



**Landtag Nordrhein-Westfalen
Platz des Landtags 1
Postfach 10 11 43
40002 Düsseldorf**

Jena, 10. September 2012

**Gutachterliche Stellungnahme
zu wissenschaftlichen Grundprinzipien der Passivrauchdiskussion**
„GE-Nichtraucherschutzgesetz – Anhörung A 01 – 26.09.2012“

Zusammenfassung

Mit dieser Stellungnahme soll aufgezeigt werden, dass die studienverfälschenden Schadfaktoren, die gleichzeitig zum Passivrauchen vorliegen, die eigentlichen massiven Gesundheitsrisiken darstellen.

Die epidemiologischen Aussagen zum Passivrauchen-Kausalbezug sind alle wissenschaftlich nicht haltbar, da hier wissenschaftliche und epidemiologische Grundprinzipien nicht eingehalten werden.

Die Kernaussagen des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) – WHO sind im Wesentlichen Falschaussagen, auf deren Basis ein Minimalrisiko gegenüber den echten Gefährdungen falsch gewichtet wird. Dies ist das eigentliche zerstörerische Element für die Prävention und muss korrigiert werden.

Die Falschaussagen führen zu einer öffentlichen Hysterie und Angst. Die UNO, WHO mit ihrer Autorität und deren Anhänger versuchen aktiv und passiv mit allen Mitteln die Richtigstellung von epidemiologischen und wissenschaftlichen Fälschungen und Falschaussagen zu verhindern.

Dies hat zu einem Ausschalten der Erforschung wissenschaftlicher Gegenposition geführt. Diese wissenschaftlichen Blockaden werden über die Diskriminierung, Beleidigung und „Ehrencodex“ sowie über FCTC-Artikel sehr effektiv durchgesetzt. Wissenschaftsförderung dieser Gegenposition, die wirklichkeitsnahe Ergebnisse bringen könnte, wird sogar gerichtlich bekämpft. In der Gesamtwürdigung kann man



davon ausgehen, dass die Wissenschaftsfreiheit durch Weltinstitutionen, wie die UNO, WHO - DKFZ-Kollaborationszentrum, Netzwerkuniversitäten vollständig ausgehebelt ist. Da die WHO die wirklichen Gefährdungsverhältnisse über die Risikobewertung Passivrauchen verfälscht, ist Die Gefährdung unserer Gesellschaft über dieses Vorgehen mit dem Ausblenden der echten Risiken eine erheblich größere Gefahr als das Passivrauchen.

Einleitung

Bei der Nichtrauchererschutzgesetzgebung (NRSG) haben wir das Phänomen vorliegen, dass Politiker Entscheidungen auf einer wissenschaftlichen Basis fällen sollen, die ihnen als „gültige Lehrmeinung“ angeboten wird. Diese „gültige Lehrmeinung“ ist tatsächlich methodisch gesehen auf dem Boden **wissenschaftlicher Vorgehensweisen** entstanden, deren Basis nachfolgend beschrieben ist. Hier muss begrifflich klar unterschieden werden, inwieweit die **wissenschaftlichen Vorgehensweisen** eine Abbildung der Realität widerspiegeln oder mit dieser nicht zur Deckung gebracht werden kann.

Ein führender Wissenschaftsgrundsatz lautet:

„Ein empirisch wissenschaftliches System muss an der Erfahrung (Wirklichkeit) scheitern können.“

Die Erklärung hierzu mit einfachen Worten:

Die empirisch-wissenschaftliche Behauptung, dass Passivrauchen in enorm hohem Maße bei Gastronomiemitarbeiter/-innen Lungencarzinome, Herzinfarkte und chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD) verursacht, wurde in vielen Einzelstudien errechnet und interpretiert, aber nicht gemessen und mit der Wirklichkeit abgeglichen. Diese Aussagen waren alle Ergebnisse, die sich auf die verschiedenen methodischen Ansätze bezogen und Aussagen über die Methoden, aber nicht über die Wirklichkeit beinhalteten.

Die der WHO-Bewegung zugrundeliegenden wissenschaftlichen Theorien mussten in dem Moment als falsifiziert gelten, als unsere Messergebnisse zu den tatsächlich auftretenden Erkrankungen im Gastronomiebereich bekannt wurden, d. h. die beobachtete und gemessene Wirklichkeit diese WHO-Theorie widerlegt hat (s. Lit. 1, Anhang).

Diese Aussage ist umso bedeutsamer als die Forschungsinstitution der Berufsgenossenschaft, die ich leitete, das gesamte Gastronomiegewerbe Deutschlands versichert hatte und so Versichertenzahlen im Millionenbereich mit den entsprechenden Erkrankungs- und Gesundheitsdaten vorzuweisen hatte. Wir waren



bei unserer Forschung nicht angewiesen auf Schätzungen und Annahmen, die in epidemiologisch-mathematische Modelle überführt wurden, sondern konnten die tatsächlich aufgetretenen Erkrankungen zählen und dem Kellnerbereich bzw. Gastronomiegewerbe zuordnen. Dies war Forschungsorientierung an der Wirklichkeit.

Die klare Schlussfolgerung ist die, dass damit das empirisch-wissenschaftliche System der WHO zur Passivrauchthematik an der Erfahrung (den tatsächlichen Messwerten) gescheitert ist. Dies gilt für das Lungencarzinom, die COPD und den Herzinfarkt.

Bemerkenswert dabei ist auch der Umstand, dass wir aus präventiven Gründen auf der Suche nach Hilfsmöglichkeiten unter der These die Forschung antraten, dass Passivrauchen gesundheitsschädlich sei. Wir waren dann mit fortschreitender Erkenntnis selbst von den Ergebnissen in diesem Berufszweig überrascht.

Warum sind die unsinnigen WHO-Aussagen, die als Wissenschaftsthesen deklariert werden, von den Medien angenommen?

- *Passivrauchen ist die dritthäufigste Todesursache.*
- *Die Raucher fügen den Nichtrauchern den Tod zu.*
- *Mitarbeiter der Tabakbranche und Raucher sind Mörder.*
- *Die Tabakbranche übt den Holocaust an der Bevölkerung.*

Was ist aus wissenschaftstheoretischer Sicht anzumerken?

Kernstück wissenschaftlicher Fehlinterpretation und den damit zusammenhängenden wissenschaftlichen Falschaussagen ist die isolierte Betrachtung eines gesundheitlichen Wirkfaktors, z. B. Passivrauchen ohne die gleichzeitig einwirkenden anderen Schadstoffe ähnlicher Wirkung zu berücksichtigen. (s. Anhang; Abb. 1 und 2).

Bei der Definition von Passivrauchen als Gesundheitsgefahr sprechen wir **immer** über die gemeinsame gleichzeitige Einwirkung einer Unmenge von Schadstoffen und ihrer gesundheitsschädigenden Wirkung. Die isolierte Wirkung eines einzelnen Gefahrstoffs kann nicht analysiert und definiert werden. Alles, was als Passivrauchrisiko angeboten wird, ist das Gesamtrisiko, der in Abb. 1 aufgezeigten Summenwirkung.

Dies gilt schon für die bekannten Gefährdungen, ganz zu schweigen von den noch nicht bekannten Gefährdungen. Prinzipiell ist es dann auch unmöglich die Anteile der



Wirkung des Gesamtspektrums einzelner Schadstoffgruppen herauszufiltern, da die Wirkung **unbekannter gleichzeitig vorliegender Gesundheitsgefahren** zum Beobachtungszeitpunkt nicht definiert werden kann. Das heißt, dass mit epidemiologischen und experimentellen wissenschaftlichen Methoden für dieses komplexe System **keine Aussage zur Ursache** gemacht werden kann.

Generell kann nur eine Wirkung auf die Gesundheit bezogen auf die Summenwirkung und Wechselwirkung der unzähligen, gleichzeitig einwirkenden Gefährdungen zum Beobachtungszeitpunkt erkannt werden.

Diese einzelnen Gefahren, die von Gefahrstoffen oder Lebensumständen ausgehen, müssen ihrerseits auch noch gewichtet und in ihrer Wirkstärke bewertet werden.

Beispielhaft und ohne Anspruch auf Vollständigkeit möchte ich hier nur einige dieser Faktoren nennen, die gleichzeitig mit dem Passivrauchen einwirken:

Stoffliche Faktoren:

- Schadstoffemissionen unserer Industrielandschaft
- Toxische Aerosolgemische im Feinstaub des städtischen Wohn- und Lebensraums
- Asbest
- Radonabgasungen der Erde und aus Baustoffen
- Dieselmotoremissionen und Ottomotoremissionen einschließlich Biosprit
- Verbrennungsgase des Haushalts
- Gesundheitsschädliche Einwirkungen von Arzneimitteln, einschließlich der „Nikotinentwöhnungsmittel“

Nichtstoffliche Faktoren:

- Soziale Isolierung im Alter und bei Krankheit
- Die moderne Art zu Arbeiten und durch psychische Fehlbeanspruchung in „burn-out“ und Depression zu münden
- Wetter- und Klimabedingungen

Diese massiven Schadstoffwirkungen wurden in ihrer Summe zum Zeitpunkt der Großstudien nicht berücksichtigt. Für Aussagen zur Kausalität wäre dies aber unabdingbar. Wenn wir unseren Kulturkreis verlassen, sehen wir die von der WHO beschriebenen Lebensumstände in Afrika durch Holz- und Kohlefeuerstellen, mit denen jährlich 2 Mio. Menschen und davon 800.000 Kinder unter 5 Jahren ihr Leben verlieren.



Im Nachbarland Italien gehen von veralteten Industrieanlagen so hohe Krebsgefahren aus, dass sie von Gerichten wegen geschlossen werden.

In Sardinien werden nach Fernsehberichten durch geheime Militärversuche über Thorium, Uran und Nanopartikel seltsame Erkrankungen und Mutationen hervorgerufen.

Alleine in deutschen Krankenhäusern lassen jährlich zehntausende Patienten wegen Hygieneproblemen ihr Leben. Die Antibiotikaresistenz ist inzwischen unbeherrschbar. Warum die WHO diese massiven Risiken im Verhältnis zum Passivrauchen einfach verschwinden lässt (s. Abb. 1a), ist mit Realitätsbezug nicht erklärbar. Vor diesem Gesamthintergrund die Bewertung von Passivrauch zu sehen, ergibt für jeden ersichtlich ein Minimalrisiko.

Warum die WHO und ihre Kollaborationszentren, wie bspw. das am DKFZ angesiedelte, dem Passivrauchen genau den höchsten Rang an Schadwirkung zuordnet ist eine politisch-ideologische Entscheidung und niemals eine wissenschaftlich begründete.

Zur passivrauchbedingten Gesundheitsgefahr gibt es inzwischen unzählige Studien, Statistiken und Experimente, die alle am gleichen Mangel leiden, dass sie nämlich von der Wirklichkeit bzw. der wirklichen Entwicklung nicht bestätigt werden. Dies hat seine Begründung darin, dass wissenschaftliche und epidemiologische Grundprinzipien außer Acht blieben. Das heißt, diese wirklichkeitsfernen Hypothesen werden durch Untersuchungen, die an der Realität orientiert sind, falsifiziert.

Die Behauptung, dass besonders die Lungencarcinome, die Herzinfarkte und die COPD-Lungenerkrankungen bei den Kellnern/-innen und Gastronomiemitarbeitern/-innen, die als besonders nachhaltig passivrauchbelastet gelten, enorm hoch seien, habe ich in jahrzehntelanger Beschäftigung und Forschung mit diesem Klientel klar und eindeutig widerlegen können (s. Lit. 1).

Das Dilemma der Epidemiologie, das eingangs geschildert wurde, haben wir damit umgangen, dass wir die tatsächlich auftretenden Lungencarcinome, Herzinfarkte und COPD-Lungenerkrankungen gezählt haben und u. a. dem Beruf des Kellners bzw. exponierten Gastronomiemitarbeiters zuordneten. Bei dieser Zählung waren ziemlich alle Berufe vertreten und es wurde eine große Zahl von ca. 6 Mio. Versicherten über 6 Jahre dahingehend beobachtet, ob sie an den Krankheiten erkrankten und ob die Kellner ein erhöhtes Risiko zeigen oder nicht. Das Ergebnis war auch für uns überraschend. Die Kellnergruppe hat höhere Gesundheitsaussichten gegenüber der



Allgemeinbevölkerung während ihres Arbeitslebens bis 60 Jahre, obwohl sie zu den stärksten Rauchern als Berufsgruppe und zu den anerkannt stärksten Passivrauchern zählen. Die Daten konnten nur bis zum Arbeitsende erfasst werden, da der Bezug zum Beruf im Rentenalter nicht mehr herstellbar ist. Die Daten das Arbeitszeitrisko betreffend, die weiterhin bei der BGN zur Verfügung standen, bezogen sich auf über 2 Mio. Versicherte im Gastronomiebereich.

Untersuchungen von Wichmann et al (Lit. 2) können zur beruflichen Zuordnung des Lebenszeitriskos herangezogen werden. Dieses zeigt auch bei Kellnern diese behaupteten dramatischen Zunahmen des Lungencarcinomrisikos gegenüber anderen Berufsgruppen nicht.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Behauptung, Gastronomiearbeiter hätten ein erhöhtes Lungencarcinomrisiko wissenschaftlich völlig ohne Grundlage ist. Beim Herzinfarkt und der COPD liegen bei Gastronomiearbeitern gegenüber der Allgemeinbevölkerung ebenfalls deutlich geringere Erkrankungsrisiken vor.

Obwohl diese Berufsgruppe den höchsten Raucher und Passivrauchernanteil von allen Gewerbegruppen mitbringt, gibt es keinen Grund, diese Gruppe aus gesundheitlichen Gründen gesetzlich schützen zu müssen.

Was wissenschaftlich näher untersucht werden müsste ist der Grund für dieses Ergebnis. Offenbar weicht diese Berufsgruppe von den bisher für die tabakbezogenen errechneten Risiken ab. Es gibt also wohl personenbezogene und arbeitsbedingungsabhängige Faktoren, die einen Schutz vor den bisher angenommenen tabakassoziierten Risiken darstellen. Welche das sind, wäre sicher interessant weiter zu erforschen. Die neuerdings von verschiedenen Kardiologen ermittelten funktionalen Beziehungen des Herzinfarkttratenrückgangs zur Nichtrauchererschutzgesetzgebung sind wissenschaftsmethodisch durchgängig unhaltbar.

Die letzten 30 Jahre haben einen Rückgang der Herzinfarkte um 70% ergeben, wie Prof. Ertl auf dem Kardiologenkongress 2012 in München bekannt gab. Alleine in den letzten 12 Jahren von 2000-2012 war ein Rückgang um 20% zu verzeichnen. Das war ein eindeutiger Erfolg der verbesserten Diagnostik und Therapie.

Die Kausalbeziehungen, die manche Autorenguppen ableiten, sind aus natürlichen Schwankungen ausgewählter Regionen in kurzen Jahresabständen generiert und keine Aussage über einen ursächlichen Bezug.



Diese Schwankungen nach oben und unten in kleinen Zeitfenstern sind seit 30 Jahren beobachtbar, wurden aber noch nie bewertet. Warum ein Kausalbezug zur Nichtraucherschutzgesetzgebung hergestellt wird, hat allein politische, keine wissenschaftlichen Hintergründe.

Dass die Depression und die soziale Isolation ähnliche Herzinfarkttrisiken wie das Tabakrauchen hervorbringt, sollte der Politik auch bekannt gemacht werden, damit sie ihre Entscheidungen an den **echten Risiken** festmachen kann.

Die sozialen wirtschaftlichen und psychologisch existenziellen Konsequenzen wurden bereits breit untersucht.

Die von der WHO in der 70er Jahren ausgerufene „Spaltung der Gesellschaft“ mit der Erfolge im Kampf gegen die Tabakindustrie effektiver erreicht werden sollen und der Aufruf zum „Weltkrieg gegen den Tabak“ führt zu den Spaltungsgruppen „asoziale Raucher“ (WHO-Zitat) und Nichtraucher, die im Endziel mit gesetzgeberischen Mitteln angegangen werden sollen. Vom WHO-Kollaborationszentrum am DKFZ wurde dies in „Mörder und Opfer“ kategorisiert.

Grundlage für diese Haltung ist die Ausgangslage, dass wissenschaftlich nachgewiesen sei, dass gesundheitliche Risiken des Passivrauchens diese gesellschaftliche Kampfbewegung in Richtung Gastronomie rechtfertigen.

Wie unsere Untersuchungen zeigten, ist dies aber völlig ungerechtfertigt und die WHO-Ausgangslage ist wissenschaftlich nicht begründbar.

Der strategische Weg der WHO ist die Verhinderung der wissenschaftlichen Diskussion und Falsifizierung ihrer Hypothesen zum Passivrauchen u. a. durch die Gesetzgebung. *Das heißt, Sie als Politiker greifen über die Gesetzgebung in die laufende wissenschaftliche Diskussion ein, deren Erforschung der Gegenposition aktiv unterdrückt wird.*

In dieser Gegenposition darf natürlich nicht aufgedeckt werden, was an wissenschaftlichen Ergebnissen in Form von Falschaussagen, die teilweise auf Fälschungen, Fehlinterpretationen, Nichtbeherrschung der Messtechnik u. ä. m. beruhen.



Wissenschaftliche Unterdrückungsstrategien

Wissenschaftliche Falschaussagen werden generiert und die Aufdeckung dieser mit allen Mitteln verhindert, z. B.

- *Schaffung von Lehrmeinungen mit wissenschaftlich unzulässigen Mitteln*
- *Lehrmeinungserhalt durch Lehrmeinungsträger in Redaktionen*
- *UNO/WHO-Bann, Ächtung wissenschaftlicher Veröffentlichung*
- *Gegnerische Forschungsergebnisse als „vom Teufel bezahlt“ eingestuft*
- *Fördergeldentzug durch „Ehrencodex“*
- *„Mörder und Opfer“-Kategorien werden aufgebaut*
- *Totschweigen alternativer wissenschaftlicher Ergebnisse*
- *Schüren der Passivrauchangst in der Öffentlichkeit*
- *Ständige Wiederholungen machen Falschaussagen zu Wahrheiten*
- *Gleichschalten der Medien und Verlage (Entzug von Werbung, etc.)*
- *Medien halten nicht haltbare Lehrmeinung am Leben*
- *Vorwurf des Denialism (Leugnungsvorwurf), Gleichsetzung mit der Holocaust-Leugnung*
- *Diskriminierung gegnerischer Forschungsergebnisse*
- *Beleidigungen*
- *„1 Molekül genügt“ (WHO-DKFZ-Forderung zur Bekämpfung der Lüftungstechnik und Verhinderung jeglicher Prävention)*

Vor diesem Hintergrund wird die Erforschung und Verbreitung von wirklichkeitsbezogenen Forschungsergebnissen vollständig verhindert. Die gesamte wissenschaftliche Gegenbewegung wird weltweit beleidigt, diskriminiert oder totgeschwiegen.

Was Sie daraus ableiten müssen ist, dass Sie als Politiker wirtschaftliche Folgeschäden und soziale Fehlentwicklungen den tatsächlichen gesundheitlichen Risiken gegenüberzustellen und abzugleichen haben. Im Moment können sie das nicht, weil Ihnen die Ergebnisse der „Gegenforschung“ nicht bekannt sind. Mit diesem einseitigen Wissen, das sich durchgesetzt hat, werden Sie eine Fehleinschätzung treffen.

Dies zu prüfen und Gegenargumente heranziehen streben Sie als Politiker an. Das konnten Sie aber aus vorgenannten Gründen nicht:

- So hat z. B. der Ombudsmann für die Wissenschaft, Prof. Löwer (Bonn), dazu ermuntert, wissenschaftliches Fehlverhalten anzuzeigen. Da selbst „Beschönigungen von Daten“ von der Kommission als „Fälschung“ bewertet wird, können die schweren wissenschaftlichen Vergehen erst recht als solche bezeichnet werden. Hierzu zählt nach dieser Definition auch die „3.301-Tote-



Studie“ der WHO-Kollaborationszentren Heidelberg und Münster dazu. Diese epidemiologische Studie krankt daran, dass

1. die verfälschenden, gleichzeitig vorliegenden stofflichen und nichtstofflichen Gefährdungen nicht berücksichtigt wurden,
2. Zahlenmaterial eingesetzt wurde, das es nicht gibt und nach 7 Jahren Nachfrage auch nicht angeboten wurde.

Weitere Falschaussagen:

- Frau Prof. Radons (Uni München) Daten zum Lungencarzinom (Lit. 1)
- Garagenversuch, mit dem Dieselabgase durch Verwendung ungeeigneter Messgeräte (aus Unkenntnis physikalischer Messprinzipien oder vorsätzlich, konnte nie geklärt werden) als Gesundbrunnen gegenüber Passivrauch eingestuft wurde und von den Medien heute noch verbreitet wird.
- Das verschwiegene Problem, dass alle epidemiologischen Studien weltweit, mit dem Ursachenbezüge zum Passivrauchen hergestellt werden sollten, aufgrund der „Confoundersituation“ verworfen werden müssen (s. Anhang, Abb.1). Mit diesen Studien wird das „Minimalrisiko Passivrauchen“ pseudowissenschaftlich und *public-health*-seitig aufgeblasen und soll dabei die echten Gefährdungen stofflicher und nichtstofflicher Art (s. Anhang, Abb. 1) verdrängen.
- Der Rückgang der Herzinfarkttrate wurde im *public-health*-Verfahren der Wirklichkeit entfremdet und im Kausalbezug wissenschaftsmethodisch verfälscht.
- Die größten wissenschaftlichen Widersprüche zeigen sich in der grundsätzlichen Haltung zur Prävention. Die WHO hat Dieselmotoemissionen (DME) neuerdings deutlich gefährlicher eingestuft als Passivrauchen. Das WHO-Kollaborationszentrum am DKFZ hat bisher eine Risikominimierung durch Lüftungsanlagen kategorisch abgelehnt, weil hiermit die „Konzentration Null“ nicht erreicht wird. Hiermit verbunden war die Elimination der gesamten Forschungsarbeit im Lüftungstechnischen Bereich der DGUV. Diese wurde aufgelöst unter Androhung von Sanktionen und der Ächtung wissenschaftlicher Arbeit durch einen UNO-Bann, der mit FCTC möglich wird. In einem zweiten Schritt wäre die BGN angegangen worden. Die DME als deutlich stärkeren Schadstofffaktor auf „Konzentration Null“, wie Passivrauch zu bringen, hat das DKFZ abgelehnt (Rußfilter genügen). Dies zeigt, dass es hier nicht um die Elimination von hochgradigen Gefährdungen geht, sondern



um die Durchsetzung einer politisch-ideologischen Überzeugung unter dem Deckmantel der Wissenschaftlichkeit.

- Die vom WHO-DKFZ-Kollaborationszentrum veröffentlichten Zahlen zum NRSB-abhängigen Kneipensterben entsprechen nicht der Wirklichkeit und sind massiv beschönigt.

Vor dem Hintergrund der massiven groß angelegten wissenschaftlichen Unterdrückungsstrategien mit

- *Erhaltungsstrategien der geltenden Lehmeinung, die auf unhaltbaren wissenschaftlichen Ergebnissen beruhen,*
- *aktiver Verhinderung der Falsifizierung von Fälschungen durch wirklichkeitsbezogene Forschungsansätze,*
- *Ächtung wirklichkeitsbezogener wissenschaftlicher Veröffentlichungen, durch einen UNO-Bann,*
- *Totschweigen alternativer wissenschaftlicher Ergebnisse durch Gleichschaltung der Medien,*
- *Identifizierung mit Holocaust-Leugnern,*
- *u.s.w.*

wird es für einen Wissenschaftler klar, dass er in seiner Freiheit von großen Weltinstitutionen, wie UNO, WHO, den WHO-Kollaborationszentren und deren Anhängern schwerst behindert wird und freie Forschung nicht mehr möglich ist.

Zahlreiche Beispiele von Wissenschaftlern könnten hier aufgezählt werden, die persönlich ruiniert, wissenschaftlich diskriminiert und an den sozialen Folgen dieser Angriffe zugrunde gingen. Die wissenschaftliche Freiheit der Forschung ist von der Bewertung des Wissenschaftlers aus gesehen bei diesem Thema ausgeschlossen.

Wie Verfassungsrechtler dies juristisch vor dem Hintergrund des *Art. 5 Grundgesetz* bewerten, wurde bisher noch nicht geprüft, könnte im Vorfeld dieses Gesetzgebungsverfahrens aber als Anregung aufgenommen werden. Die Tatsache, dass eine Nichtraucherschutzgesetzgebung generell auf einseitigen widerlegbaren wissenschaftlichen Aussagen zustande kommt, wäre in diesem Zusammenhang ebenfalls eine Prüfung wert.

Zusammenfassend sollte die Problematik dahingehend hinterfragt werden, ob es Politiker verantworten können bzw. sie überfordert, dass sie ein Gesetz schaffen, wie



das NRSG, das auf wissenschaftlichen Falschaussagen basiert und nur aufgrund einer Aushebelung des *Art. 5 Grundgesetz* zustande kommen kann.

Nicht allein, dass Sie als Volksvertreter wissenschaftliche Falschaussagen als Grundlage für ein Gesetzgebungsverfahren haben, sondern Sie mit Abschluss dieses Verfahrens auch diese wissenschaftlichen Falschaussagen durch gesetzliche Fixierung der Falsifizierung entzogen haben. Das heißt, mit anderen Worten, dass zum einen ein Gesetz auf der Grundlage der Aushebelung des *Art. 5 Grundgesetz* zustande kam, in dem die Wissenschaftsfreiheit garantiert ist, zum anderen mit diesem Gesetz verhindert wird, dass eine Falsifizierung dieser WHO-Hypothesen grundsätzlich wissenschaftlich möglich wird.

Das Ziel der WHO-Passivrauchbewegung ist immer die Endlösung „Gesetzgebungsverfahren“, um so die bekannt unhaltbare wissenschaftliche Position nicht mehr diskutieren zu müssen.

Die WHO-Ziele werden erkennbar über diese Strategie verfolgt:

- *„Weltkrieg des Tabaks“ ausrufen*
- *Medien gleichschalten in Wissenschaftspositionen*
- *Gesellschaftsspaltung in „Mörder und Opfer“ ausrufen*
- *Alleinige Wissenschaftsförderung nach WHO-Vorstellung*
- *Blockierung, Ächtung, Diskriminierung wissenschaftlicher Gegenpositionen*
- *Öffentlichkeitswirksam Angst verbreiten*
- *Gesetzgebung auf Grundlage wissenschaftlicher Fälschung schaffen*
- *Politische Parteien infiltrieren*
- *Prohibition als Endziel*

Unangenehm für unsere Gesellschaft wird es, wenn der Satz wahr wird, dass die Politik primär nicht die Wahrheit sondern die Mehrheit sucht. Was verdrängt wurde ist der Umstand, dass die Wissenschaft diesen Weg schon eingeschlagen hat, um überhaupt noch wirtschaftlich überleben zu können.

Das Herausragende an dieser Entwicklung ist, dass echte Präventionsnotwendigkeiten durch diese Fehlbewertungen in den Hintergrund gedrängt werden.

Prof. Dr. med. R. Grieshaber

ANHANG

Abb.: 1

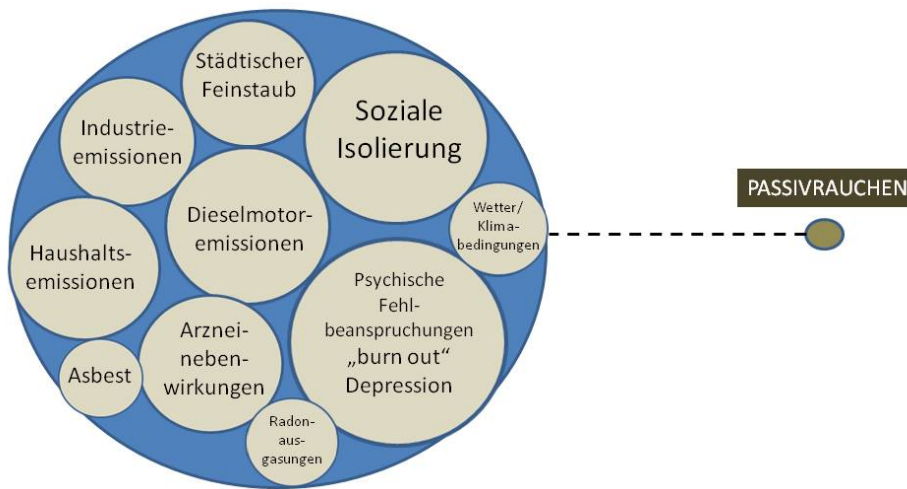


Abb. 1:
Größenverhältnisse der Schadwirkungen als Erkrankungsfaktoren. Grafisch gewichtet dargestellt. Faktoren, die gleichzeitig mit Passivrauchen einwirken und bei der gesamten wissenschaftlichen Bewertung der Ursächlichkeit unberücksichtigt blieben.

Abb.: 1a

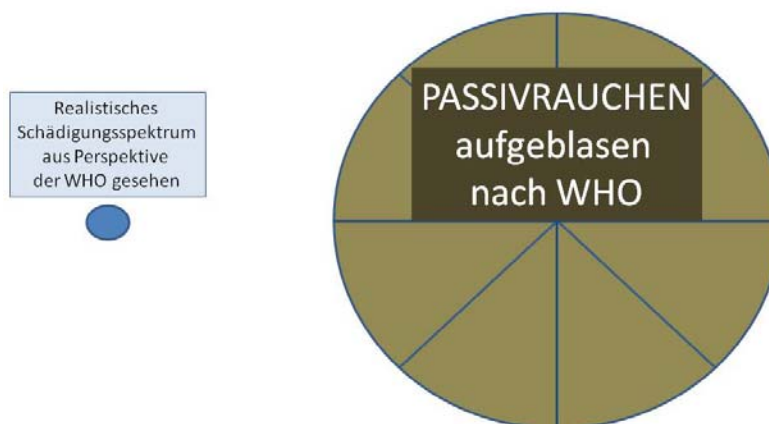


Abb.: 2

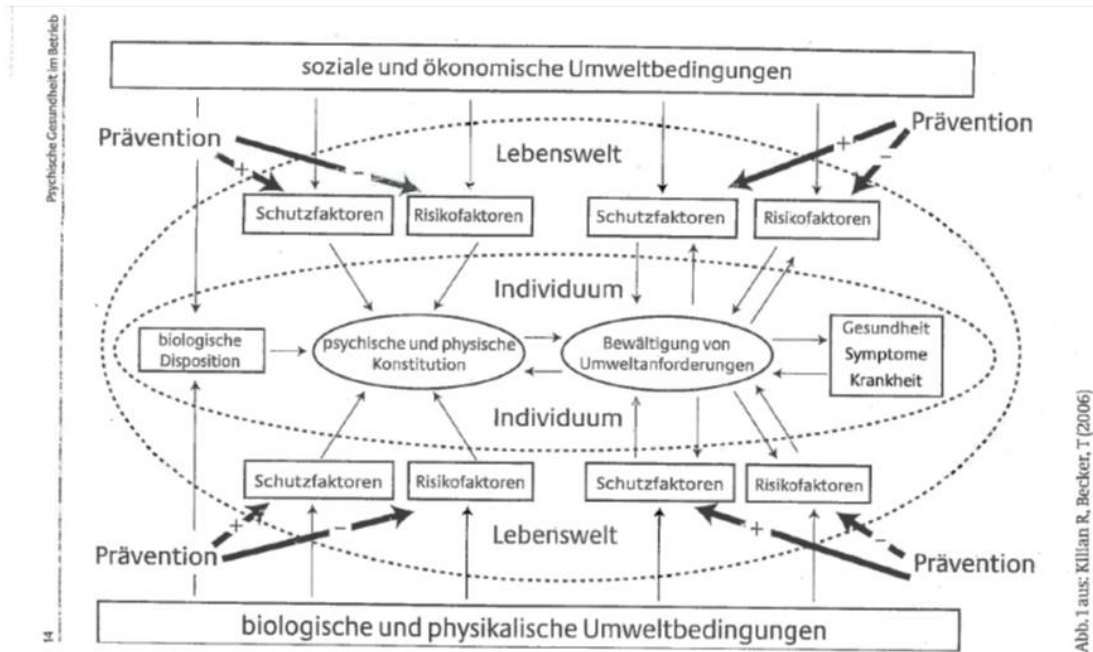


Abb.: 2
Der Lebenswirklichkeit entspricht auch die vom Arbeitsministerium dargestellte Komplexität der Umweltbedingungen. Hier die Risiken einzelner stofflicher oder nichtstofflicher Elemente als alleinige Ursache kausal zuzuordnen, ist schon vom Prinzip her ausgeschlossen.

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales. „Psychische Gesundheit im Betrieb“ – Arbeitsmedizinische Empfehlung



Literatur

1. Grieshaber R. 2012. Passivrauchen – Götterdämmerung der Wissenschaft. Verlag PubliKomZ Kassel. ISBN 978-3-00-037605-4
2. Wichmann H.-E. et al. 1997. Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben: Lungenkrebsrisiko durch berufliche Exposition. GSF-EP 8/97