

Offener Brief

Sehr geehrte Frau Dr. Martina Pötschke-Langer,

Sie sind die massgeblichste Agitatorin gegen das Rauchen in Deutschland. Das geht nicht zuletzt aus Ihrer Darstellung

[Über das WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle](#)

im Internet hervor.

Diese Darstellung haben wir erst jüngst mit Interesse gelesen und ich nehme sie zum Anlass, eine Reihe Ihrer Aussagen kritisch zu hinterfragen und zu kommentieren.

Sie sind seit Gründung Leiterin dieser aus deutschen Steuergeldern finanzierten Institution und damit verlängerter Arm der WHO in Sachen Raucherprävention.

Als Motiv für Ihre Arbeit geben Sie an:

Hintergrund

Allein in Deutschland sterben pro Jahr 110.000 bis 140.000 Menschen an tabakbedingten Krankheiten.

Das beruhe auf einer Schätzung der WHO. Wie diese Schätzung zustande kam, liegt bis heute, nachdem sie in Medien und Politik tausendfach zitiert wurde, nach wie vor im Dunkeln.

Die von der WHO laufend entwickelte ICD-10 enthält bis heute keinen Schlüssel für Rauchen als Krankheit oder gar Todesursache, außer F17 (Psychische Verhaltensstörungen durch Tabak). Die hierzu durch das Statistische Bundesamt erfassten Fälle lagen z.B. im Jahre 2004 bei ganzen 118 (Einhundertundachtzehn).

Wie können Sie mir also die Zahl von 110.000 bis 140.000 erklären? Gibt es öffentliche Statistiken dazu (z.B. von Krankenhäusern) oder nur epidemiologische Studien mit inkonsistenten Ergebnissen und selektiven Hochrechnungen?

Ich bitte um eine klare Beantwortung dieser Frage.

Ich bezweifle nicht, dass aktives Rauchen ungesund ist. Nur machen Sie sich mit masslos übertriebenen Zahlen eben unglaubwürdig.

Gesundheits-Staatssekretärin Marion Caspers-Merk sagte nun allerdings jüngst (25.5.07 im Bundestag), in Deutschland stünden rund 40.000 Todesfälle pro Jahr mittelbar oder unmittelbar mit dem Rauchen in Zusammenhang.

Da diese alte Botschaft bei den Rauchern und Jugendlichen so wenig bewirkte, wie horrende Steuern und eine Vielzahl von Entwöhnungsprogrammen mussten Sie spätestens seit 2005 Ihrem Vorbild Stanton Glantz aus den USA folgen und die Angst der Nichtraucher mit einem unglaublich erfolgreichen Feldzug in den Medien und in der Politik wecken. Weiterhin mussten selbigem Vorbild folgend kontroverse wissenschaftliche Meinungen in Misskredit gezogen werden, indem sie der „Tabakmafia“ zugeordnet wurden.

Zur Zusammenarbeit mit Stanton Glantz siehe:

Wie die Tabakindustrie in Deutschland durch die Erhaltung wissenschaftlicher sowie politischer Respektabilität Rechtsvorschriften zum Schutz vor Passivrauchen verhinderte

im Internet (950kB) unter: http://www.tabakkontrolle.de/pdf/German_Tobacco_Indust_Report_deutsch.pdf

Ich erlaube mir nun vorab noch Zitate aus ihrer eingangs erwähnten Selbstdarstellung zur Qualität Ihrer Arbeit:

Qualitätssicherung

*Die Qualität der bereitgestellten Informationen wird durch vom WHO-Kollaborationszentrum eingesetzte **Qualitätsmanagementinstrumente** wie **Qualitätszirkel** sichergestellt. Ebenso trägt eine ständige Selbstbewertung zur Qualitätssicherung bei. Durch regelmäßige **kritische Begutachtungen** von Experten wird eine **externe Objektivität** gewährleistet. Die Anregungen und die Kritik der Nutzer finden bei der Prozess begleitenden Weiterentwicklung und Aktualisierung der Inhalte der Homepage Berücksichtigung.*

Können Sie mir nähere Informationen über die Qualitätsmanagementinstrumente geben? Sicherlich gibt es für diese *Instrumente* eine

schriftliche Richtlinie.

Sind in den *Qualitätszirkeln* auch Teilnehmer mit kontroversen Meinungen anwesend? Wenn ja, welche? Oder glauben Sie ganz einfach, es gäbe keine kontroverse Meinung mehr? Wir könnten Ihnen ggf. zumindest aus den USA, aus denen Ihr „Wissen“ hauptsächlich gespeist wird, einige benennen. Auch einen, der ehemals mit Stanton Glantz an einem Strang gezogen hat.

Ich bitte Sie um erschöpfende Beantwortung der gestellten Fragen zu Ihrem *Qualitätszirkel* und anderen *Qualitätsmanagementinstrumenten* in Ihrer Institution.

Umgang mit Informationsquellen

*Bei allen Angaben zu Informationsquellen werden diese und ihre Autoren klar beschrieben, sodass die Nutzer selbst das Informationsangebot für sich prüfen können. Das WHO-Kollaborationszentrum überprüft vor Angabe einer Informationsquelle zunächst ihre **Seriosität**, ihren **Wahrheitsgehalt** und ihre **Wichtigkeit** und kategorisiert sich entsprechend ein. Bei der Auswahl der Informationsquellen ist das Kollaborationszentrum **stets um die Neutralität der Inhalte bemüht**. Auch auf mögliche finanzielle oder wirtschaftliche Interessenkonflikte der Autoren wird, insofern bekannt, stets hingewiesen.*

Glauben Sie nicht, dass bei der gesellschaftlichen Tragweite Ihres Unterfangens eine Überprüfung von Seriosität, Wahrheitsgehalt, Wichtigkeit und nicht zuletzt Neutralität durch wenigstens eine fremde, kritische Stelle sinnvoll wäre?

Oder glauben Sie, dass Sie und die WHO allein über den Stein der Weisheit verfügen?

Wie beurteilen Sie die Seriosität einer Informationsquelle? Ist es ein Ausschlusskriterium, wenn die Tabakindustrie eine nützliche wissenschaftliche Erkenntnis unterstützt hat? Ist es andererseits auch ein Ausschlusskriterium, wenn die Gesundheitsbranche eine nützliche wissenschaftliche Erkenntnis unterstützt hat?

Ich bitte Sie um dedizierte Beantwortung dieser Fragestellungen.

Auf Ihrem Feldzug gegen die Raucher – darum handelt es sich tatsächlich, wie aus eingangs erwähnter Darstellung eindeutig hervorgeht und nicht um den Schutz der Nichtraucher, wie vielfach behauptet wird – entstand im Jahre 2005 Ihre mittlerweile bedeutsame Publikation. Der Erfolg ist unbestreitbar. Von Medien und Politik wurde diese Publikation gar zur Studie erhoben.

Passivrauchen - ein unterschätztes Gesundheitsrisiko

Zentrale Aussage dieser Publikation ist, dass sogen. „Passivrauchen“ ein grosses Gesundheitsrisiko ist und dass daran jährlich 3301 Menschen sterben. Diese Zahl wurde seit Erscheinen Ihrer Publikation in verschiedenen Abwandlungen mittlerweile von den meisten Medien und Politikern ungeprüft zitiert und fand auch ihren Platz in Gesetzesbegründungen. Manchmal ist von weit mehr als 3000 die Rede, manchmal von mehr als 3300, ohne je zu hinterfragen, was es mit dieser Zahl auf sich hat.

Ihre politische Macht, Frau Dr. Pötschke-Langer, die Sie ohne Mandat gemeinsam mit großen Teilen der Gesundheitsbranche allein mit dieser Zahl ausüben, ist also unverkennbar.

Umso wichtiger sollte die von Ihnen in Anspruch genommene *externe Objektivität* genommen werden.

Sie berechnen diese Zahl aus einer Vielzahl von Ergebnissen aus epidemiologischen Studien, die unterschiedlicher nicht sein könnten. Es sei denn, man verwendet nur diejenigen, die ins eigene Konzept passen und interpretiert sie auch noch in geeigneter Weise.

Ein sehr gutes Beispiel für Ihre Selektion ist die ungewöhnlich grosse Studie von Enstrom und Kabat 2003. In Abb. 33 wird sie unter COPD zitiert. Bei allen anderen Darstellungen wird diese Studie nicht erwähnt. Sie kommt zum Ergebnis, dass es *kein Risiko* vom Passivrauch gibt, selbst bei der üblicherweise hohen Belastung durch rauchende Ehepartner. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/abstract/326/7398/1057>

Können Sie begründen, warum Sie diese Studie bei COPD berücksichtigen, bei anderen „Erkenntnissen“ jedoch nicht? Sicherlich hat Ihr Qualitätsmanagement dazu ein Begründungspapier erstellt.

Dass keine einzige der bekannten Studien den Endpunkt „Tod durch Passivrauchen“ analysieren konnte, kommt nirgends zum Ausdruck. Dieser wurde nämlich noch nie diagnostiziert. Tatsächlich untersuchen diese Studien Todesursachen, die alltäglich vorkommen und untersuchen einen Zusammenhang mit Belastung durch Umgebungsrauch in derart geringer Grössenordnung, dass die Epidemiologie mit einer Unzahl von Störgrössen (Confoundern) zwingend versagen muss.

Alleine schon der sozioökonomische Status korreliert vergleichsweise so gewaltig mit der Mortalität, dass hierin die gesuchten Messgrössen verschwindend gering sind. Er korreliert gleichzeitig stark mit der Prävalenz des Rauchens.

Können Sie diese Aussagen stichhaltig widerlegen?

Über 260 Nichtraucher sterben jährlich an passivrauchbedingtem Lungenkrebs.

Auf die Einwohnerzahl von Deutschland umgelegt sind das ca. 0,3 Todesfälle pro 100.000 Einwohner. Sie glauben, das mit Epidemiologie beweisen zu können.

Nach Zahlen des statistischen Bundesamts starben in 2004 an Lungenkrebs (ICD10-C34):
in Baden Württemberg 35 je 100.000 Einwohner
im Saarland 63 je 100.000 Einwohner.
im Bundesdurchschnitt 48 je 100.000 Einwohner.

Im Saarland und in Baden-Württemberg wird einem Mikrozensus zufolge ungefähr gleich viel geraucht. Alleine regionale Unterschiede bedingen also schon fast 30 Todesfälle je 100.000 Einwohner durch Lungenkrebs in der Statistik. Das ist das *hundertfache* der von Ihnen *berechneten* Quote.

Können Sie mitteilen, wie diese extrem grosse Unsicherheit (neben vielen anderen Unsicherheiten) genau in Ihre *Berechnungen* eingeflossen ist?

Über 170 000 Neugeborene jährlich werden bereits im Mutterleib den Schadstoffen des Tabakrauchs ausgesetzt.

Etwa 60 Säuglinge versterben jährlich durch Passivrauch im Haushalt sowie durch vorgeburtliche Schadstoffbelastungen, weil die Mutter während der Schwangerschaft rauchte.

Nach Ihrer Hypothese versterben also knapp 0,04 Prozent der extrem gefährdeten Säuglinge an plötzlichem Kindstod.

Wenn Sie Passivrauch für eine Ursache von SIDS halten, wie erklären Sie dann, dass 99,96 Prozent der gefährdeten Säuglinge nicht daran sterben? Konnte schon bei einem Säugling pathologisch nachgewiesen werden, dass er am Rauch der Mutter oder des Vaters verstarb?

Tabakrauch enthält über 4800 verschiedene Substanzen. Bei über 70 dieser Substanzen ist nachgewiesen, dass sie krebserregend sind oder im Verdacht stehen, Krebs zu erzeugen.

Können Sie für diese Aussage Belege liefern, welche *alle* diese Substanzen im Einzelnen nach chemischer Bezeichnung und gemessener Menge samt verwendetem Messverfahren in tabakrauchbelasteter Luft benennen? Ich konnte bis jetzt nur die Substanzen finden, die unter <http://www.netzwerk-rauchen.de/documents/Gefahrstofftabelle.pdf> aufgelistet sind.

Weitere Hinweise finden Sie dort. Ich bitte hierzu um Ihre umfassende Stellungnahme.

Für die im Passivrauch enthaltenen Kanzerogene können keine Wirkungsschwellen als Dosismaß definiert werden, unterhalb derer keine Gesundheitsgefährdung zu erwarten wäre. Auch kleinste Belastungen mit den im Tabakrauch enthaltenen genotoxischen Kanzerogenen können zur Entwicklung von Tumoren beitragen.

Die hier angesprochene Nulltoleranz wird von vielen Wissenschaftlern vertreten, ist jedoch schwer haltbar. Kanzerogene sind auch ohne Tabakrauch allgegenwärtig. Bereits eine Tasse Kaffee enthält 10 mg an Stoffen, die Krebs erregen können oder zumindest im Verdacht stehen. Benzol (CAS-Nr. 71-43-2), das auch von Ihnen im Tabakrauch angeführt wird, ist ein gutes Beispiel. Es steht nicht nur im Verdacht, Krebs zu erzeugen (wie bei vielen anderen Substanzen, die nur bei massiver Belastung von Mäusen und Ratten in diesen Tieren Krebs erzeugen), sondern es gilt tatsächlich als sogenanntes K1-Karzinogen beim Menschen und somit als Risikofaktor für Krebs bei Menschen. Von Verbrennungsprozessen im Strassenverkehr wird es in immensen Mengen produziert. Für Arbeitsplätze gilt für die Umgebungsluft in der EU ein anerkannter Grenzwert für Benzol von 3,25 Milligramm pro Kubikmeter. Selbst bei schlechtester Belüftung z.B. in einer verrauchten Diskothek kann dieser Wert durch Tabakrauch nicht einmal zu einem Hundertstel erreicht werden. Dadurch scheidet es nach herrschenden Regeln bei der Summenbewertung von Gefahrstoffen bezüglich Tabakrauch aus.

Wie nehmen Sie und Ihr Qualitätszirkel zu diesem Sachstand Stellung? Sicherlich haben Sie im Rahmen Ihrer *externen Qualitätssicherung* auch Experten der BAUA hinzu gezogen, zumal Sie diese Organisation ja in Ihrem Literaturverzeichnis benennen.

Ein weiteres Beispiel ist Polonium 210. Das ist ein sogenannter Alpha-Strahler. Strahlen gelten nach einem komplexen Muster in entsprechend hoher Dosis als krebserregend. Gemessen wird das in Sievert. Strahlung ist jedoch insbesondere durch Radon allgegenwärtig.

Konnten Sie durch Strahlungsmessungen einen nennenswerten Betrag im Verhältnis zur ohnehin vorhandenen Strahlung nachweisen in Räumen, in denen stark geraucht wird? Sie gehen doch davon aus, dass sich dieser radioaktive Müll an Wänden, Böden und Vorhängen absetzt.

Letztlich gilt also auch für Kanzerogene der uralte und immer noch anerkannte Grundsatz der Toxikologie:

» Die Menge macht das Gift «

Lüftungstechnische Anlagen schützen nicht wirksam vor den Schadstoffen des Tabakrauchs, da selbst die modernsten Ventilationsysteme die gefährlichen Inhaltsstoffe des Tabakrauchs nicht vollständig aus der Raumluft entfernen können.

Vollständig wird man Rückstände aus Tabakrauch in der Tat auch durch gute Lüftung nicht entfernen können. Allerdings werden sie bei guter Lüftung überwiegend unter die ubiquitäre Belastung sinken. Selbst schon bei unzulässig schlechter Belüftung bleiben die Schadstoffwerte aus Tabakrauch weit unter herrschenden Grenzwerten für Arbeitsplätze und die langfristigen Belastungen von Nichtrauchern liegen *weit unter einem Hundertstel* der aktiven Raucher. Das belegen unter anderem die Cotininwerte, die Sie in Abbildung 5 auf Seite 11 zeigen.

Weshalb weisen Sie auf diesen Sachverhalt im Text Ihres Werkes nicht hin? Sie sind doch stets um die *Neutralität der Inhalte* bemüht.

Als Beleg für die Unwirksamkeit einer ordnungsgemässen Belüftung verwenden Sie gerne eine Studie von Kotzias et al. aus dem Jahr 2005, so auch auf Seite 14 der gegenständlichen Publikation. Diese Studie beweist allerdings letztlich eine sehr gute Wirksamkeit von Lüftungsanlagen. Da es sich hier um einen technisch-physikalischen Vorgang handelt, ist er in der Tat sogar berechenbar und im Versuch verifizierbar, im Gegensatz zu Gefahren durch Tabakrauch.

Ich bitte Sie diesbezüglich insbesondere um Stellungnahme zum Anhang unserer Publikation: http://www.netzwerk-rauchen.de/documents/Einsatz_von_lueftungstechnischen_Anlagen.pdf welche wiederum Ihre Publikation unter http://www.tabakkontrolle.de/pdf/AdWfP_lueftungstechnische_Anlagen.pdf betrifft.

Falls Sie den Berechnungen und physikalischen Grundlagen in diesem Anhang nicht folgen können oder wollen, so sollten Sie im Sinne *externer Objektivität* möglichst einen anerkannten Sachverständigen für Lüftungstechnik hinzu ziehen.

Mein besonderes Interesse weckt auch Abb. 23 auf Seite 39. Angeblich wurden in einer durch Sie bearbeiteten Studie von Hammond bis zu 14 mg/m^3 Nikotin in verrauchter Luft gemessen. Das wäre in der Tat höchst bedenklich. Denn bereits ca. 4 Kubikmeter enthielten dann die oral aufgenommen als potentiell tödlich geltende Dosis von Nikotin (50mg). Ein Mensch inhaliert diese Luftmenge (4 m^3) bereits innert ca. 7 Stunden. Ein aktiver Raucher benötigt immerhin ca. 3 Tage, um diese oral aufgenommen als tödlich geltende Dosis zu inhalieren. Die MAK für Nikotin ist $0,5 \text{ mg/m}^3$. Die Dosis (und der Zeitraum und der Aufnahmeweg?) macht das Gift!

Diese Angabe zur Nikotinkonzentration ist aber sicher ein ähnliches Versehen, wie die Konzentrationsangabe von einem Nitrosamin-Derivat in Abb. 3 schon auf Seite 12, die in Mikrogramm, statt Nanogramm erfolgt.

So kleine Fehler müssen von einem Autorenteam mit 13 Wissenschaftlern samt Qualitätskontrolle ja nicht unbedingt erkannt werden. Es geht schliesslich nur um die Stigmatisierung von zirka einem Viertel der Menschen.

Umso beeindruckender wirken dann die bedeutsamen Formeln (1)...(3) im sehr lesenswerten methodischen Anhang (ab Seite 64).

Die sorgfältige und kritische, insbesondere aber zielgerichtete Durchforstung von 280 Literaturquellen war wohl eine allzu grosse Herausforderung.

Sehr geehrte Frau Dr. Pötschke-Langer,
sehr geehrte Mitautoren,

gerne erwarten ich Ihre baldige Stellungnahme zu den aufgeworfenen Fragen.

Gerne bin ich auch bereit, Ihre Gegendarstellung zusätzlich zu diesem offenen Brief zu veröffentlichen, wenn sie umfassende Antworten auf die gestellten Fragen enthält.

Hochachtungsvoll

Werner Paul

Schatzmeister bei www.netzwerk-rauchen.de
Betreiber der Intenetseite www.passiv-rauchen.de