

Positionspapier Betreff: **Rauchverbote**

Sehr geehrtes Mitglied des Bundestags;

Ich verfolge seit einiger Zeit intensiv die Diskussionen zum Thema Passivrauchen und habe mich umfassend damit auseinander gesetzt. Die Frage, inwieweit staatliche Eingriffe und Massnahmen zum Schutz der Nichtraucher erforderlich sind, ist nur dann relevant, wenn tatsächlich eine objektive Gefährdung nachgewiesen oder mit hoher Sicherheit anzunehmen ist. In der Frage der Dringlichkeit und Verhältnismässigkeit von Massnahmen gegen Passivrauchen ist auch zu berücksichtigen ob in den Medien und von „wissenschaftlichen Autoritäten“ objektiv berichtet wird, oder ob es sich um einen einseitigen, dem "Trend" folgenden Versuch handelt, den Lebensstil eines Teils der Bürger durch "social engineering" zu beeinflussen.

Einleitung

Auf die Frage, ob und wie weit Passivrauchen die Gesundheit gefährdet, gibt es bis heute, nachdem man seit mehr als 25 Jahren intensiv danach sucht, keine eindeutige wissenschaftliche Antwort und insbesondere keine Beweise für einen kausalen Zusammenhang. Alle Krankheiten, die man zur Zeit dem Passivrauchen zurechnet, sind multifaktoriell, d. h. sie können mehrere Ursachen haben. Das ergibt sich schon aus der Tatsache, dass auch Nichtraucher an den selben Krankheiten erkranken, selbst wenn sie nie Passivrauch ausgesetzt waren. Die Mechanismen, die zu Lungenkrebs oder Herzerkrankungen führen, sind weitgehend unbekannt.

Daran ändern auch zahlreiche Presseveröffentlichungen und politische Postulate nichts, egal, ob sie von populären Medien, der Bundesregierung oder von der EU kommen.

Wissenschaftliche Erkenntnisse

Fast alle bisher bekannten wissenschaftlichen Ergebnisse über einen möglichen Zusammenhang zwischen Passivrauchen und möglichen gesundheitlichen Auswirkungen beruhen auf epidemiologischen Studien. Epidemiologie ist in erster Linie eine mathematische, nicht eine medizinische Wissenschaft. Sie kann zwar Hinweise auf mögliche Zusammenhänge aufzeigen, aber den Beweis dafür können nur Medizin, Biochemie und Toxikologie erbringen. Epidemiologische Studien beruhen auf der Befragung von Versuchspersonen zu den Rauchgewohnheiten ihrer Verwandten und Bekannten in vergangenen Jahrzehnten (Anzahl Zigaretten, Lüftung der Wohnung, usw.). Bei der Auswertung der Ergebnisse sind Störfaktoren zu berücksichtigen (Ernährung, Alkohol, Stadt/Land, sozialer Status, Alter, berufliche Tätigkeit, usw.). Die tatsächliche Exposition ist quantitativ nicht erfassbar. Entsprechend ungenau sind die Resultate.

Dieser inhärenten Ungenauigkeit wird von ernsthaften Epidemiologen mit statistischen Methoden und bei der Interpretation der Ergebnisse Rechnung getragen. So gilt für epidemiologische Studien allgemein:

Das relative Risiko (RR=Risk Ratio oder OR=Odds Ratio) wird von Epidemiologen als nicht genügend für eine verbindliche Aussage erachtet, solange es unter 2 (+100%) oder sogar unter 5 (+400%) liegt. Ein RR von 1 bedeutet kein Risiko.

"Relative risks of less than 2.0 may readily reflect some unperceived bias or confounding factor, those over 5.0 are unlikely to do so. - Breslow and Day, 1980, Statistical methods in

cancer research, Vol. 1, The analysis of case control studies. Published by the World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, Sci. Pub. No. 32, Lyon, p. 36"

Bei der Einstufung von Passivrauch als Karzinogen bewegt sich das Institut (IARC) weit an dieser eigenen Richtlinie vorbei. Man sollte beachten, dass das IARC finanziell am Tropf der WHO hängt.

"Sir Richard Doll – (der Papst in der Untersuchung von Gefahren des aktiven Rauchens) " ... when relative risk lies between 1 and 2 ... problems of interpretation may become acute, and it may be extremely difficult to disentangle the various contributions of biased information, confounding of two or more factors, and cause and effect." "The Causes of Cancer," by Richard Doll, F.R.S. and Richard Peto. Oxford-New York, Oxford University Press, 1981, p. 1219."

Epidemiologische Ergebnisse hätten also bestimmte Mindestanforderungen zu erfüllen:

- * Das Ergebnis muss signifikant sein, d.h. es muss ein eindeutiges Risiko oder eine eindeutige Schutzfunktion bei einem Confidence Interval (CI) von 95% erkennbar sein. Das relative Risiko darf deshalb beim CI von 95% den Wert 1 nicht einschliessen.
- * Das Ergebnis muss plausibel (z. B. durch toxikologische oder biochemische Prozesse erklärbar) sein.
- * Das Ergebnis muss eine klare Abhängigkeit zwischen Dosis und Effekt aufzeigen.

Eine 1998 im Auftrag der WHO durchgeführte Studie erfüllt, entgegen diverser Behauptungen, diese Bedingungen nicht. Das RR für Passivrauchen von Erwachsenen lag bei 1.16 bzw. 1.17 (weit entfernt von 2 oder gar 5!) und das CI (0.93-1.44/0.94-1.45) schliesst den Wert 1 ein (sowohl Risiko als auch Schutzfunktion möglich). Das Ergebnis ist statistisch nicht signifikant und erlaubt keine eindeutige Aussage. **Hingegen wird für Kinder rauchender Eltern eine Schutzfunktion bezüglich Lungenkrebs berechnet:** RR 0.78 (CI 0.64-0.96). Dieses Ergebnis wurde von der WHO in allen Medienmitteilung verschwiegen.

WHO/IARC Studie:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=9776409&dopt=Abstract

Pressemitteilung der WHO vom 9.3.98: <http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-29.html>

Zitat (Ende 4-ter Absatz): *"However, due to small sample size, neither increased risk was statistically significant. Although, the study points towards a decreasing risk after cessation of exposure."*

Damit ist also letztlich nichts bewiesen, sondern nur erneut etwas vermutet. Der anscheinend schützende Effekt bei passivrauchenden Kindern wird verschwiegen. Die Studie selbst brüstet sich übrigens mit ungewöhnlich hohem "sample size".

Eine der ersten grossen Studien, eine Metastudie, wurde 1992 von der EPA durchgeführt. Sie deklarierte, dass ETS in den USA zu 3000 (vorzeitigen) Todesfällen infolge von Lungenkrebs führt, und stufte ETS als Karzinogen der Gruppe A ein.

1998 wurden diese Ergebnisse vom US District-Gericht annulliert, mit der Begründung, dass:

- die Zahl von 3000 Todesfällen von der EPA schon vor Abschluss der Studie festgelegt waren und durch die Studie nicht bestätigt wurden (ein Versuch, eine vorgefasste Meinung nachträglich wissenschaftlich zu beweisen)

- die der Studie zugrunde liegenden Daten in unzulässiger Weise manipuliert worden waren
- die Einordnung von ETS als Karzinogen der Gruppe A durch die Studienergebnisse nicht unterstützt wird

Zu kaum einem Thema gibt es so viele Studien, wie zum Thema Passivrauchen. Ein Überblick über die in den letzten 25 Jahren zum Thema Passivrauchen und Lungenkrebs publizierten Studien (Arbeitsplatz und Heim) zeigt, dass über 80% dieser Studien zu statistisch nicht relevanten Ergebnissen kommen (sowohl Risiko als auch Schutzfunktion durch Passivrauch). Es genügt jedoch nicht für Risiken des Passivrauchens Studien heranzuziehen, wenn diese, wenn man alle mit einbezieht

- mehrheitlich **keine statistisch signifikanten Ergebnisse** hervorbringen
- untereinander widersprüchlich, also nicht verifizierbar sind
- Risiken in einer so geringen Größenordnung messen wollen, dass nichts mehr messbar ist.
- Risiken suchen, die alleine von der gemessenen und berechenbaren Gefahrstoffkonzentration her **nicht plausibel** sind.
- erdachte Gefahren aufzeigen, die selbst von aktiven Rauchern, die erwiesenermaßen wenigstens 100 mal stärker exponiert sind, im allgemeinen Jahrzehnte überlebt werden.

Die aus einer Unmenge solcher "wissenschaftlicher" und dennoch widersprüchlicher, unlogischer Untersuchungen gestrickte öffentliche Meinung wird auch nicht alleine dadurch richtig, dass sie sich häufig mit akademischen Titeln schmückt und einen weitgehenden Konsens unter sogenannten Experten darstellt.

Warum ausgerechnet die überwiegende Mehrzahl derjenigen Studien falsch sein soll, die keine signifikanten Risiken durch Passivrauch finden, erschließt sich vermutlich nur dem Raucher-Gegner.

Angst ist zudem ein besonders gut laufendes publizistisches Mittel, insbesondere, wenn man Kinder mit einbezieht, und auch dann, wenn sie nur auf Spekulationen gründet. Angst ist allerdings ein schlechter Ratgeber. So sagt es zumindest der Volksmund. Man vergleiche die Diskussion um die Vogelgrippe.

Das Pötschke-Langer-Papier

Im Jahre 2005 veröffentlichte das DKFZ unter Federführung von Dr. Martina Pötschke-Langer ein Papier unter dem Titel „Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko“. Es glänzt mit 13 Autoren, fast alle Doktoren und Professoren, und mit der Angabe von 280 Quellen. Sicher hat das 68 Seiten umfassende Werk sehr viel Geld gekostet. Die zentrale Botschaft steht bereits im Titel. Allerdings fehlt das Fragezeichen.

Bei genauerer Betrachtung entpuppt sich das Papier als einseitige Propaganda mit unvollständiger Information und führt sich teilweise selbst ad absurdum. Dazu Beispiele. Die fünf durchschaubarsten von vielen:

1.

Abbildung 5 auf Seite 11 soll zwar etwas ganz anderes hervorheben, zeigt jedoch gleichzeitig, dass die Belastung von Passivrauchern wenigstens 100 mal geringer ist, als die von aktiven Rauchern. Unsere Erfahrung lehrt aber, dass selbst aktive Raucher ihr Laster jahrzehntelang überleben.

2.

Abbildung 7 Seite 15 zeigt ein eindrucksvolles Diagramm.

Der zugrunde liegende Raum ist ziemlich klein, eine kleine Garage mit 5,5x2,5 m² Grundfläche. Die Luftaustauschrate mit 2 pro Stunde ist ebenfalls sehr gering. Selbst eingefleischte Raucher würden zusätzlich lüften oder den Raum verlassen, wenn alle 10, die drin sind, eine Zigarette rauchen. Die Stickoxide erreichen bei diesem irrealen Versuch knapp 400 ppb (400 zu 1.000.000.000). Kohlenmonoxid erreicht 14 ppm (14 zu 1.000.000).. Die MAK-Grenzwerte, welche nach bürokratischer Manie sicher extrem vorsichtig ausgelegt sind, betragen für Stickoxide ca. 9 (NO₂) oder 25 (NO) ppm. Die zulässigen Grenzwerte liegen also wenigstens um das 20-fache über der gemessenen Konzentration. Für Kohlenmonoxid ist der MAK-Grenzwert bei 33 ppm, liegt also immer noch stark um den Faktor 2 über dem maximalen Versuchswert - In einer selbst für aktive Raucher verstunkenen kleinen Garage.

3.

In Abb. 33 wird unter COPD die Studie von Enstorm und Kabat 2003 zitiert. Bei allen anderen Krankheiten wird diese Studie nicht erwähnt. Sie kommt nämlich zum Ergebnis, dass es **kein** Risiko vom Passivrauch gibt.

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/abstract/326/7398/1057>

4.

Auch die oben bereits erwähnte EPA-Studie von 1992 findet sich im Literaturverzeichnis, nicht jedoch das Urteil vom US District-Gericht.

5.

Abbildung 17 Seite 27:

Der Tabelle nach zu urteilen wären von den genau berechneten 2148 Passivrauchern welche jährlich „*vorzeitig*“ an koronarer Herzkrankheit sterben 66% älter, als 75 Jahre. Bei betroffenen Frauen wären sogar 80% der Betroffenen über 75 Jahre alt. Von den insgesamt 820.000 Sterbefällen in Deutschland kann also das DKFZ genau bestimmen, dass 1412 von den über 75-jährigen noch älter geworden wären, wenn sie sich von den Rauchern abgeschirmt hätten. Das sind 0,17% der Todesfälle insgesamt.

Sind das die „Wissenschaften“, die wir aus Steuergeldern finanzieren, um „innovativ“ zu sein?

Neuerdings (April 2006) hat das DKFZ eine Veröffentlichung mitfinanziert, welche massgeblich von Professor Glantz an der Universität von Kalifornien geleitet wurde. Es ist unschwer herauszufinden, dass Professor Glantz weltweit zu den führenden Propagandisten gegen das Rauchen zählt. Ziel der Veröffentlichung ist die Diffamierung einiger namentlich benannter wissenschaftlicher Autoritäten aus Deutschland und deren Einfluss auf die hiesigen Entscheidungen. Dass sich die Tabakindustrie genau an diejenigen Wissenschaftler gewandt hat, die keine Gefahr im Passivrauch sehen konnten, ist auch ohne dieses Papier mehr als verständlich. Das gibt keinen Aufschluss über die Qualität der wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Es stellt sich allerdings die dringende Frage, ob die Finanzierung solcher Art Veröffentlichung zum aus Steuergeldern finanzierten Zweck der Helmholtz-Gesellschaft, insbesondere des DKFZ gehört.

Restaurants

Es gibt keinen verfassungsrechtlichen Anspruch auf Restaurants. Restaurants werden aus privater Initiative eröffnet und betrieben.

Es gibt für die Bevölkerung keine Verpflichtung, Restaurants zu besuchen. Gäste haben die freie Wahl des Restaurants, haben aber kein Recht, im besuchten Restaurant Forderungen in

Bezug auf das Angebot, die Ausstattung oder das Ambiente zu stellen. Man darf allerdings unzufrieden sein und nicht mehr hin gehen.

Dem gegenüber stehen Ansprüche auf freie Persönlichkeitsentfaltung von Gästen und Wirt, Eigentum und Hausrecht. Es bleibt somit jedem Wirt unbenommen, Rauchen in seinem Betrieb zu verbieten, ohne dass es eines neuen Gesetzes bedarf, zumal Deutschland schon mehr als genug überreguliert ist. Der Gastgeber kann auch durch räumliche Abtrennung von Nichtraucherbereichen und gute Lüftungsanlagen den Nichtrauchern und Rauchern gerecht werden.

Ventilation

Es wird propagandistisch immer wieder behauptet, dass Ventilationssysteme nicht in der Lage sind, Schadstoffe im Passivrauch auf tolerierbare Werte zu reduzieren. Obwohl die Luftbelastung durch Passivrauch im allgemeinen kaum messbar ist, ist das, als ob für Tabakrauch spezielle physikalische Gesetze gelten würden.

Einige Beispiele genügen, um diese These ad absurdum zu führen:

- Abgase von Motorfahrzeugen enthalten (wie alle Verbrennungsprodukte von organischen Stoffen) die selben Schadstoffe wie Zigarettenrauch, nur in wesentlich grösserer Menge. Wie ist es also möglich, die Schadstoffkonzentrationen in Tunnels auf tolerierbare (eher: tolerierte!) Werte zu verringern. Tunnels sind in allen unseren Städten und unter den Alpen vorhanden und werden täglich von Zehntausenden von Fahrzeugen durchquert.
- Eine Untersuchung in Schweden (keine Epidemiologie sondern konkrete Messungen) vergleicht die Schadstoffkonzentrationen in einem verrauchten Kaffee mit der Konzentration in den Strassen von Göteborg und stellt fest, dass in den Strassen und im Kaffee vergleichbare Konzentrationen vorherrschen (die Luft im Kaffee kann logischerweise kaum besser sein als die Aussenluft), in Tunnels ist die Konzentration 5-10 mal so hoch
- Beim Kochen werden die selben Schadstoffe und Partikel freigesetzt wie sie im Tabakrauch zu finden sind. Die messbaren Konzentrationen sind im Vergleich mit Tabakrauch z.T. wesentlich höher.

In privaten Haushalten sind weder Ventilation noch Partikelfilter Vorschrift. Aber wie schafft es die Ventilation einer Restaurantküche, die Schadstoffe wirkungsvoll zu reduzieren? Wird hier mit zwei Ellen gemessen: gesetzlicher Schutz des Servicepersonals, aber kein Schutz für das Küchenpersonal?

Schutz am Arbeitsplatz

Die OSHA hat sich bisher geweigert, eine spezielle Gesetzgebung für Passivrauchen einzuführen, mit der Begründung, dass Tabakrauch nicht die einzige gesundheitliche Bedrohung am Arbeitsplatz darstellt und dass alle möglichen Schadstoffe mit einbezogen werden müssen. Die OSHA hat entsprechende allgemein gültige Grenzwerte festgelegt.

Wenn man diese Grenzwerte den von der EPA gemessenen Schadstoffkonzentrationen im Passivrauch einer Zigarette gegenüberstellt, kommt man zum Schluss, dass in einem ungelüfteten Raum von 100 m³ 220'000 Zigaretten gleichzeitig geraucht werden müssten, um z.B. den Grenzwert von Benzo(a)pyren zu erreichen. Jeder Wirt wäre froh, so viele Gäste auf so kleinem Raum bewirten zu können!

<http://www.geocities.com/madmaxmcgarrity/ToxicToxicology.htm>

Das St. Louis Park Environmental Health Department überwacht die Luftqualität in Raucher-Restaurants. Aktuelle Messwerte liegen bis zu 100 mal niedriger als die Grenzwerte:
<http://cleanairquality.blogspot.com/2005/11/did-i-miss-anything.html>

Befürworter von Rauchverböten weisen häufig auf die Belastung des Service-Personals in Gaststätten hin. Das wird spätestens dann absurd, wenn dieses selbst raucht, was besonders häufig der Fall ist.

Der Gipfel der Desinformation

In einer am 1. März 2006 beim Petitionsausschuss online eingereichten Petition heisst es:
„Studien haben erwiesen, dass die Wahrscheinlichkeit einer Krebserkrankung bei Nichtrauchern durch Passivrauchen doppelt- bis dreimal so hoch ist, wie bei Rauchern. Dies bedeutet, dass Nichtraucher durch Raucher mehr als doppelt so stark gefährdet werden, als die Raucher selbst.“

Das ist das beste Beispiel, dass Passivrauchen eher kein gesundheitliches sondern ein publizistisches und emotionales Problem ist.

Schlussfolgerung

Die Abschätzung der Notwendigkeit eines Gesetzes kann nicht dadurch erfolgen, dass man sich einzig auf Medienberichte und lautstarke Lobbies über die Folgen des Passivrauchens abstützt. Dazu ist das Thema zu komplex und zu emotional, die individuellen Interessen zu vielfältig. Es stehen auch bei Gesundheitsbehörden und Interessengruppen politische, weltanschauliche und finanzielle Motive im Hintergrund und es besteht die Tendenz, gerade bei fast beliebig interpretierbaren und sich widersprechenden statistischen Publikationen, sich nur auf diejenigen Ergebnisse zu berufen, die in die Agenda passen und zudem Angst erzeugen.

Auch das letzte Jahr vom DKFZ unter der Federführung von Martina Pötschke-Langer veröffentlichte Papier „Tabakkontrolle“ ist nichts anderes als ein Abklatsch der seit Jahren von der WHO betriebenen Kampagne gegen das Rauchen und verwendet wissenschaftliche Ergebnisse publizistisch selektiv.

Die - in jeder Hinsicht - wirkungsvollste Lösung würde durch die Unterscheidung und klare Kennzeichnung von Nichtraucher-Gaststätten erreicht, wobei auch die Möglichkeit bestehen muss, in Gaststätten getrennte Raucher- und Nichtraucherzonen mit adäquater Lüftung und Separation einzurichten. Wenn wirklich ein hoher Bedarf an absoluten Nichtraucherlokalen besteht, so kann das der freie Markt ohne Gesetz regeln. Die derzeitige Marktsituation spricht allerdings eher dafür, dass nur eine relativ kleine aber lautstarke Lobby neue Regulierung fordert. Möglicherweise wäre es sinnvoll, das Thema in den nächsten Wahlkampf einzubringen.

Zur Zeit stellt sich allerdings die Frage, ob die Regierung nicht gravierendere Probleme zu lösen hat und wie es mit der Deregulierung weiter gehen soll.

den 4.6.2006 gez. Werner Paul

Glossar

WHO: World Health Organisation

DKFZ: Deutsches Krebsforschungs-Zentrum

EPA: Environmental Protection Agency (staatliche Agentur für Umweltschutz, USA)

OSHA: Occupational Safety & Health Agency (staatliche Agentur für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz, USA)

ETS: Environmental Tobacco Smoke (Passivrauch)

RR: Relative Risk

OR: Odds Ratio (entspricht in den meisten Fällen dem RR)

CI: Confidence Interval. Die Wahrscheinlichkeit, dass die statistische Auswertung nicht zufällig ist

Benzo(a)pyren: Substanz, die bei der Verbrennung organischer Stoffe entsteht (in Pflanzen, Erdöl, Kerzen, Olivenöl, Fleisch, auch in Kaffee vorhanden). Als Karzinogen eingestuft.