr 1995 – um den Betrag von 418 Mio. CHF von 697 Mio. CHF (vgl. Zeile «KK in %» in Tabelle 3). Dieser Betrag kann der ungewollten Solidarität gleichgesetzt werden unter der Voraussetzung, dass die Nichtraucher keine Zahlungsbereitschaft dafür haben, den Rauchern medizinische Behandlung von raucherbedingten Leiden zu zehn Prozent des effektiven Preises (gemäss Kostenbeteiligung; die Obergrenze liegt inklusive Minimalfranchise bei 1'000 CHF pro Jahr) zukommen zu lassen.

Aber auch wenn man diese Annahme akzeptiert, ist nicht klar, ob man die Zahl von 418 Mio. CHF als Unter- oder Obergrenze für die jüngere Vergangenheit betrachten sollte. Da die Passivraucher zu den Nichtrauchern gezählt werden, könnte man geneigt sein, darin eine Untergrenze zu sehen. Unter den Nichtrauchern befinden sich andererseits auch eine grosse Anzahl von «former smokers». Dies bedeutet, dass ein Teil der 418 Mio. CHF in Tat und Wahrheit von (ehemaligen) Rauchern aufgewendet wird und insofern zu den internen Kosten gezählt werden sollte. Gesicherte Erkenntnisse für eine genauere und v.a. die aktuellen Verhältnisse abbildenden Grössenordnung liegen zurzeit nicht vor. Bekannt ist lediglich, dass auch andere Quellen davon ausgehen, «dass Raucher unzweifelhaft Nichtrauchern direkte Kosten, wie zum Beispiel Gesundheitsschäden, aufbürden.»<sup>71</sup> Aus diesem Grund empfiehlt bspw. auch die Weltbank, die Finanzierung der Gesundheitssysteme so zu gestalten, «dass sie das Raucherverhalten des Einzelnen»<sup>72</sup> widerspiegeln.

---

<sup>71</sup> The World Bank (2003), S. 39. Es gibt andere Solidaritäten etwa Kontext mit den indirekten sozialen Kosten, die bspw. auf der Grundlage der Tabelle 6 diskutiert werden könnten; diese stehen aber nicht im Fokus der in dieser Studie aufgeworfenen Fragen.

<sup>72</sup> The World Bank (2003), S. 41.

### 3 LÖSUNGSANSÄTZE ZUR ABSCHWÄCHUNG UNGEWOLLTER SOLIDARITÄT

Im Folgenden werden fünf Lösungsansätze besprochen, welche die ungewollten Solidaritätseffekte, wie sie im Kapitel 2 beschrieben wurden, reduzieren können.<sup>73</sup>

1. Einbezug der vorgelagerten Gesundheitspolitik mit Präventionsprogrammen und Lenkungssteuern;
2. Flexibilisierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bzgl. Leistungspaket und Prämie;
3. Verbesserungen des Risikoausgleichs;
4. Übergang zu einer Einheitskasse;
5. Abkehr von der Einheitsprämie hin zur risikogerechten Prämie.

Zuerst wird ein Analyseraster zur Beurteilung dieser Lösungsansätze entwickelt. Anschliessend wird jeder Lösungsvorschlag einzeln beschrieben und bewertet.

#### 3.1 Analyseraster zur Beurteilung der Lösungsansätze

Die nachstehenden ökonomischen und politischen Gesichtspunkte dienen zur Beurteilung.

- **Ungewollte Solidaritätseffekte:** Dies bildet das wichtigste Kriterium. Die Lösungsansätze sind primär danach zu beurteilen, ob sie die ungewollten Solidaritätseffekte abschwächen und wie sie dies tun.
- **Gewollte Solidaritätseffekte:** Bei der Verringerung der ungewollten Solidarität soll es nicht gleichzeitig zu einer verstärkten Entsolidarisierung zwischen gesund und krank, Mann und Frau, jung und alt sowie reich und arm kommen.
- **Einfluss auf die Effizienz des Gesundheitswesens:** Es wäre wünschenswert, wenn die Lösungsansätze, die Effizienz (d.h. das Nutzen-Kosten-Verhältnis) des Gesundheitswesens nicht verschlechtern.
- **Umsetzbarkeit:** Es genügt nicht, dass ein Lösungsansatz ein günstiges Nutzen-Kosten-Verhältnis aufweist. Die Akzeptanz in der Bevölkerung (und noch mehr bei den Politikern) hängt auch von seiner Verteilungswirkung ab. Allgemein spielen politische

---

<sup>73</sup> Selbstverständlich ist diese Liste nicht abschliessend. So werden bspw. weitgehende polizeiliche Massnahmen, wie vollständige Verbote von gesundheitsschädigendem Verhalten (Prohibition) nicht diskutiert.

Ziele (wie z.B. die Sicherung der Wiederwahl) eine Rolle, die direkt nichts mit dem Gesundheitswesens zu tun haben.

Neben einer einzelnen Betrachtung dieser Gesichtspunkte wird auch eine Gesamtbewertung vorgenommen. Da das nötige Datenmaterial nicht zur Verfügung steht, kann keine quantitative, sondern nur eine qualitative Bewertung vorgenommen werden.

## 3.2 Vorgelagerte Gesundheitspolitik

Ein erster Lösungsansatz geht davon aus, dass die ungewollte Solidarität, wie sie im heutigen ausgestalteten Krankenversicherungssystem vorkommt, bestehen bleibt. Die ungewollte Solidarität durch Ex-ante-Moral-Hazard – also durch ungesunde Lebensweisen und mangelnde Prävention – soll durch eine dem Krankenversicherungsbereich vorgelagerte Gesundheitspolitik reduziert werden. Es gibt grundsätzlich zwei Instrumente,<sup>74</sup> mit denen der Staat in der vorgelagerten Gesundheitspolitik Einfluss auf das Gesundheitsverhalten nehmen kann, Präventionskampagnen und Lenkungssteuern.

### 3.2.1 Präventionskampagnen

Durch Anstrengungen im Bereich der Gesundheitsaufklärung oder Gesundheitserziehung soll gezielt auf das Gesundheitsverhalten Einfluss genommen werden. Das Ziel ist eine gesündere Lebensweise und vermehrte individuelle Prävention in der Bevölkerung. Dadurch würden die verhaltensbedingte Krankheitskosten in geringerem Umfang auf die Allgemeinheit abgewälzt und so das Ausmass der ungewollten Solidarität eingedämmt. Damit dies möglich ist, muss aber erst die **Wirkung** dieser Kampagnen sichergestellt sein, denn nur wenn sie einen bleibenden Einfluss auf das Gesundheitsverhalten erzielt, geht damit auch die ungewollte Solidarität zurück. Auch dann ist noch nicht gewährleistet, dass der Nutzen der Präventionskampagne die damit verbundenen Kosten übersteigt. Es könnte die Gesellschaft billiger zu stehen kommen, wenn sie die ungewollte Solidarität in Kauf nimmt, da die erzielten Kostenreduktionen in keinem Verhältnis zu den aufgewendeten Mitteln stehen. Es wird zwar häufig behauptet, dass sich durch Präventionsprogramme viel Geld in

---

<sup>74</sup> Ein weiteres Instrument wären polizeiliche Verbote. Wie aber bereits erwähnt, werden solche Ansätze hier nicht betrachtet.

Form vermiedener Folgekosten einsparen lassen. Der Nachweis gelingt jedoch dies nur bei sehr wenigen Programmen, die hinreichend zielgerichtet und genügend wirksam sind.<sup>75</sup>

Die **gewollten Solidaritätseffekte** werden durch Präventionskampagnen kaum beeinträchtigt. Da sie typischerweise aus allgemeinen Steuermitteln finanziert werden,<sup>76</sup> nimmt die Solidarität zwischen reich und arm sogar etwas zu, wenn davon ausgegangen werden kann, dass die Verminderung der ungewollten Solidarität allen Versicherten unabhängig vom Einkommen zugute kommt.

Bezüglich der Auswirkungen von Präventionskampagnen auf die **Effizienz** des Gesundheitswesens besteht die Gefahr einer Verschlechterung. Denn es ist fraglich, ob die Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung (der Nutzen) für solche Kampagnen deren Kosten übersteigen. Öfters mangelt es ihnen an der Gezieltheit, so dass sich viele belästigt fühlen. Dies gilt um so mehr, als mitunter nicht mehr nur Information weitergeleitet, sondern fast schon Propaganda betrieben wird. So werden in Deutschland jene, die keine Krebsvorsorge betreiben wollen, beinahe als verantwortungslos und unsolidarisch gestempelt. Das Problem wird damit künstlich aufgeblasen, ohne objektiv über Krebsrisiken und Vor- und Nachteile der Vorsorgeuntersuchungen zu informieren.<sup>77</sup> Dies hat zur Folge, dass vollständig gesunde Personen Prävention in einem Bereich treiben, wo sie wenig bis gar nichts davon haben und eventuell sogar Schaden davon tragen (Fehldiagnosen).<sup>78</sup> Ein solches Über-das-Ziel-Hinausschiessen ist vor allem dann möglich, wenn von Präventionskampagnen nur die oberflächlichen Aussagen hängen bleiben, die konkreten Inhalte aber nicht.<sup>79</sup>

---

<sup>75</sup> Vgl. Van Beusekom et al. (2004), Kap. 5.5. Besonders störend ist, dass meist gar keine Kosten-Nutzen-Analysen zu den Präventionsprogrammen gemacht werden, zumindest nicht in dem Sinne, dass alle Kosten und Nutzen miteinander verglichen werden.

<sup>76</sup> Eine Ausnahme bildet der Präventionsrappen, der seit 1998 auf die Krankenkassenprämien aufgeschlagen wird (2.40 CHF pro Person und Jahr) und mit dem die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz Präventionsprogramme fördert.

<sup>77</sup> Vgl. dazu Weymar/Koch (2003). In der Schweiz wird zurzeit dem Bundesamt für Gesundheit auch vorgeworfen, in der Präventionskampagne, die über die Senkung der Promille-Grenze informieren soll, zu weit zu gehen und «erwachsene Menschen zu beschwindeln» (vgl. Weltwoche 14/2005, S. 8).

<sup>78</sup> So geht der deutsche Sachverständigenrat zur konzertierten Aktion im Gesundheitswesen davon aus, dass in den letzten Jahren in Deutschland über 100'000 Frauen ungerechtfertigt Brustamputationen aufgrund falschen Krebsverdachts auf sich nehmen mussten (vgl. Weymar/Koch 2003).

<sup>79</sup> Dass dies häufig der Fall ist zeigt eine Studie aus dem Südtirol (Landesinstitut für Statistik, 2001). Obwohl Präventionskampagnen zu AIDS, Rauchen und Alkohol hohe Bekanntheitswerte von 76% erreichten, konnten sich nur 6% an die Slogans erinnern.

In Bezug auf die **Umsetzbarkeit** sollten Präventionskampagnen keine grossen Probleme bereiten, werden sie doch schon seit Jahren in der Gesundheitspolitik eingesetzt. Sie scheinen zumindest in der Bevölkerung Österreichs eine grosse Akzeptanz zu geniessen.<sup>80</sup>

### 3.2.2 Lenkungssteuern

Lenkungssteuern sollen das Verhalten der Menschen steuern; sie haben nicht den Zweck, Staatseinnahmen zu generieren. Ihr Ertrag sollte deshalb an die Bevölkerung zurückverteilt werden. Aus ökonomischer Sicht lässt sich die staatliche Einflussnahme auf das individuelle Verhalten dann rechtfertigen, wenn dieses Verhalten den Rest der Gesellschaft Nachteile aufbürdet, d.h. externe Kosten verursacht. Übertragen auf die Gesundheitspolitik bedeutet dies, dass die Menschen zwar ein Recht darauf haben, ihr Leben im Austausch für den Nutzengewinn aus dem Konsum gesundheitsschädigender Stoffe zu verkürzen oder Krankheiten in Kauf zu nehmen. Wenn sie aber dadurch der Allgemeinheit externe Kosten auferlegen, sollen sie durch die Lenkungssteuern dazu gebracht werden, ihren schädigenden Konsum einzuschränken. Dabei ist es nicht angezeigt, z.B. den Rauchern die Gesamtheit der raucherbedingten externen Kosten anzulasten.<sup>81</sup> Denn die sog. Internalisierung dieser externen Kosten ist auch nicht ohne Aufwand zu haben. Eine weiter gehende Internalisierung lässt diesen Aufwand ansteigen; sie macht demnach nur so lange Sinn, als der zusätzliche Aufwand unter dem erzielbaren Nutzengewinn bleibt (wobei der Nutzengewinn mit der Messung der marginalen Zahlungsbereitschaft erfasst werden kann). Im Allgemeinen wird deshalb der Internalisierungsgrad unter 100 Prozent bleiben (wo der Nutzengewinn definitionsgemäss null ist, weil es nichts mehr zu internalisieren gibt, doch die zusätzlichen Kosten erheblich ins Gewicht fallen).

Die **Wirksamkeit** von Lenkungssteuern hängt von der Preiselastizität der Nachfrage ab. Reagiert die Nachfrage nach Raucherwaren stark auf Preisänderungen, wird schon bei niedrigen Steuersätzen eine Eindämmung des Ex-ante-Moral-Hazards festzustellen sein. Bei einer geringen Preiselastizität dagegen reagiert die Nachfrage nur schwach auf den Steuerzuschlag. Dies ist bei vielen gesundheitsschädigenden Produkten der Fall, sofern es sich bei diesen um Suchtmittel handelt. In diesem Fall muss der Satz der Lenkungssteuer für den angezeigten Grad der Internalisierung der raucherbedingten externen Kosten (und damit der Vermeidung ungewollter Solidarität) sehr hoch angesetzt werden, was die Umsetzbarkeit gefährdet.

---

<sup>80</sup> Vgl. Landesinstitut für Statistik (2001).

<sup>81</sup> Dabei muss berücksichtigt werden, dass nicht nur die durch die Allgemeinheit finanzierten Krankenkassenkosten zu diesen Externalitäten zählen. Wie im Fallbeispiel Tabakkonsums (vgl. Abschnitt 2.3) gezeigt, gibt es noch weitere Bereiche, in denen Kosten auf die Allgemeinheit abgewälzt werden.

Eine wichtige Rolle spielt die **Verwendung der Steuereinnahmen**. Wie oben ausgeführt, wäre die ökonomisch effiziente Lösung eine Pro-Kopf-Rückvergütung der Einnahmen von Lenkungssteuern an die Bevölkerung. Im Zusammenhang mit der Krankenversicherung gibt es jedoch einen zweiten externen Effekt von grosser Bedeutung, nämlich die Entsolidarisierung durch Risikoselektion. Statt nun die «Rosinenpicker» unter den Krankenversicherern durch einen Beitrag zum Risikoausgleich zu bestrafen, könnte man die Steuereinnahmen dazu verwenden, die Kassen mit ungünstiger Risikostruktur zu begünstigen. Die Einnahmen einer Lenkungssteuer auf Raucherwaren wären demnach dem Risikoausgleichsfonds zur Verfügung zu stellen. Damit würde die Solidarität zwischen gesund und krank gefördert, da die Kassen mit ungünstiger Risikostruktur entlastet würden. Da anzunehmen ist, dass bei diesen Kassen auch mehr Raucher zu finden sind, die Lenkungssteuer bezahlen, würden aber auch diejenigen profitieren, die mit ihrem Verhalten ungewollte Solidarität verursachen. Allgemein ist zweifelhaft, ob sozusagen mit einem Schlag zwei Fliegen erwischt werden können, ob also mit einer Massnahme (oder Lenkungssteuer) gleichzeitig zwei externe Effekte (raucherbedingte externe Kosten und Risikoselektion) korrigiert werden können. Die sog. Tinbergen-Regel besagt nämlich, dass es zur Erreichung von  $z$  Zielen mindestens  $z$  Instrumente braucht. Wahrscheinlich wäre es effizienter, den entscheidenden institutionellen Mangel zu beheben und den Risikoausgleich zu verbessern oder sogar risikogerechte Prämien (ergänzt mit gezielter Prämienverbilligung) zuzulassen. Die Raucher würden im letzteren Fall als ungünstigere Risiken eingestuft, was zur Internalisierung der von ihnen verursachten Gesundheitskosten führt, und für den Krankenversicherer bestünde kein Grund mehr, ungünstige Risiken zu diskriminieren, da sie ja von ihnen die höhere Prämie erhalten.

Betrachtet man die **Wirkung auf die gewollte Solidarität**, muss man feststellen, dass vor allem die Solidarität zwischen reich und arm unter einer Lenkungssteuer leiden würde. Denn Konsumsteuern wirken prinzipiell regressiv, belasten also niedrigere Einkommen relativ stärker als hohe. Tatsächlich machen die Ausgaben für Raucherwaren bei niedrigen Einkommen einen höheren Anteil aus als bei hohen, so dass ihre Verteuerung die Bezüger niedriger Einkommen besonders stark treffen würde. Auf die übrige gewollte Solidarität (zwischen jung und alt sowie Mann und Frau) sollten Lenkungsabgaben keine substantiellen Auswirkungen haben.

Mit grossen Wirkungen von Lenkungssteuern auf die **Effizienz** des Krankenversicherungssystems ist a priori nicht zu rechnen. Wenn die Steuereinnahmen wie oben beschrieben dazu verwendet werden, um zwei Fliegen mit einem Schlag zu treffen, könnte dies bestehende Ineffizienzen am Leben erhalten und möglicherweise sogar verstärken.

Die **Umsetzbarkeit** von Lenkungssteuern hängt von einer Reihe oft wenig gesicherter Zusammenhängen ab. So müssten die Auswirkungen des Rauchens auf die Gesundheit nicht nur wissenschaftlich belegt sein, sondern auch von den Stimmbürgern als wahr akzeptiert

sein und dass Ausmass der externen Kosten des Rauchens müsste ermittelbar sein. Zudem wäre zu berücksichtigen, dass die Erhebung einer Lenkungssteuer andere Lösungsmöglichkeiten für Probleme des Krankenversicherungssystems behindern oder gar verunmöglichen könnte. So könnte es als unfair angesehen werden, wenn jemand zweimal – durch die Lenkungssteuer und durch die höheren Prämien – zur Kasse gebeten wird.

### **3.3 Flexibilisierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung**

In diesem Teilkapitel kommen Lösungsansätze für das Problem der ungewollten Solidarität zur Sprache, die innerhalb der Krankenversicherung umgesetzt werden können. Sie laufen auf eine Flexibilisierung der obligatorischen Grundversicherung hinaus. Zum einen kann der Leistungskatalog eingeschränkt werden, so dass Kosten, welche die Folge gesundheitsschädigenden Verhaltens sind, nicht mehr durch die Grundversicherung übernommen werden. Zum anderen ist die Flexibilisierung der Prämie denkbar, indem Versicherte, die zu ihrer Gesundheit wenig Sorge tragen und so externe Kosten verursachen, einen höheren Beitrag bezahlen müssen.

#### **3.3.1 Flexibilisierung des Leistungskatalogs**

Nicht alle Menschen gehen sorgfältig mit ihrer Gesundheit um, und sie belasten den Rest der Gesellschaft mit externen Kosten. Im Falle des Rauchens besteht die Gefahr, dass durch die solidarische Übernahme der dadurch verursachten Behandlungskosten ein Verhalten gefördert wird, welches zu (allerdings meist überschätzten) externen Kosten führt. Diese Gefahr wäre gebannt, wenn die entsprechenden Behandlungskosten selbst übernommen werden müssten, sei es aus der eigenen Tasche oder durch individuell abzuschliessende, risikogerecht tarifierte Zusatzversicherungen. In der Schweiz bestehen von jeher solche Ausschlüsse. So ist die Zahnbehandlung bis auf wenige Ausnahmen nicht im Grundleistungskatalog der OKP enthalten.

Das Beispiel der Dentalmedizin zeigt auch, dass der Ausschluss aus der Versicherungsdeckung eine **wirksame Massnahme** sein kann, um ungewollte Solidarität zu verringern. Da die Schweizer die Kosten des Zahnarztes aus eigener Tasche oder mittels risikogerechter Prämien für eine Zusatzversicherung bezahlen müssen, haben sie einen starken Anreiz, Prävention zu betreiben, d.h. in die Zahnhygiene zu investieren. Dies führt zu besserer Mundgesundheit und insgesamt geringeren Kosten als bei Versicherungsdeckung. Seit

längerem wird denn auch in Deutschland eine Diskussion geführt,<sup>82</sup> das Schweizer Modell zu übernehmen und die Zahnbehandlungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung auszuschliessen. Das Hauptargument der Befürworter liegt in der verstärkten Prävention und der daraus resultierenden besseren Mundgesundheit, für die in der Schweiz bereits in den 1950er Jahren – lange vor anderen Ländern – der Grundstein gelegt wurde. Für die Reduktion der ungewollten Solidarität ist dabei nicht von Bedeutung, ob und wie stark sich die Prävention der Individuen verbessert, denn durch den Ausschluss aus dem Leistungskatalog der Grundversicherung werden die Kosten auf keinen Fall mehr von der Allgemeinheit getragen. Die ungewollte Solidarität als Folge des Ex-ante-Moral-Hazards wird somit in diesem Bereich vollständig zum Verschwinden gebracht.

Allerdings werden der Eigenverantwortung überlassene Leistungen häufig über Zusatzversicherungen abgedeckt. Soweit diese risikogerechte Prämien erheben, stellt dies kein Problem dar. Denn wenn Raucher erhöhte Behandlungskosten verursachen, tragen sie durch die höhere risikogerechte Prämie zu deren Finanzierung im richtigen Umfange bei, so dass es zu keiner Externalisierung dieser Kosten kommt. Allerdings können die Versicherer über solche Zusatzversicherungen zusätzliche Informationen über den Gesundheitszustand der Versicherten erhalten. Solange in der Grundversicherung die Einheitsprämie vorgeschrieben ist, besteht ein Anreiz, diese Information zur Risikoselektion zu verwenden. Dieser Anreiz würde nur durch einen funktionierenden Risikoausgleich neutralisiert. Unter den Bedingungen eines unvollständigen Risikoausgleichs könnten solche Zusatzinformationen demnach zu einer weiteren Einbusse bei der gewollten Solidarität (zwischen guten und schlechten Risiken) führen.

Im Hinblick auf die **gewollte Solidarität** ergeben sich durch eine Flexibilisierung des Leistungskatalogs keine Probleme bei derjenigen zwischen gesund und krank, Mann und Frau sowie jung und alt. Die Solidarität zwischen reich und arm könnte hingegen verschlechtert werden, da ein grösserer Anteil der Gesundheitskosten selbst getragen werden muss, was für niedrigere Einkommen eine grössere Belastung bedeutet als für höhere. Das Ausmass dieses Effekts hängt allerdings davon ab, ob die Bezüger höherer und niedrigerer Einkommen Prävention zu unterschiedlichen Kosten betreiben können. Dabei dürften die Kosten wegen der höheren Opportunitätskosten der Zeit für Versicherte mit hohem Arbeitseinkommen besonders ins Gewicht fallen, so dass Leistungsausschlüsse weniger regressiv als allgemein angenommen wirken könnten. Darüber hinaus spielt natürlich eine Rolle, ob die ausgeschlossene Leistung im Krankheitsfall hohe oder niedrige Behandlungskosten auslöst.

---

<sup>82</sup> Zur Diskussion in Deutschland vgl. Zahnärztliche Mitteilungen vom 10. April 2005: [http://www.zm-online.de/m5a.htm?/zm/5\\_04/pages2/geso2.htm](http://www.zm-online.de/m5a.htm?/zm/5_04/pages2/geso2.htm).

Die **Effizienz** des Gesundheitssystems dürfte sich in Folge einer Einschränkung des Leistungskataloges verbessern. Dies ist grundsätzlich darauf zurückzuführen, dass es bspw. zu weniger raucherbedingten externen Kosten kommt. Überdies hat die Revision des Krankenversicherungsgesetzes von 1994 zu einer massiven Ausweitung des Leistungskatalogs geführt, für die nur eine beschränkte Zahlungsbereitschaft vorhanden sein dürfte. So ergab die Studie von Telser et al. (2004), dass umgekehrt der Verzicht auf die Vergütung von Medikamenten zur Behandlung von Bagatellerkrankungen von der grossen Mehrheit der Versicherten ohne wesentliche Kompensation durch niedrigere Prämien akzeptiert würde. Die dadurch erzielbaren Einsparungen übertreffen die ermittelten Kompensationsforderungen bei weitem, noch bevor die Eindämmung des Moral Hazards in Rechnung gestellt wird. Dies ist ein Hinweis, dass ein Ausschluss raucherbedingter Leistungen ebenfalls Einsparungen ermöglichen könnte, die über den zu erwartenden Nutzenverlust hinaus gehen und deshalb das Nutzen-Kosten-Verhältnis (d.h. die Effizienz) des Gesundheitswesens verbessern würde.

Die **Umsetzbarkeit** steht und fällt mit dem Nachweis der Kausalität. Es muss wissenschaftlich erhärtet sein, dass die Leistungen, die ausgeschlossen werden sollen, zum überwiegenden Teil auf gesundheitsschädigendes Verhalten zurückgehen. Bei der Mundgesundheit ist sich die Wissenschaft relativ einig, dass sich die meisten Zahnschäden durch Prophylaxe vermeiden lassen. In vielen anderen Bereichen der Humanmedizin lässt sich eine Krankheit nicht so eindeutig auf das eigene Verhalten zurückführen. Ein Ausschluss der betreffenden Leistungen würde die Solidarität zwischen gesund und krank verschlechtern, womit auch die Akzeptanz in der Bevölkerung nicht gewährleistet wäre. Zudem würden ausgeschlossene Leistungen aus medizinischer Notwendigkeit zunächst einmal erbracht, und Versicherer und Patient würden sich nachträglich vor Gericht über die Zahlungsaufteilung streiten. Je nachdem wie die Gerichte die Grenzen ziehen, würden bestimmte Bevölkerungsgruppen bevorzugt oder benachteiligt. Die politische Umsetzung von Leistungsausschlüssen ist somit dann denkbar, wenn relativ wenige benachteiligt werden; da die Raucher heute eine Minderheit bilden, könnte diese Bedingung erfüllt sein.

### 3.3.2 Flexibilisierung der Prämie

Ein Vorschlag, der in der Schweiz auch schon gemacht wurde, bezieht sich darauf, den Ex-ante-Moral-Hazard über die Versicherungsprämie einzudämmen. So wurde vorgeschlagen, die Prämien der OKP nach dem Umstand zu differenzieren, ob die Versicherten genügend Prävention betreiben.<sup>83</sup> Dies würde regelmässige Gesundheitsuntersuchungen bedingen, um Gewicht, körperliche Fitness, Stress und Suchtmittelkonsum zu erfassen. Versicherte,

---

<sup>83</sup> Vgl. Studer (1996), S. 373ff.

die in drei der vier Dimensionen wie auch immer definierte Grenzwerte über- bzw. unterschreiten, hätten erhöhte Prämien zu entrichten. Eine solche Massnahme wäre nicht raucherspezifisch, sondern allgemein ein Schritt in Richtung risikogerechte Prämie (wobei den Versicherern allerdings die zu berücksichtigenden Risikofaktoren vorgeschrieben würden).

**Die ungewollte Solidarität** aufgrund des Ex-ante-Moral-Hazards würde so vermindert, da die Versicherungsprämien vom individuellen Gesundheitsverhalten abhängig wären. Prävention würde sich dementsprechend mehr lohnen. Zudem tragen Personen, die zu ihrer Gesundheit zu wenig Sorge tragen (beispielsweise Raucher), durch die höheren Prämien einen grösseren Anteil der von ihnen verursachten Gesundheitskosten.

In Bezug auf die **gewollte Solidarität** ist entscheidend, ob es gelingt, den eigenen Beitrag zur Erhaltung der Gesundheit von den Einflüssen der Genetik und Umwelt genügend scharf zu trennen. Ist diese Trennung unscharf, werden auch Personen bestraft, die eine Grunddisposition zur Krankheit aufweisen, womit die Solidarität zwischen gesund und krank verringert würde. Bezüglich der Solidarität zwischen reich und arm gilt das Gleiche wie im vorigen Unterabschnitt. Je nachdem wie sich die Kosten der Prävention zwischen den Einkommenschichten unterscheiden, kann es zu einer Verstärkung oder Abschwächung der Solidarität zwischen reich und arm kommen.

Die **Effizienz** des Gesundheitssystems würde durch einen Schritt in Richtung risikogerechte Prämien verbessert.<sup>84</sup> Allerdings darf die Erfassung des Gesundheitszustandes nicht für alle obligatorisch gemacht werden. Damit würden zum einen viele Gesunde regelmässig untersucht, die sonst keine Gesundheitskosten verursachen würden. Zum anderen würde es mehr Fehldiagnosen geben. Es sollte deshalb den Versicherern überlassen bleiben, wie sie die Risikoeinstufung vornehmen. Dabei müssen Absprachen untersagt werden, damit der Wettbewerb aufrecht erhalten bleibt. Willkürliche und zu kostenintensive Abklärungen würden so die Ausnahme bleiben.

Auch bei der **Umsetzbarkeit** ist die entscheidende Frage, ob eine solche Massnahme obligatorisch ist oder auf Freiwilligkeit beruht. Ein Obligatorium wäre – wie soeben argumentiert – mit zu grossem Aufwand verbunden und würde Gefahr laufen, die Effizienz des Gesundheitssystems zu verschlechtern statt zu verbessern, was kaum akzeptiert würde. Eine freiwillige und erprobte Spielart risikogerechter Prämien ist die Erfahrungstarifizierung, also ein Bonussystem, wie es in der Autohaftpflichtversicherung bekannt ist.<sup>85</sup> Versicherte, die freiwillig bereit wären, sich einem Gesundheitstest zu unterziehen, bekämen einen Prämiennachlass bei positivem Ergebnis. Kommt es allerdings zur Inanspruchnahme von Lei-

---

<sup>84</sup> Vgl. Zweifel (2004); Zweifel/Breuer (2005).

<sup>85</sup> Vgl. dazu Zweifel (1992).

stungen über einen bestimmten Betrag hinaus, würde die Risikoeinstufung nach oben korrigiert, um den Moral Hazard einzudämmen. Eine Bonusoption existiert in der Schweizer Krankenversicherung, doch wird sie von vorneherein mit einem «Solidaritätszuschlag» von zehn Prozent künstlich verteuert, was sich in einer entsprechend geringen Verbreitung auswirkt. Dabei würde eine Bonusoption jenen Versicherten, die zu ihrer Gesundheit Sorge tragen, die Möglichkeit eröffnen, sich der ungewollten Solidarität zu entziehen. Solange jedoch den Übrigen die Einheitsprämie vorgeschrieben bleibt, während der Risikoausgleich unvollständig ist, kann eine Bonusoption zur Risikoselektion missbraucht werden, was die Entsolidarisierung zwischen gesund und krank fördern würde.

### 3.4 Änderungen im Risikoausgleich

In diesem Teilkapitel wird von der Annahme ausgegangen, dass risikogerechte Prämien in der Krankenversicherung auf absehbare Zeit nicht eingeführt werden können, so dass sowohl Versicherte als auch Versicherer weiterhin starken Anreizen zur Risikoselektion ausgesetzt sein werden. In dieser Situation ist es Aufgabe des Risikoausgleichs als einer sekundären Regulierung, diese Anreize so weit möglich zu neutralisieren. Wie in den bisherigen Lösungsvorschlägen mehrmals ausgeführt, stellt der ungenügend ausgestaltete Risikoausgleich eine Quelle der Entsolidarisierung dar. Ein weiterer Lösungsvorschlag zur Reduktion der ungewollten Solidarität zielt dementsprechend darauf ab, den Risikoausgleich zu perfektionieren, so dass die verbleibenden Anreize zur Risikoselektion vermindert werden und die Entsolidarisierung zwischen gesund und krank zurückgeht.

Der Risikoausgleich in der Schweiz ist insofern mangelhaft ausgestaltet, als er nur Alter, Geschlecht und Kanton berücksichtigt. Dies ist eine bekannte Tatsache, und es stehen dementsprechend auch mehrere Lösungsvorschläge im Raum.<sup>86</sup> Im Folgenden soll auf Lösungsvorschläge nicht eingegangen werden; es sei auf die entsprechende Literatur verwiesen. Die weitere Analyse geht vielmehr davon aus, dass der Risikoausgleich irgendwie so verbessert werden kann, dass fast keine Anreize zur Risikoselektion übrig bleiben.

---

<sup>86</sup> Vgl. dazu Beck (2004). Dagegen bringen Zweifel (2004) und Zweifel/Breuer (2005) Argumente vor, dass der Risikoausgleich unter Wettbewerbsbedingungen notwendig imperfekt sein müsse. Beispielsweise braucht es einen Diskontierungsfaktor, um die in der Zukunft liegenden Kosten und Erträge der aktiven Risikoselektion auf den Barwert zu bringen. Dieser Diskontierungsfaktor müsste in die Risikoausgleichsformel aufgenommen werden und wäre damit öffentliche Information. In Verhandlungen mit den Leistungserbringern ist aber der Versicherer mit dem hohen Diskontierungsfaktor im Nachteil; er hat sozusagen den kürzeren Atem. Deshalb muss er seinen Diskontierungsfaktor als private Information behandeln und geheim halten.

Die **ungewollte Solidarität** wird durch eine Verbesserung des Risikoausgleichs ein Stück weit gestärkt. Die Entsolidarisierung zwischen guten und schlechten Risiken unterbleibt, da sich Risikoselektion – also die Jagd nach guten Risiken – für die Kassen nicht mehr lohnt. Keine Reduktion der ungewollten Solidarität ist hingegen in Bezug auf die Moral-Hazard-Problematik zu erwarten. Ein funktionierender Risikoausgleich belastet nämlich die guten Risiken. Sofern dann die Qualität des Risikos das Ergebnis präventiver Anstrengungen oder eines sparsamen Umgangs mit Gesundheitsleistungen ist, untergräbt der Risikoausgleich das Interesse an solchen Bemühungen, fördert also den Ex-ante- wie auch Ex-post-Moral-Hazard. Im Zusammenhang bspw. mit dem Rauchen ist demnach der Risikoausgleich ein Stück weit dafür verantwortlich, dass es überhaupt zu externen Kosten und damit zur unfreiwilligen Solidarität mit den Rauchern kommt.

Wenn durch den perfekten Risikoausgleich die Tendenz zur Entsolidarisierung entfällt, ist damit bezüglich der **gewollten Solidarität** automatisch eine Verbesserung des Ausgleichs zwischen Gesunden und Kranken erreicht.

In Bezug auf die **Effizienz** des Gesundheitssystems kann ebenfalls von einer Verbesserung ausgegangen werden, die allerdings hinter derjenigen eines Übergangs zu risikogerechten Prämien zurück bleibt. Der mangelhaft ausgestaltete Risikoausgleich stellt heute ein zentrales Hindernis für einen wirksamen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen unter der Auflage der Einheitsprämie dar. Wenn die Solidarität zwischen gesund und krank, Mann und Frau sowie jung und alt in Kombination mit der Einheitsprämie gewährleistet werden soll, braucht es einen funktionierenden Risikoausgleich. Ansonsten ist es – wie es heute der Fall ist – für die Krankenversicherer attraktiver, nach guten Risiken zu jagen anstatt ernsthaft Produktinnovationen zu entwickeln, die zu einer Verbesserung des Leistungs-Kosten-Verhältnisses führen würden.<sup>87</sup> Dies kann, braucht jedoch nicht mit der von den Politikern geforderten Senkung der Kosten im Gesundheitswesen einhergehen. Wenn sich die Leistungen genügend verbessern, sind die Versicherten durchaus bereit, dafür (wie im sonstigen täglichen Leben auch) einen höheren Preis zu entrichten.<sup>88</sup>

Die **Umsetzbarkeit** einer Verbesserung ist in der Schweiz eine offene Frage. Zwar haben sich die Politiker durch die Verlängerung des bestehenden Risikoausgleichs im Prinzip für diese Massnahme ausgesprochen. Allerdings sind ernsthafte Anstrengungen zu seiner Verbesserung ausgeblieben; und dies obwohl sich die Mehrzahl der Gesundheitsökonominnen einig ist, dass dies eine der dringlichsten Reformen wäre. Der politische Wille für eine

---

<sup>87</sup> Einem wirklich funktionierenden Wettbewerb stehen allerdings noch andere Steine im Weg wie z.B. das Verbot, in der OKP Gewinne zu machen, der bestehende Kontrahierungszwang zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringer oder die Genehmigung der Prämien durch das Bundesamt für Gesundheit.

<sup>88</sup> Zur Messung dieser Zahlungsbereitschaft und Ergebnissen für die Schweiz vgl. Telser et al. (2004).

Verbesserung des Risikoausgleichs scheint demnach zu fehlen. Allerdings konnten sich die Krankenversicherer selbst noch nicht auf einen Lösungsvorschlag einigen, vermutlich deshalb, weil einige unter ihnen erfolgreich Risikoselektion betreiben und vom heutigen System profitieren.

### 3.5 Übergang zu einer Einheitskasse

Bereits mehrmals hat es in der Schweiz Versuche gegeben, die Vielzahl der Krankenversicherer durch eine (staatliche) Einheitskasse zu ersetzen. So ist auch derzeit (2005) eine von der SP Schweiz eingereichte Volksinitiative beim Bundesrat hängig, welche die Einführung einer «sozialen Einheitskasse» verlangt. Als Motivation dienen zwar verbesserte Möglichkeiten der Kostendämpfung. Eine Einheitskasse könnte aber auch dazu beitragen, die ungewollte Solidarität in der OKP zu vermindern.

Die **Wirksamkeit** einer Einheitskasse in Bezug auf die **ungewollte Solidarität** durch Moral Hazard ist mehr als fraglich. Denn die Einheitskasse würde wohl erst recht an der Einheitsprämie festhalten wollen. Damit entfällt eine wichtige Sanktion für jene Versicherten, die mit ihrer Gesundheit etwas weniger sorgfältig umgehen (Ex-ante-Moral-Hazard) oder im Krankheitsfall bedenkenlos medizinische Leistungen beanspruchen (Ex-post-Moral-Hazard). Es ist jedoch genau dieses Verhalten, welches über den Bereich der Krankenversicherung hinaus den Rest der Gesellschaft mit externen Kosten belastet und sie so zur ungewollten Solidarität zwingt.

Die **gewollte Solidarität** wird weitestgehend erreicht. Denn die guten Risiken sind in der Einheitskasse eingeschlossen und können sich der Solidarität mit den schlechten Risiken nicht mehr entziehen. Das System der Prämienverbilligungen zur Erreichung der Solidarität zwischen reich und arm wird von der Einführung einer Einheitskasse nicht tangiert.

Deutlich negative Folgen hat die Einführung einer Einheitskasse auf die **Effizienz** des Gesundheitssystems.<sup>89</sup> Kostenreduktionen im Verwaltungsbereich sind zwar zumindest kurzfristig zu erwarten, weil der Aufwand für die Akquisition von Kunden entfällt. Längerfristig entfällt allerdings auch der durch den Wettbewerb gewährleistete Druck, die Verwaltungskosten niedrig zu halten. Gegen den möglichen Vorteil einer Kostenreduktion ist sodann der Nachteil abzuwägen, dass bei einer Einheitskasse, die sich nicht im Wettbewerb mit anderen Versicherern befindet, keine Anreize für Innovationen mehr bestehen. Es sind solche Produktinnovationen, die zu Versicherungsmodellen mit verbessertem Leistungs-Kosten-Verhältnis führen. Wie die Erfahrung mit den Managed-Care-Verträgen zeigt, brin-

---

<sup>89</sup> Vgl. hierzu Oggier (1999, 2001).

gen solche Produktinnovationen durchaus Kostenersparnisse mit sich (die allerdings zurzeit während der ersten fünf Jahre nur zum kleineren Teil an die Versicherten in Form von Prämientlastungen weitergegeben werden dürfen).

Besonders ungünstig würde die Einheitskasse unter dem Aspekt der Effizienzwirkungen abschneiden, wenn man sie nicht mit der heutigen Situation vergleicht (in der politikbedingt zwischen den Krankenkassen nur geringer Wettbewerb besteht), sondern mit einer Situation ohne die gegenwärtigen Wettbewerbshemmnisse. Heute sind die Handlungsspielräume der Versicherer politisch eingeengt. Sie dürfen ein vordefiniertes Produkt nur zu Preisen verkaufen, die vorgängig vom Bundesamt für Gesundheit bewilligt wurden, dürfen keine Gewinne in der OKP machen und müssen erst noch (mit Ausnahme der Managed-Care-Varianten) jeden Leistungserbringer als Vertragspartner akzeptieren. Zusätzlich sind die Anreize durch den imperfekten Risikoausgleich falsch gesetzt. Korrekturen in den genannten Bereichen würden dazu führen, dass die Versicherer die in sie gesteckten Hoffnungen besser erfüllen können, da endlich eine Wettbewerbssituation entstehen würde, die diesen Namen auch verdient. Davon wären Effizienzgewinne zu erwarten, denen eine Einheitskasse kaum etwas entgegenzusetzen hätte.

Die **Umsetzbarkeit** einer Einheitskasse dürfte sich eher schwierig gestalten. Es handelt sich hierbei um eine recht radikale Reform, und Radikalreformen haben in der Schweiz von jeher einen schweren Stand. Grosser Widerstand ist vorab von Seiten der Krankenversicherer zu erwarten. Zudem ist anzunehmen, dass ein Grossteil der Bevölkerung dem Vorhaben zumindest kritisch eingestellt ist. Dies ist auch kaum erstaunlich, da ihnen eine Einheitskasse die Möglichkeit nehmen würde, einen Versicherer zu wählen, der den eigenen Präferenzen am besten entspricht. Da in der Schweiz im Gesundheitswesen – wie in anderen Sektoren auch – eine grosse Heterogenität der Präferenzen besteht,<sup>90</sup> würde eine solche Einheitslösung viele Versicherte schlechter stellen.

### 3.6 Risikogerechte Prämien in der OKP

Ein weiterer Lösungsansatz der grundlegenden Art wäre die Abkehr von der Einheitsprämie in der OKP. Den Krankenkassen würde die Freiheit gegeben, risikogerechte Versicherungsprämien zu verlangen. Eine solche Lösung wurde in der Schweiz auch bereits mehrmals vorgeschlagen.<sup>91</sup> Ein Hauptgrund für einen solchen Vorschlag ist die Verzerrung der Anreize auf Seiten der Krankenversicherer zu Gunsten der aktiven Risikoselektion statt der

---

<sup>90</sup> Vgl. dazu Telser et al. (2004).

<sup>91</sup> Vgl. Leu (1993), Zweifel/Breuer (2001), Felder (2001), Zweifel (2004), Zweifel/Breuer (2005).

Produktinnovation sowie das Argument, dass der Risikoausgleich diese Verzerrung unmöglich wird korrigieren können.<sup>92</sup> Bei risikogerechten Prämien wäre ein Risikoausgleich nicht mehr nötig, da der Wettbewerb zu einem Ausgleich der zu erwartenden Deckungsbeiträge über die Risikoselektion führen würde. Die schlechten Risiken leisten einen hohen Beitrag, die guten einen niedrigen, so dass der Anreiz zur Risikoselektion entfällt.<sup>93</sup>

Auch wenn dies nicht das Hauptziel eines solchen Vorschlags bildet, würde der Übergang zur risikogerechten Tarifierung die **ungewollte Solidarität** aufgrund Ex-ante-Moral-Hazards reduzieren. Da die Prämienhöhe vom Gesundheitsverhalten abhängig gemacht werden könnte, hätten die Versicherten mehr Anreize, Prävention zu betreiben, da sie damit ihre Prämien niedrig halten könnten. Zudem würde ein grösserer Anteil der durch das eigene Verhalten verursachten Kosten selbst getragen. Insgesamt werden weniger externe Effekte generiert.

Risikogerechte Prämien würden für sich alleine aber zu einer massiven Einschränkung der **gewollten Solidarität** führen. So würde die heute durch die Einheitsprämie gewährleistete Solidarität zwischen gesund und krank, Mann und Frau sowie jung und alt aufgebrochen, da die Versicherer für diese Bevölkerungsgruppen unterschiedliche Prämien verlangen können. Die von jeder Versicherung garantierte retrospektive Solidarität zwischen tatsächlich Gesunden und Erkrankten wäre natürlich weiterhin gegeben. Sobald man allerdings die (in der Schweiz bestehende) **Prämienvverbilligung** berücksichtigt, ändert sich das Bild. Schlechte Risiken würden zwar hohe Prämien fakturiert bekommen, doch da sie üblicherweise auch ein geringes Einkommen erzielen, kommen sie (mit Ausnahme der Reichen) in den Genuss der Prämienvverbilligung. Ebenso gehören Frauen tendenziell zu den schlechten Risiken und gleichzeitig zu den Bezüglern kleiner Einkommen; auch sie müssten deshalb kaum je mehr als die üblichen acht bis zwölf Prozent ihres steuerbaren Einkommens für Krankenversicherung aufwenden. Das Gleiche gilt für die Jungen, mindestens so lange ihr Einkommen niedrig genug ist. Aber auch die weniger begüterten Alten werden die Prämienvverbilligung (weiterhin) erhalten, weil ihre risikogerechte Prämie rasch einmal den Schwellenwert von acht bis zwölf Prozent des Renteneinkommens übersteigen wird. Insgesamt werden sie sich weiterhin alle das Gut Krankenversicherung leisten können. Nur geschieht die Umverteilung durch Steuern und Transfers und damit gezielter, aber ebenso solidarisch. Es würden weniger Giesskannenumverteilungen vorgenommen, da nur diejenigen subventioniert werden, die es auch nötig haben.

Im Gegenzug könnte man von der verbesserten **Effizienz** des Systems profitieren, welche von einem Übergang zu risikogerechten Prämien zu erwarten ist. Der verstärkte Wettbe-

---

<sup>92</sup> Vgl. Fussnote 86.

<sup>93</sup> Für eine quantitative Formulierung vgl. Zweifel/Eisen (2003), Kap. 5.5.2.

werb unter den Krankenkassen dürfte zu Innovationsanstrengungen führen, die insgesamt zu höherer Qualität und niedrigeren Kosten führen dürften.

Die **Umsetzbarkeit** dürfte – ähnlich wie bei der Einheitskasse – der problematische Aspekt sein. Auch hier handelt es sich um eine fundamentale Reform des Systems mit vielen Unwägbarkeiten. Wer daraus als Gewinner oder Verlierer hervorgehen wird, hängt von der konkreten Ausgestaltung ab. Da ein solcher Lösungsansatz aber eine Abkehr vom Giesskannenprinzip bedeutet, ist eher damit zu rechnen, dass er von der Bevölkerung in der heutigen Situation nicht getragen würde. Dementsprechend wird das Konzept im politischen Prozess zurzeit kaum diskutiert.

### **3.7 Fazit**

Die betrachteten Lösungsansätze eignen sich alle dazu, ungewollte Solidaritätseffekte in der OKP zu reduzieren. Die vorgelagerte Gesundheitspolitik, die Flexibilisierungen der OKP und der Wechsel zu risikogerechten Versicherungsprämien zielen auf die Eindämmung des Moral Hazard ab. Die Abschwächung der Entsolidarisierung durch Risikoselektion wird hingegen durch die Verbesserung des Risikoausgleichs und dem Übergang zu einer Einheitskasse angestrebt. Lediglich die Abkehr von der Einheitsprämie zu Gunsten von risikogerechten Versicherungsprämien reduziert die Moral-Hazard-Effekte und unterbindet gleichzeitig die Risikoselektion. Im Gegenzug wäre die gewollte Solidarität zwischen Gesunden und Kranken nicht mehr in allen Fällen gewährleistet. Die Solidarität zwischen reich und arm wäre aber durch die individuellen Prämienverbilligungen immer noch gegeben. Durch die substanzielle Stärkung des Wettbewerbs im Krankenversicherungsmarkt wären in Zukunft grosse Effizienzgewinne im gesamten Gesundheitssystem zu erwarten. Dieses verbesserte Nutzen-Kosten-Verhältnis ist denn auch hauptverantwortlich dafür, dass dieser Lösungsvorschlag aus ökonomischer Sicht zu bevorzugen wäre. Allerdings dürfte eine so radikale Abkehr vom heutigen System in der Schweizer Krankenversicherung (das in Bezug auf die Prämienregulierung auf das Jahr 1911 zurückgeht) in näherer Zukunft kaum die nötigen politischen Mehrheiten finden.

In Anbetracht dieser Tatsache stellt die nächstbeste Lösung eine Verbesserung des Risikoausgleichs dar. Da der mangelhaft ausgestaltete Risikoausgleich überhaupt erst verantwortlich dafür ist, dass eine Entsolidarisierung zwischen den guten und schlechten Risiken durch Risikoselektion stattfinden kann, ist es naheliegend, diesen strukturellen Mangel zu beseitigen. Um auch die ungewollte Solidarität durch gesundheitschädigendes Verhalten zu vermindern, ist eine Kombination mit der Flexibilisierung der OKP denkbar. Insbesondere weitergehende Freiheiten für die Versicherer in Bezug auf Bonusoptionen können eine interessante Variante darzustellen. Ein solches Vorgehen hätte den Vorteil, dass auf dem

bereits eingeschlagenen Weg weitergegangen werden könnte. Gezielte Prämienverbilligungen, Risikoausgleich und alternative Versicherungsformen sind bereits Teile des geltenden Systems, für deren Verbesserung es möglich sein sollte, Mehrheiten zu finden.

Die vorgelagerte Gesundheitspolitik kann für einzelne gesundheitsschädigende Verhaltensweisen durchaus sinnvoll eingesetzt werden, um ungewollte Solidarität zu reduzieren. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Lenkungsabgaben wirksamer und zielgerichteter eingesetzt werden können als Präventionskampagnen. Bei letzteren besteht insbesondere die Gefahr, dass nicht mehr Aufklärung der Bevölkerung, sondern ideologische Propaganda betrieben wird. Dies würde die Effizienz des Gesundheitswesens deutlich verschlechtern, da zu viele gesunde Personen unnötig Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen würden. Bei Lenkungssteuern andererseits sind nur die externen Kosten des gesundheitsschädigenden Verhaltens zu internalisieren (die am total im Falle des Rauchens überraschend wenig ausmachen). Zudem sollten die Einnahmen nicht fiskalisch verwendet, sondern an die Bevölkerung zurück verteilt werden.

Eine Einheitskasse schliesslich scheint aus mehreren Gründen keine sinnvolle Lösung zu sein. Zum einen verhindert sie lediglich die Risikoselektion. Auf der anderen Seite kann der fehlende Wettbewerb dazu führen, dass zu wenig kostensparende Versicherungsinnovationen entwickelt werden, was die ungewollte Solidarität durch Moral Hazard noch verschärfen würde. Zusätzlich sind die zu erwartenden negativen Auswirkungen auf die Effizienz des Gesundheitssystems und die hohen Übergangskosten durch den radikalen Systemwechsel als Nachteile zu nennen.

## **LITERATURVERZEICHNIS**

- Almond, D. et al. (2004), "The costs of low birth weight", NBER.
- Beck, K. (2004), "Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt", Haupt Verlag: Bern, Stuttgart, Wien.
- Bretschneider, S./Johannsson, P. (1998), "Differences in taxation and regulation of health-affecting goods", in: Zweifel, P. et al. (Hrsg.), Regulation of Health: Case Studies of Sweden and Switzerland, Kluwer Academic Publishers: Boston et al., 29-68.
- Breyer, F./Zweifel, P./Kifmann, M. (2004), "Gesundheitsökonomie", 5. Auflage, Springer: Berlin, Heidelberg, New York
- Bundesamt für Gesundheit (2001), "Nationales Programm zur Tabakprävention 2001 – 2005", Bern.
- Bundesamt für Sozialversicherung (2001, "Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht", Forschungsbericht Nr. 16/01, Bern.
- Bundesrat (1991), "Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991", Bern.
- California Environmental Protection Agency (1999), "Health effects of exposure to environmental tobacco smoke", National Institut of Health Monograph, Nr. 10.
- Chaloupka, F. J./Warner, K. E. (2000) "The economics of smoking", in: Cuyler, A. J./Newhouse, J. P. (Hrsg.) Handbook of Health Economics, Vol 1B, North-Holland, 1539ff.
- Doll, R./Hill, A. B., "Smoking and carcinoma of the lung", British Medical Journal, 2, 739-741.
- Farrell, P./Fuchs, V. R. (1982), "Schooling and health: The cigarette connections", Journal of Health Economics, 1, 217-230.
- Felder, S. (2001), "Der Risikoausgleich als Fluch der guten Tat. Risikogerechte Krankenkassenprämien und Subjektförderung als Ausweg", Neue Zürcher Zeitung, 27. Oktober 2001, 29.
- Frei A. (1998), "Kostenanalyse des Tabakkonsums in der Schweiz": Epidemiologie, direkte Kosten", HealthEcon, Basel.
- Gilbert, A./Cornuz, J. (2003), "Which are the most effective and cost-effective interventions for tobacco control? To what extent does an increase in tobacco prices lead to a significant reduction in consumption? What other possible implications will an increase

- of tobacco prices have?”, The Lausanne University Smoking Cessation Clinic, Lausanne.
- Gutzwiller, F. (2004), “Schutz der Bevölkerung und der Wirtschaft vor dem Passivrauchen“, Parlamentarische Initiative vom 8. Oktober 2004 von Nationalrat Prof. Dr. med. Felix Gutzwiller ([http://www.proaere.ch/d/data/data\\_41.pdf](http://www.proaere.ch/d/data/data_41.pdf)).
- Holly, A./Gardiol, L. (2002), “The effect of cigarette taxes and health information on cigarette consumption: a comparison between Switzerland and the United States”, Institut d'économie et management de la santé (IEMS), Lausanne.
- Landesinstitut für Statistik (2001), “Präventionstätigkeit im Gesundheitswesen 2000“, astat information 9/2001.
- La Vecchia, C. et al. (1988), “Trends in smoking and lung cancer mortality in Switzerland”, Lausanne. Preventive Medicine. 17(6), 712-724.
- Lee, C. Y./Glantz, S. A. (2001), “The tobacco industry’s successful efforts to control tobacco policy making in Switzerland, San Francisco.
- Leu, R. E. (1984), “Anti-smoking publicity, taxation, and the demand for cigarettes”, Journal of Health Economics 3, 101-116.
- Leu, R. E. (1993), “Gesundheitsreform am Scheideweg. Zukunftsperspektiven des schweizerischen Gesundheitswesens“, Volkswirtschaft, 5/93, 19-26.
- Leu, R.E./Schaub, T. (1983), “Does smoking increase medical care expenditures“, Social Science and Medicine, 17(22), 1907-1914.
- Liang, L./Chaloupka, F. J. (2001), “Differential effects of cigarette price on youth smoking intensity“, California (<http://repositories.cdlib.org/tc/reports/YO5>).
- Manning, W. G. et al. (1991), “The costs of poor health habits”, Harvard University Press: Cambridge et al.
- NZZ (2005), “Der Blaue Dunst verflüchtigt sich“, 31. Januar (NZZ-Online).
- Oggier, W. (1999), “Wettbewerb unter den Grundversicherern versus Einheitskasse – eine – volkswirtschaftliche Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Gesundheitsökonomie“, Im Auftrag des Konkordats Schweizerischer Krankenversicherer.
- Oggier, W. (2001), “Vorteile einer Einheitskasse“, Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung.
- Rovira, J. et al. (2000), “Smoking Risks in Spain: Part II – Perceptions of Environmental Tobacco Smoke Externalities“, Journal of Risk and Uncertainty, 21, 187-212.

- Roques, B. (1999), "Problèmes posés par la dangerosité des drogues", Bericht zuhanden des secrétariat d'État à la santé, Paris.
- Spycher, S. (2004), "Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik in der Schweiz: Eine Auslegeordnung", Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS, Bern.
- Studer, H.-P. (1996), "Gesundheit in der Krise. Fakten und Visionen", Academia Alpina Medicinae Integralis, zitiert in Spycher (2004).
- Tabakverordnung (2004), "Verordnung über Tabakerzeugnisse und Raucherwaren mit Tabakersatzstoffen" (Tabakverordnung, TabV) vom 27. Oktober 2004, Bern.
- Telser, H./Vaterlaus, S./Zweifel, P./Eugster, P. (2004), "Was leistet unser Gesundheitswesen?", Verlag Rüegger: Zürich.
- The World Bank (2003), "Der Tabakepidemie Einhalt gebieten. Regierungen und wirtschaftliche Aspekte der Tabakkontrolle", Heidelberg.
- Thun, M. (2000), "Smoking versus other risk factors as the cause of smoking-attributable deaths", *Journal of the American Medical Association*, 284, 706-712.
- Van Beusekom, I./Tönshoff, S./De Vries, H./Spreng, C./Keeler, E. B. (2004), "Möglichkeit oder Utopie? Wahlfreiheit im Gesundheitswesen – Eine Literaturübersicht", Rand Corporation: Santa Monica.
- Vitale, S./Priez, F./Jeanrenaud, C. (1998), "Le coût social de la consommation de tabac en suisse", Institut de recherches économiques et régionales, Neuchâtel.
- Vitale, S./Priez, F./Jeanrenaud, C. (1999), "The social cost of smoking in Switzerland", Working Paper IRER No. 9904, Neuchâtel.
- Weymar, C./Koch, K. (2003), "Mythos Krebsvorsorge – Schaden und Nutzen der Früherkennung", Eichborn: Frankfurt a.M.
- World Health Organization (2003), "WHO Framework Convention on tobacco control", Geneva. (<http://www.who.int/tobacco/framework/download/en/>).
- Woolley, J.M. (1980), "Changing oral hygiene attitudes and habits", *International Dental Journal*, 30(3), 249-256.
- Wynder, E./Graham, E. (1950), "Tobacco smoking as a possible etiological factor in bronchiogenic carcinoma", *Journal of American Medical Association*, 143, 329-336.
- Zieske A. et al. (1999), "Smoking and atherosclerosis in youth", *Atherosclerosis*, 144, 403-408.
- Zweifel P. (1992), "Bonus Options in Health Insurance", Kluwer Academic Publishers: Boston, Dordrecht, London.

- Zweifel P. (2001), "Improved Risk Information, the Demand for Cigarettes, and Anti-Tobacco Policy", *Journal of Risk and Uncertainty*, 23(3), 299-303.
- Zweifel, P. (2004), "Ein Plädoyer für risikogerechte Prämien in der Gesetzlichen Krankenversicherung", *Mannheimer Vorträge zur Versicherungswissenschaft Nr. 80*, Verlag Versicherungswirtschaft: Karlsruhe.
- Zweifel, P./Breuer, M. (2001), "Risikoausgleich und Finanzierung der Krankenversicherung: Feststellungen und Perspektiven", *Bericht zu Handen der Cosama, Vereinigung schweizerischer Kranken- und Unfallversicherer*.
- Zweifel, P./Breuer, M. (2005), "The Case for Risk-Based Premiums in Public Health Insurance", *Health Economics, Policy and Law*, im Druck.
- Zweifel, P./Eisen, R. (2003), "Versicherungsökonomie", 2. Auflage, Springer: Berlin, Heidelberg, New York.
- Zweifel, P./Manning, W. G. (2000), "Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care", in: Cuyler, A. J./Newhouse, J. P. (Hrsg.) *Handbook of Health Economics*, Vol 1, North-Holland.

## TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Auswirkungen des Passivrauchens auf die Gesundheit .....	17
Tabelle 2:	Steuern und Abgaben auf dem Detailverkaufspreis der Zigaretten pro Packung .....	20
Tabelle 3:	Direkte Kosten des Rauchens in der Schweiz in Mio. CHF im Jahre 1995 .....	23
Tabelle 4:	Finanzierung der direkten Kosten des Rauchens in Mio. CHF im Jahre 1995 .....	24
Tabelle 5:	Finanzierung der indirekten Kosten des Rauchens in Mio. CHF im Jahre 1995 .....	25
Tabelle 6:	Indirekte Kosten des Rauchens in der Schweiz in Mio. CHF im Jahre 1995 .....	26
Tabelle 7:	Interne und externe ökonomische Kosten des Rauchens in Mio. CHF (1995) .....	27
Tabelle 8:	Immaterielle Kosten des Rauchens .....	28
Tabelle 9:	Soziale Kosten des Rauchens in Mio. CHF im Jahre 1995.....	29