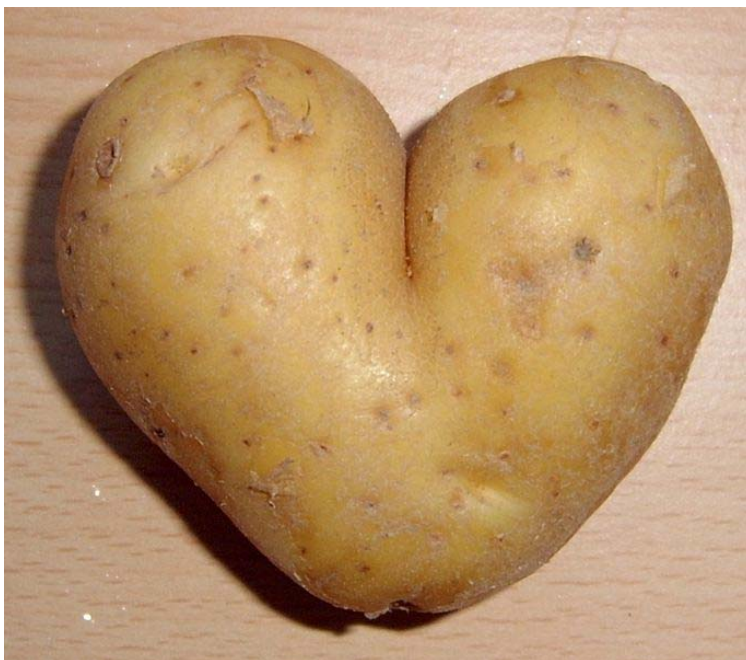


Das Infarktwunder

Die Mär
von Rauchverboten und weniger Herzinfarkten



The scientific standards
of the tobacco control movement
are rapidly crumbling.
And the ethical standards
don't seem to be that far behind.

Die wissenschaftlichen Standards
der Tabak-Kontroll-Bewegung
sind in raschem Verfall.
Und die ethischen Standards
scheinen dem dicht zu folgen.¹

Professor Michael Siegel,
Tabakkontroll-Aktivist

¹ <http://tobaccoanalysis.blogspot.com/2007/11/new-data-from-scottish-national-health.html>

Das Infarktwunder

Die Mär von Rauchverboten und weniger Herzinfarkten

Inhalt

Die Infarkt-Wunder	4
Das Wunder von Schottland	7
Schottland – die ganze Geschichte	8
Entwöhnungshilfe?	14
Die Scharfschützen	17
Exkurs: Professor Siegel	18
Entweder – Oder	20
Helena	22
Zufall	24
Bowling Green	27
Der Gegenbeweis	29
Italien I	34
Italien II	35
Frankreich	37
Zum Schluss	40

Herausgegeben von

Netzwerk Rauchen – Forces Germany e. V.

info@netzwerk-rauchen.de | www.netzwerk-rauchen.de

Die Infarkt-Wunder

Wunderbares wird aus vielen Ländern und Gemeinden berichtet, in denen Rauchverbote in der Öffentlichkeit in Kraft traten: Sofort vermindert sich die Zahl der Herzkrankungen auf so dramatische Art und Weise, dass man aus dem Staunen nicht herauskommt.

Tatsächlich sind die Zahlen so wunderbar, dass sie an und für sich bei jedem Leser Zweifel wecken müssten.

Bevor einzelne Fälle besprochen werden, ist es nützlich, einige grundsätzliche Überlegungen und Fakten darzulegen und zu verinnerlichen:

1. Rauchverbote in der Öffentlichkeit führen nicht dazu, dass weniger geraucht wird!

Entgegen mancher Jubelmeldung, die dies behauptet, zeigt z. B. die amtliche Statistik des irischen Office of Tobacco Control, dass sich nach Einführung der sehr strikten Rauchverbote im Jahr 2004 weder die Zahl der Raucher noch die Zahl der gerauchten Zigaretten vermindert hat.

Die obere Grafik zeigt den Raucheranteil in den verschiedenen Altersklassen, die untere Grafik gibt an, wie sich die Verhältnisse der verschiedenen Konsum-Kategorien (starker/mäßiger/schwacher Raucher) entwickelt haben.

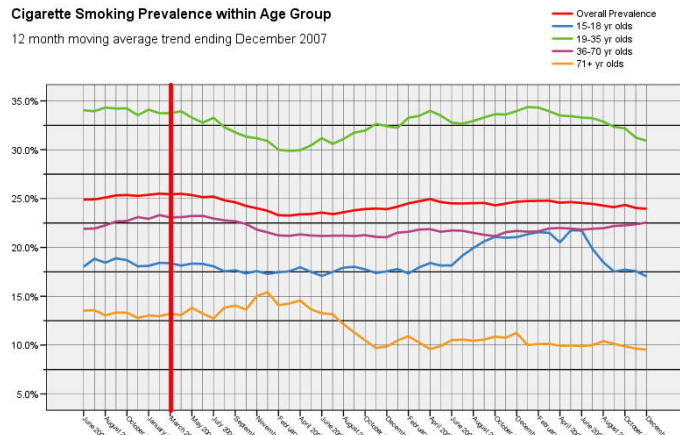
Alles, was man sieht, sind minimale statistische Schwankungen, insgesamt haben sich die Anzahl der Raucher und ihre Rauchgewohnheiten seit dem Rauchverbot (roter Balken) nicht im Geringsten geändert.

2. Selbst wenn Raucher ihren Konsum reduzieren, hat dies praktisch keinen Einfluss auf ihre Infarktgefährdung – behauptet jedenfalls die Tabakkontrolle!

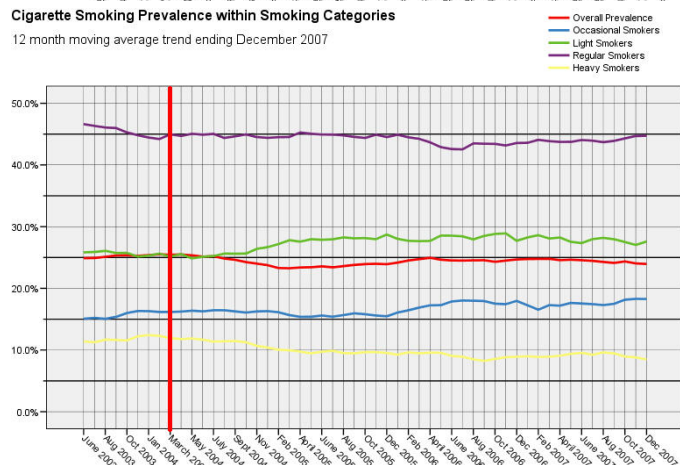
Das Deutsche Ärzteblatt meldete am 28. November 2006:

*Studie: Wenig rauchen reduziert Erkrankungsrisiko langfristig nicht
London – Auch wer seinen Zigarettenkonsum senkt, verringert damit das Risiko schwerer Erkrankungen oder eines frühzeitigen Todes langfristig nicht. Dies ist das Ergebnis einer Langzeitstudie aus Norwegen, die am Dienstag im Fachblatt Tobacco Control (2006; 15: 472-480) der British Medical Association (BMA) veröffentlicht wurde. In der zwei Jahrzehnte laufenden Untersuchung mit rund 50.000 Teilnehmern waren Männer, die ihren Tabakkonsum mehr als halbierten, genauso anfällig für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Durchblutungsstörungen und Krebs wie Raucher, die weiter ihr bisheriges Pensum rauchten. Ein überraschendes Ergebnis lieferte die Studie bei Frauen: Frauen, die die Zahl der täglich gerauchten Zigaretten verringerten, waren sogar in höherer Gefahr, vorzeitig zu sterben.*

Cigarette Smoking Prevalence within Age Group
12 month moving average trend ending December 2007



Cigarette Smoking Prevalence within Smoking Categories
12 month moving average trend ending December 2007



Die Qualität dieser Studie ist zwar höchst zweifelhaft, auch gibt es für die Erhöhung des Sterberisikos bei Frauen, die weniger rauchten, keine plausible Erklärung, doch sie kann wohl trotzdem als Beleg dafür angesehen werden, dass die wenigen Zigaretten, die Raucher ‚einsparen‘, weil ihnen in Gaststätten das Rauchen verboten wird, nach Ansicht der Prohibitionisten keinen Einfluss auf die Gesundheitsstatistik haben sollen. Das Argument »Durch Verbote werden Raucher geschützt«, dürften sie so gesehen also gar nicht verwenden.

Damit blieben als einzige Zielgruppe für die Verminderung der Infarktrate nur die Nichtraucher übrig, die Gaststätten besuchen.

3. Nur der geringste Teil der »Passivrauchbelastung« geht auf das Rauchen in der Öffentlichkeit zurück

Das erschließt sich schon daraus, dass Menschen sich gewöhnlich nur sehr begrenzte Zeit an öffentlichen Orten aufhalten.

Während der nichtrauchende Partner oder die Kinder rauchender Eltern den größten Teil ihrer Zeit in verrauchten Räumen zubringen und Nichtraucher, an deren Arbeitsplatz immer noch geraucht wird, immerhin theoretisch bis zu 40 Stunden pro Woche in Kontakt mit Passivrauch kommen könnten, bemisst sich die Zeit, in der ein Nichtraucher sich in der Öffentlichkeit – damit ist hier gemeint: in Gaststätten – in rauchgeschwängelter Umgebung aufhält, selbst bei eifrigen Gaststättenbesuchern nach wenigen Stunden pro Monat. Wenn sich jemand pro Woche zwei Stunden lang in einer Kneipe aufhält, dann ist er nur 1 Prozent seiner Zeit dort.

Auch die Anzahl der Personen, die betroffen sind, legt nahe, dass Rauchverbote in der Öffentlichkeit nur sehr wenig an der Gesamtbelastung ändern.

Zwar werden im Bundesgesundheitsurvey 1998 folgende Zahlen veröffentlicht:

Ort der Passivrauchexposition	Prozent der erwachsenen Be- völkerung, die betroffen ist
Zu Hause	14
Am Arbeitsplatz	22
In der Freizeit	45

Doch wird ausdrücklich betont: »Aussagen über das Ausmaß der Passivrauchbelastung lassen sich mit Daten des BGS 98 nicht treffen«.²

In der Erhebung wurde gefragt: ‚Halten Sie sich tagsüber oder abends häufiger in Räumen auf, in denen geraucht wird?‘ Diese Frage ist sehr unscharf und beinhaltet auch Räume, in denen vielleicht nur einmal pro Woche eine Zigarette geraucht wird. In der Freizeit zählen dazu auch Aufenthalte in fremden Privatwohnungen, in denen geraucht wird, also ist die Zahl 45 Prozent keineswegs mit dem Besuch von verrauchten Gaststätten gleichzusetzen.

Die Prozentzahlen wecken auch schon aufgrund ihrer Größe Zweifel.

Wer die Arbeitswelt kennt, weiß, dass schon im Jahr 1998 in den allermeisten Betrieben am eigentlichen Arbeitsplatz Rauchverbote galten. Allenfalls in Kantinen oder Aufenthaltsräumen durfte geraucht werden. Der Aufenthalt in solchen Räumen ist jedoch zeitlich sehr begrenzt und darf keinesfalls mit einer Belastung am Arbeitsplatz selbst gleichgesetzt werden. Eine dauernde Exposition über die ganze Arbeitszeit hinweg war schon damals nur für eine sehr viel geringere Anzahl von Arbeitnehmern gegeben und würde sich heute auch ganz ohne gesetzliche Rauchverbote sicher weit unter 10 Prozent bewegen.

2 Bundes-Gesundheitssurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland, Robert-Koch-Institut, ISBN3-89606-161-5

In der Freizeit ist ein belasteter Anteil von 45 Prozent der nichtrauchenden Bevölkerung in Bezug auf Gaststätten schon deshalb völlig unplausibel, weil nur 26 Prozent der Bevölkerung überhaupt in nennenswerter Weise Gaststätten aufsuchen, wie im Folgenden gezeigt wird:

4. Gaststättenbesuche verteilen sich sehr ungleich auf die Bevölkerung. Nur ein kleiner Teil besucht Gaststätten häufig.

Eine repräsentative Umfrage, die das Forschungsinstitut EMNID im Auftrag des Deutschen Hotel- und Gaststättenverbandes (DEHOGA) durchgeführt hat³, ergab folgende Daten:

Besuchshäufigkeit	Anteil	Kumulierter Anteil	relativer Anteil der Besuche	kumulierter relativer Anteil
täglich	8 %	8 %	71 %	71 %
1 x pro Woche	18 %	26 %	23 %	93 %
2,5 x pro Monat	20 %	46 %	5 %	98 %
2,5 x pro Quartal	2 %	48 %	0 %	99 %
2,5 x pro Jahr	23 %	71 %	1 %	100 %
Nie	29 %	100 %	0 %	100 %

Es ist eine bekannte Tatsache, dass gerade die häufigen Gaststättenbesucher überwiegend Raucher sind. Dadurch reduziert sich der Anteil der Nichtraucher, die in der Gastronomie möglicherweise relevanten Mengen Passivrauch ausgesetzt sind, noch weiter. Zudem ist die Rauchbelastung höchst unterschiedlich: Im Cafe, in dem sich ältere Damen am Nachmittag treffen, wird zwar die eine oder andere Zigarette geraucht, doch es wäre unsinnig, hier von einer nennenswerten ‚Passivrauchbelastung‘ zu sprechen.

Damit reduziert sich auch hier der Kreis der betroffenen Personen auf einen Anteil, der nicht höher, wahrscheinlich aber sogar deutlich unter dem mit häuslicher Exposition ist.

Fazit

Obwohl die Daten zu unscharf sind, um quantitative Prognosen zuzulassen, kann doch folgende Einschätzung gewagt werden:

Selbst wenn ALLE Herzerkrankungen von Nichtrauchern AUSSCHLIESSLICH auf Passivrauch zurückzuführen wären, könnten Rauchverbote in der Öffentlichkeit die Rate der Herzerkrankungen dennoch HÖCHSTENS um 1 Prozent senken.

Es ist natürlich Unsinn, anzunehmen, dass tatsächlich alle Herzerkrankungen nur durch Tabakrauch verursacht würden. Selbst wenn man epidemiologischen Untersuchungen dazu Glauben schenken mag⁴, ist das Risiko für Raucher nicht sehr hoch und für »Passivraucher« schon praktisch nicht mehr wahrnehmbar.

Deshalb muss eine realistische Prognose lauten:

Rauchverbote in der Öffentlichkeit sind NICHT geeignet, die Zahl der Herzerkrankungen merklich zu senken. Sie haben aller Voraussicht nach keinerlei Einfluss auf die Erkrankungs- und Mortalitätsstatistik.

Auf diese Thematik wird später noch ausführlicher eingegangen.

5. Herzerkrankungen unterliegen einer starken, natürlichen Fluktuation.

Es ist allgemein bekannt, dass Infarkte unter anderem sehr stark vom Klima abhängen. Schwüle, heiße Sommer begünstigen Herzerkrankungen ebenso sehr wie trübes, depressiv stimmendes Wetter oder grassierende Erkältungskrankheiten im Winter.

³ <http://www.abseits.de/cltv2.htm>

⁴ Weshalb man dies nicht tun sollte, kann ausführlich bei uns nachgelesen werden. Netzwerk Rauchen (Hg.): Heiße Luft, 2007, http://www.netzwerk-rauchen.de/documents/Heisse_Luft_fin.pdf

Deshalb ist innerhalb eines Jahreslaufs, aber auch von Jahr zu Jahr, mit starken Schwankungen der Erkrankungs- und Todesraten zu rechnen.

Sinkende Infarkttraten können also nur dann als positive Folge von Rauchverboten gewertet werden, wenn andere Ursachen ausgeschlossen werden können. Gerade in der Lifestyle-Epidemiologie werden Untersuchungen – unseriöserweise – aber oft auch dann monokausal angelegt, wenn unzweifelhaft eine Vielzahl von möglichen Ursachen besteht.

Was ist dann von solchen Meldungen zu halten:

Das Wunder von Schottland⁵

Nach dem Rauchverbot in Schottland ist die Zahl der Herzinfarkte spektakulär gesunken. ...

In schottischen Pubs und andere öffentlichen Räumen herrscht seit Januar 2006 totales Rauchverbot. Der gesundheitliche Effekt versetzt sogar Experten ins Staunen: Seitdem der Qualm verbannt ist, sank die Zahl der Herzinfarkte unter den Rauchern um 17 Prozent – unter den Nichtraucherern sogar um 20 Prozent ...

Das ermittelten Forscher der Universität Glasgow, als sie die Zahl der Herzinfarkte in den neun Monaten vor und nach dem Rauchverbot verglichen. Waren in den sechs großen schottischen Herzkliniken neun Monate vor Startschuss der Verordnung 3.235 Menschen aufgrund eines Infarkts behandelt worden, wurden von Januar bis September 2006 nur noch 2.684 Patienten mit dieser Diagnose eingeliefert. „Nach einem Rauchstopp sinkt das Risiko für Herzinfarkt innerhalb eines Jahres“, bestätigt Annette Peters vom Institut für Epidemiologie des Forschungszentrums für Umwelt und Gesundheit im Gespräch mit FOCUS Online. Auch Untersuchungen aus anderen Teilen der qualmbefreiten Welt lassen aufhorchen: Am eindruckvollsten waren Beobachtungen, die Forscher der University of California in der US-amerikanischen Stadt Helena machten: Nach einem strikten Rauchverbot in der Öffentlichkeit verzeichneten die Wissenschaftler 40 Prozent weniger Herzinfarkte.

Sehen wir uns einmal einige der »Wunder« an und ergründen nach und nach, wie sie zustande kommen:

The screenshot shows a news article from FOCUS ONLINE. The main headline is "Das Wunder von Schottland" with a sub-headline: "Nach dem Rauchverbot in Schottland ist die Zahl der Herzinfarkte spektakulär gesunken. Hinter dem wundersamen Effekt könnten niedrigere Feinstaubwerte in Pubs & Co. stecken." Below the headline is a small image of a pub interior with a glass of beer and a cigarette. The article text is partially visible, mentioning that since the ban on smoking in public places in Scotland in January 2006, the number of heart attacks among smokers has decreased by 17% and among non-smokers by 20%.

5 FOCUS online, 17.09.2007

Schottland – die ganze Geschichte

Das hatte man sich in Schottland vom Rauchverbot erhofft⁶:

Die schottische Gesundheitsstudie von 1998 zeigt den Anteil derjenigen Erwachsenen, die Passivrauch ausgesetzt sind.

Ort	Exponierte Nichtraucher
Alle Orte	64 %
Nur Arbeitsplatz	4 %
Nur Gaststätten	10 %
Arbeitsplatz und Gaststätten	3 %

Dies legt nahe, dass ein Rauchverbot nur am Arbeitsplatz, mit einer Ausnahme für Pubs, nur 4 Prozent der Bevölkerung zusätzlich vor Passivrauch »schützen« könnte, während ein Rauchverbot an Arbeitsplätzen und in Pubs 17 Prozent der Bevölkerung betrafe.

Also: Nur 17 Prozent der Bevölkerung können überhaupt von dem Rauchverbot vermeintlich »profitieren«. Doch dann sollen, laut der Wunder-Studie, angeblich 17 Prozent aller Infarkte durch das Rauchverbot verhindert worden sein.

Also wären ALLE Infarkte AUSSCHLIESSLICH auf Passivrauch-Exposition zurückzuführen?

Das ist mehr als unglaublich, es ist UNMÖGLICH! Schon der gesunde Menschenverstand sagt: Diese »Schlussfolgerung« ist Müll!

Was steckt dahinter?

Die Studie wurde nie verifiziert, die Daten nie veröffentlicht: Es gab nur eine ominöse Pressemitteilung. Wissenschaftlich eine Unsitte, da so keine umfassende Auseinandersetzung mit der Untersuchung möglich ist.

Einige Zeilen Text mit dem Absender »Universität Glasgow« lösten eine weltweite Welle der Berichterstattung aus, die alle Medien erfasste und Politiker in vielen Ländern zu euphorischen Statements verführte.

KEINER dachte daran, sich auch nur wenige Minuten lang kritisch mit dem Dokument zu befassen!

Als bald darauf die wahren, amtlichen Statistiken⁷ für die Zeit vor und nach dem Rauchverbot zur Verfügung standen, platzte die Blase schnell: Es gab gar kein besonderes Sinken der Zahlen!

Das ganze war ein ausgemachter Schwindel!

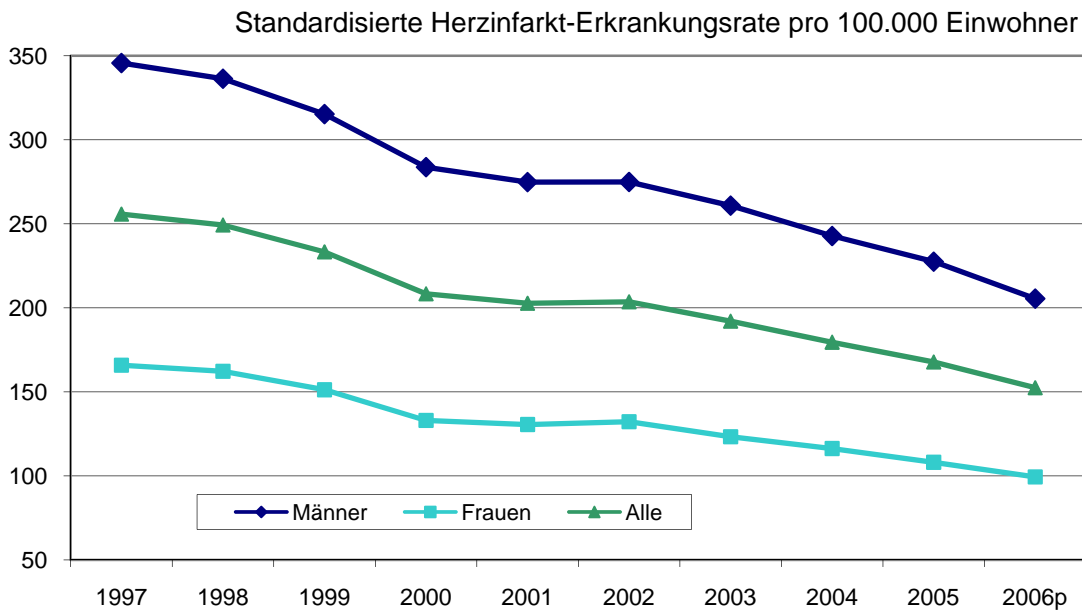
Hier sind die Daten der schottischen Gesundheitsbehörde⁸:

6 Regierungsdokument: THE SMOKING, HEALTH AND SOCIAL CARE (SCOTLAND) ACT 2005 (PROHIBITION OF SMOKING IN CERTAIN PREMISES) REGULATIONS 2005: DRAFT ANNEX C: Draft Regulatory Impact Assessment

7 Information Services, NHS National Services Scotland, (Nationale Gesundheitsbehörde)

8 Acute Myocardial Infarction Table IC4 : Trends in incidence 1997 – 2006

Numbers of incident cases, with crude and age-sex standardised incidence rates, by age, sex, council area and year ending 31 December



Man erkennt deutlich: Im Jahr 2006, also dem ersten Jahr des Rauchverbots, sank die Zahl der Krankenhauseinweisungen aufgrund von Herzerkrankungen zwar ab, doch diese Senkung folgt einem Trend, der schon viele Jahre bestand und ist daher keineswegs ungewöhnlich.

Dies fand auch die BBC heraus, am 14. November 2007 erschien ein Artikel, der den Schwindel aufdeckte:

Wenige zweifelten die Studie an, als sie vor zwei Monaten erschien. Politiker trompeteten die Zahlen als Rechtfertigung für die Rauchverbote hinaus. Journalisten taten es ihnen gehorsam nach. Die packendste Erkenntnis war, dass der Effekt bei Nichtrauchern sogar größer war als bei Rauchern, was nahe legte, dass Passivrauch oft die Schuld an Infarkten hat.



The facts in the way of a good story

It looked like a vindication of the smoking ban in Scotland - in little more than a year, the heart attack rate had been cut by almost a fifth. But look at official figures, says Michael Blastland, and it just doesn't stack up.



Nun, vor einer Woche, wurden mit viel weniger Fanfarenklängen die amtlichen Routine-Statistiken veröffentlicht. Diese zeigen ebenfalls eine Verminderung der Infarkte nach dem Rauchverbot, aber keine 17 Prozent, sondern weniger als die Hälfte, ungefähr 8 Prozent. Darüber hinaus liegen diese Zahlen in einem langfristigen Trend, Infarkte vermindern sich seit etlichen Jahren stetig. In den vorangegangenen Jahren fielen sie um 5,1 %, 4,7 % und 5,7 %. Obwohl also der Rückgang nach dem Rauchverbot größer ist als vermutet werden konnte, ist der Gewinn mit nur drei oder vier Prozentpunkten weit von den proklamierten 17 Prozent entfernt. Und selbst ein Rückgang um 8 Prozent ist nicht beispiellos. Es gab einen anderen, größeren Rückgang zwischen 1999 und 2000, der sogar bei 11 Prozent lag. ...

Schottlands stellvertretender Gesundheitsminister, Peter Donnelly, sagte im September, als die Studie veröffentlicht wurde: "Eine der wichtigsten Erkenntnisse ist die Verminderung der Infarkte. Wir glauben, dass das Rauchverbot einen wesentlichen Teil dazu beigetragen hat." ...

Solche Postulate sind faktisch eindeutig schädlich. Sie überschatten das, was eigentlich eine gute Geschichte ist – die stetige und eindrucksvolle Verminderung der Infarktrate – mit Zankereien über das Rauchverbot.

Schlimmer noch: Dadurch könnten die wahren Ursachen für diesen Erfolg unbeachtet bleiben. ...

Die Studie wurde auf einer Konferenz in Edinburgh von einer Forschergruppe präsentiert, die sich StopIt (Study Of Public Place Intervention on Tobacco Exposure) nennt. Da weder die Daten noch die Studie je veröffentlicht wurden, ist es unklar, wie die Zahlen zustande kamen. Versuche, das Material einzusehen oder ein Gespräch mit dem Studienleiter zu führen, blieben unbeantwortet.

Welche Tricks wurden verwendet, um die Studie zu fälschen?

Jeder Epidemiologe müsste wissen, dass er nicht allein die nackten Zahlen vergleichen darf, sondern auch prüfen muss, welche möglichen anderen Ursachen es geben könnte. Die selbstverständlichste Prüfung ist die längerer Zeiträume, wie sie auf dem Diagramm der schottischen Gesundheitsbehörde gezeigt werden.

Zudem weiß jeder Statistiker, dass nicht jede Stichprobe das Gesamtbild adäquat wiedergeben kann. Die Einlieferungszahlen in »sechs großen schottischen Herzkliniken« können bestenfalls annähernd die Entwicklung im ganzen Land widerspiegeln.

Wie groß die möglichen Abweichungen durch eine Auswahl sein können, zeigt sich, wenn man die amtlichen schottischen Daten⁹ für alle Provinzen des Landes vergleicht:

Absolute Anzahl der Krankenhauseinweisungen aufgrund von Herzinfarkten:

	2002	2003	2004	2005	2006	% Differenz 2005-2006
Aberdeen City	490	480	502	499	438	-14 %
Aberdeenshire	505	524	551	472	496	5 %
Angus	374	327	326	285	207	-38 %
Argyll & Bute	259	261	277	242	224	-8 %
Edinburgh	871	869	771	766	742	-3 %
Glasgow	1766	1706	1448	1413	1263	-12 %
Clackmannanshire	127	129	133	118	84	-40 %
Dumfries & Galloway	384	376	335	293	274	-7 %
Dundee	477	397	383	342	228	-50 %
East Ayrshire	356	367	363	305	293	-4 %
East Dunbartonshire	248	237	215	222	210	-6 %
East Lothian	251	184	201	189	171	-11 %
East Renfrewshire	223	208	205	185	181	-2 %
Eilean Siar (Western Isles)	84	85	64	57	70	19 %
Falkirk	457	388	391	315	322	2 %
Fife	844	777	828	745	700	-6 %
Highland	545	502	488	472	480	2 %
Inverclyde	296	237	221	170	176	3 %
Midlothian	201	166	141	178	142	-25 %
Moray	226	214	210	206	211	2 %
North Ayrshire	415	389	376	347	322	-8 %
North Lanarkshire	951	892	842	757	740	-2 %
Orkney Islands	66	57	54	66	53	-25 %
Perth & Kinross	342	366	332	322	297	-8 %
Renfrewshire	438	455	368	392	330	-19 %

9 Information Services, NHS National Services Scotland: Acute myocardial infarction, Table IC4, Trends in Incidence

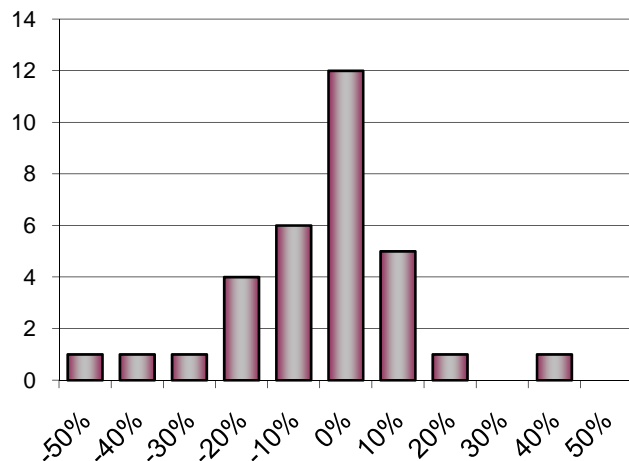
	2002	2003	2004	2005	2006	% Differenz 2005-2006
Scottish Borders	261	273	256	331	274	-21 %
Shetland Islands	63	46	37	28	42	33 %
South Ayrshire	338	372	367	306	285	-7 %
South Lanarkshire	920	845	793	782	731	-7 %
Stirling	210	184	193	182	147	-24 %
West Dunbartonshire	260	308	287	312	264	-18 %
West Lothian	322	305	316	332	292	-14 %
	15572	14929	14278	13636	12695	-7 %

Man erkennt mühelos: Die Daten zeigen zwischen den Jahren 2005 (vor dem Rauchverbot) und 2006 (nach dem Rauchverbot) Differenzen zwischen +33 % und -50 %. So groß ist also in diesem Fall die Streuung!

Selbst wenn die Infarktzahlen WIRKLICH insgesamt um 20 Prozent oder 30 Prozent zurückgehen, können wir dies mit einer statistischen Auswahl oder Stichprobe von nur einigen Krankenhäusern gar nicht nachweisen, weil der Streubereich zu groß ist.

Dies lässt sich mathematisch präzisieren.

Das Diagramm rechts zeigt, wie häufig bestimmte Veränderungen der Infarktzahlen in den 32 schottischen Provinzen waren. Es ist das Bild einer »Normalverteilung«, wie sie für zufällige Streuungen typisch ist. Deshalb lassen sich mit statistischen Formeln Vorhersagen machen¹⁰.



In unserer Tabelle beträgt die sogenannte »Standardabweichung«¹¹ der gefundenen Differenzen 16 Prozent. Daraus lässt sich ableiten, dass das Ergebnis für eine Stichproben-Provinz mit 95prozentiger Wahrscheinlichkeit in einem Bereich von +25 % und -40 % liegt.

Wenn demnach die Zahl der Infarkterkrankungen, wie in der Studie ermittelt, um 17 Prozent bzw. 20 Prozent sinkt, und diese Zahlen aus einer ähnlichen Stichprobe ermittelt wurden, sind die Daten völlig wertlos, selbst wenn sie richtig sind und ehrlich ermittelt wurden.

Das weiß jeder Statistiker, jedem Epidemiologen sollte das so gewärtig sein wie das kleine Einmaleins.

Deshalb gibt es nur eine plausible Erklärung für die Veröffentlichung der Pressemitteilung, die dann durch alle Zeitungen ging:

Es handelte sich um vorsätzlichen Betrug, ausgeführt von einer Anti-Raucher-Organisation.

¹⁰ Im Kapitel ‚Zufall‘ können Sie später noch näheres über diese Gesetzmäßigkeiten erfahren.

¹¹ Die Standardabweichung ist ein mathematischer Wert, der Auskunft darüber gibt, wie groß die zu erwartende Streuung zufälliger Stichproben um den Mittelwert der Stichproben ist. Der wahre Wert, den man ja eigentlich sucht, befindet sich mit 95 %iger Sicherheit irgendwo in einem ‚Konfidenzintervall‘, der sich über +/- 2 Standardabweichungen rund um den Mittelwert erstreckt.

Genau so gut könnten wir, das Netzwerk Rauchen, eine Auswahl treffen, zum Beispiel diese hier: Sechs Provinzen, recht gleichmäßig über das Land verteilt, die immerhin etwa 12 Prozent der Gesamtbevölkerung repräsentieren!

Auswahl	2002	2003	2004	2005	2006	% Differenz 2004-2005	% Differenz 2005-2006
Aberdeenshire	505	524	551	472	496	-17 %	+5 %
Eilean Siar (Western Isles)	84	85	64	57	70	-12 %	+19 %
Falkirk	457	388	391	315	322	-24 %	+2 %
Highland	545	502	488	472	480	-3 %	+2 %
Inverclyde	296	237	221	170	176	-30 %	+3 %
Shetland Islands	63	46	37	28	42	-32 %	+33 %
Summe:	1950	1782	1752	1514	1586	-16 %	+5 %

Gibt es Einwände gegen diese Wahl?

Natürlich! Das sind die sechs Provinzen, die die schlechtesten Differenzen zwischen den Jahren 2005 und 2006 hatten.

Doch wer weiß das? Nur der Autor, der die Studie macht.

Wer prüft das, wenn nur eine Pressemitteilung auf den Tisch flattert? Niemand. Denn in der Pressemitteilung wird das natürlich verschwiegen.

Und nun wird es Zeit, diese Daten in einen markigen Zeitungsartikel zu verwandeln, z. B. so:

Die Katastrophe von Schottland

Nach dem Rauchverbot in Schottland ist die Zahl der Herzinfarkte spektakulär angestiegen.

In schottischen Pubs und anderen öffentlichen Räumen herrscht seit Januar 2006 totales Rauchverbot.

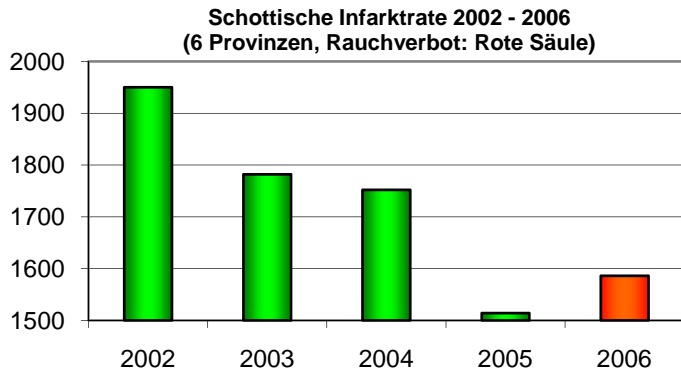
Doch statt dass sich die Gesundheit der Bevölkerung, wie von vielen erhofft und prophezeit, verbesserte, ereignete sich eine Katastrophe, die die Experten entsetzt:

Die Zahl der Infarkte ging vor dem Rauchverbot in den Jahren 2002 bis 2005 kontinuierlich von 1.950

auf 1.514 Fälle zurück, wobei allein zwischen den Jahren 2004 und 2005, also direkt vor dem Rauchverbot, eine Verminderung um 16 Prozent erreicht werden konnte. Doch seitdem kein aromatischer Tabakduft mehr durch die schottischen Pubs zieht, stieg die Infarkthäufigkeit wieder um 5 Prozent an!



Rauchverbote zeigen negative Wirkung: Infarkte in Schottland nehmen zu



Das ermittelten Forscher des Netzwerks Rauchen, als sie die Zahlen von 6 verschiedenen schottischen Provinzen auswerten.

Ihr Urteil: Damit wurde erwiesen, dass Rauchverbote schädlich für die Gesundheit sind und das Risiko für Infarkterkrankungen dramatisch erhöhen.

Nun, wir KÖNNTEN es so machen. Mit richtigen, WAHREN Zahlen hätten wir dann ein RICHTIGES, aber genau entgegengesetztes, Ergebnis!

Dennoch wäre es eine vorsätzliche Fälschung. Denn die Auswahl wäre in betrügerischer Absicht getroffen worden.

Solche Fälschungen überlassen wir anderen, in der Hoffnung und Gewissheit, dass die kurzen Beine dieser Lügen die Prohibition letztendlich zu Fall bringen werden.

Wer jedoch als Politiker glaubt, es sei vorteilhaft, mit solchen Märchen zu hausieren, sollte sich an *Schottlands Gesundheitsministerin Shona Robison* ein warnendes Beispiel nehmen, denn die prahlte:

Diese eindrucksvolle Forschungsarbeit zeigt die Wohltaten des schottischen Rauchverbots auf der Weltbühne. Ich bin entzückt, dass Gesundheitsexperten aus der ganzen Welt nach Edinburgh kamen, um aus erster Hand zu erfahren, welche Wohltaten das Verbot der Nation brachte!¹²

Tja, da hat sie wohl Anlauf genommen, um mit beiden Füßen gleichzeitig ins Fettnäpfchen zu springen!

Für *Sabine Bätzing*, SPD-Politikerin und Drogenbeauftragte der Bundesregierung, kommt diese Warnung allerdings zu spät. In einem Interview der Nachrichtenagentur ddp äußerte sie am 26. Dezember 2007, also lange, nachdem diese Studie bereits als Lüge entlarvt war:

Bätzing argumentierte weiter, dass durch das Rauchverbot die Zahl der gerauchten Zigaretten zurückginge. »Zigaretten, die nicht in der Kneipe konsumiert werden, holt man nicht nach.« Dies wirke sich laut Studien auch günstig auf die Folgeerkrankungen des Rauchens aus. So sei die Zahl der Herzinfarkte in Schottland und Irland nach Einführung der Nichtraucherchutzgesetze messbar zurückgegangen. »Wenn man das auf Deutschland überträgt, würden wir 40.000 Herzinfarkte weniger haben.«

3.301 Passivrauchtote insgesamt oder ein Minus von 40.000 Herzinfarkten, weil in der Kneipe ein paar Zigaretten weniger geraucht werden – wo ist da der Unterschied? Für die Drogenpolitik von Frau Bätzing sind solche Zahlen wohl gut genug ...

¹² University of Glasgow, University news, 10. September 2007

Entwöhnungshilfe?

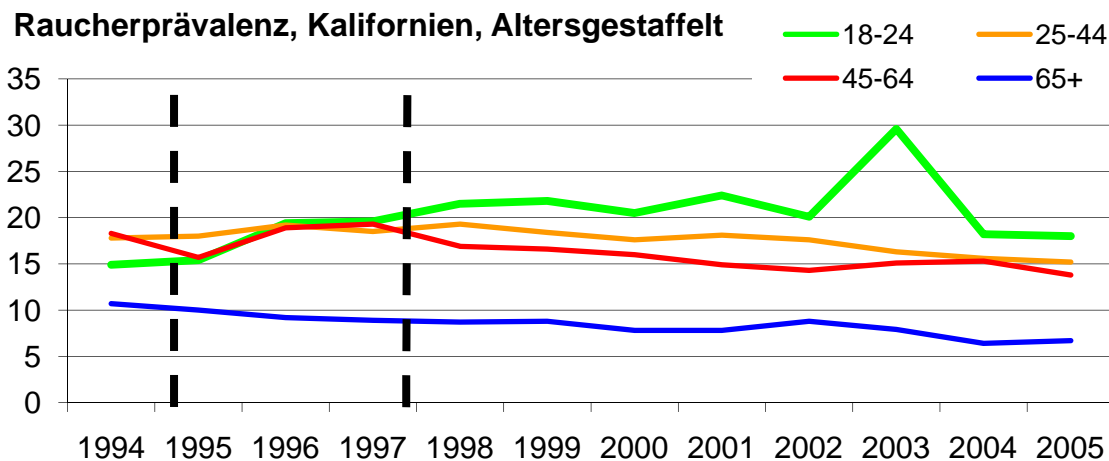
Wenn Verbote den Nichtraucherern nicht helfen, könnten sie aber doch den Rauchern beim Aufhören »helfen« – ein großes Anliegen der Tabakkontrolle.

In den Industrienationen sinken die Infarktraten stetig, aber auch die Zahl der Raucher sinkt. Wenn das zusammenhinge, kann man ja doch von einer Auswirkung der Verbotspolitik sprechen, denn dann sind nicht die kurzfristigen Schwankungen, sondern der lange, stetige Trend eine »Rechtfertigung«!

Diese Fragen verdienen nähere Beachtung, auch wenn sie nichts zur Ehrenrettung der »Sofortwirkungs«-Fälscher beitragen.

Kalifornien

Vorreiter der Tabakprohibition ist Kalifornien. Hier wurden die schärfsten Verbotsgesetze erlassen. Die Raucherprävalenz zeigte sich davon recht unbeeindruckt¹³:



Man erkennt, dass vor allem junge Menschen, also die wichtigste Zielgruppe, seit 1994 sogar wieder deutlich vermehrt zur Zigarette greifen.

Die Gastronomie-Rauchverbote der Jahre 1995 (Restaurants) und 1998 (Bars) zeigen nicht die geringste Resonanz!

Großbritannien

In Schottland war man wenigstens so ehrlich, offen zu sagen, warum man Rauchverbote wollte¹⁴:

Das Gesetz verbietet nicht das Rauchen, aber es wird dazu beitragen, das soziale Klima so zu ändern, dass Nichtrauchen zur Norm wird und es wird helfen, Rauchen als unpassend und als unsoziale, unerfreuliche Gewohnheit zu sehen. Dieser Druck wird wahrscheinlich die Zahl der konsumierten Zigaretten reduzieren, was wiederum zu einem Gesundheitsgewinn führt.

13 Quelle: California Department of Health Services, Tobacco Control Section, April 2006.

14 Health Committee Evidence Received for The Prohibition of Smoking in Regulated Areas (Scotland) Bill Submission by Steven Lawrie

Und man ist auch ehrlich genug, den Statistiken nicht zu sehr zu vertrauen:

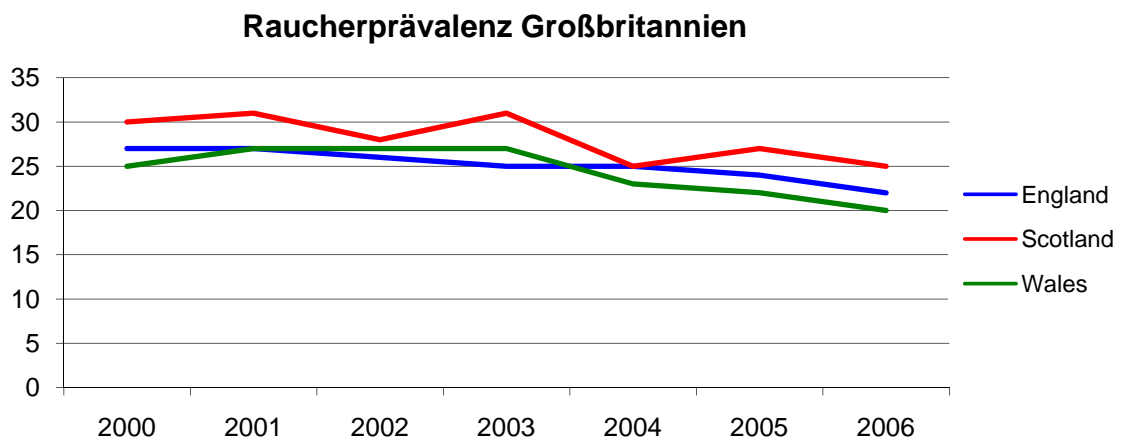
Die Zuverlässigkeit von Raucher-Schätzungen

Wie in früheren GHS (General Household Survey)-Erhebungen schon erwähnt, ist es wahrscheinlich, dass die Erhebungen sowohl den Konsum wie auch die Zahl der Raucher unterschätzen. Es gibt Beweise dafür, dass Raucher, wenn sie nach der Zahl der gerauchten Zigaretten befragt werden, die Tendenz haben, diese Zahl auf das nächste Vielfache von 10 abzurunden.

Vor allem junge Menschen tendieren dazu, nicht zuzugeben, dass sie Rauchen. Sie wollen ihre Privatsphäre schützen, vor allem, wenn sie im Elternhaus interviewt werden.

Es wird angenommen, dass diese falsch negativen Antworten im Lauf der Zeit konstant sind. Doch wenn die allgemeine Raucherprävalenz sinkt, ist diese Annahme nicht gerechtfertigt. Wenn Rauchen gesellschaftlich weniger akzeptiert wird, werden einige Menschen vermehrt dazu neigen, die Zahl der gerauchten Zigaretten bei einer Befragung zu niedrig anzugeben oder gar zu leugnen, dass sie überhaupt rauchen.

Die Daten sollten deshalb auch unter diesen Gesichtspunkten kritisch betrachtet werden¹⁵:



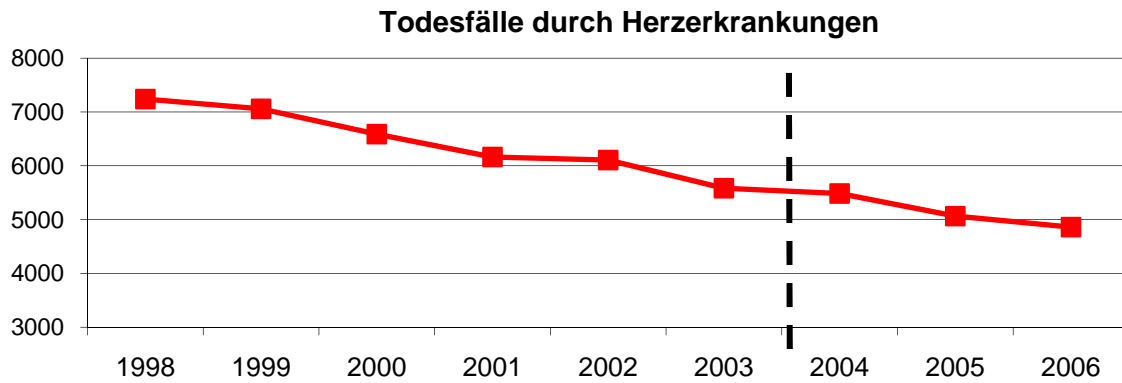
Gewiss, die Zahlen sinken im Jahr 2006 leicht. Doch das ist ein allgemeiner, langfristiger Trend. Man sieht ihn auch genau so in England und Wales, obwohl die erst 2007 ein Rauchverbot einführen. In Schottland zeigte das Rauchverbot im Jahr 2006 also keine besondere Wirkung. Und womöglich ist selbst die Senkung gar nicht real, weil die zunehmende Anti-Raucher-Propaganda die Menschen bei Umfragen zu falschen Angaben animiert.

Irland

Es ist fast überflüssig, zu erwähnen, dass auch in Irland versucht wurde, ein Infarkt-Wunder zu konstruieren.

Tatsächlich zeigt die Gesundheitsstatistik jedoch schon seit etwa 1985 einen stark sinkenden Trend bei Herzerkrankungen. Dieser Trend wurde durch das Rauchverbot im Jahr 2004 nicht im geringsten beschleunigt oder verbessert – im Gegenteil war die Abnahme der tödlichen Infarkte in diesem Jahr geringer als in anderen! Das hat natürlich nichts zu bedeuten, es zeigt nur, welche Macht der Zufall, die Fluktuation, auf Daten hat.

¹⁵ Quelle: General Household Survey.

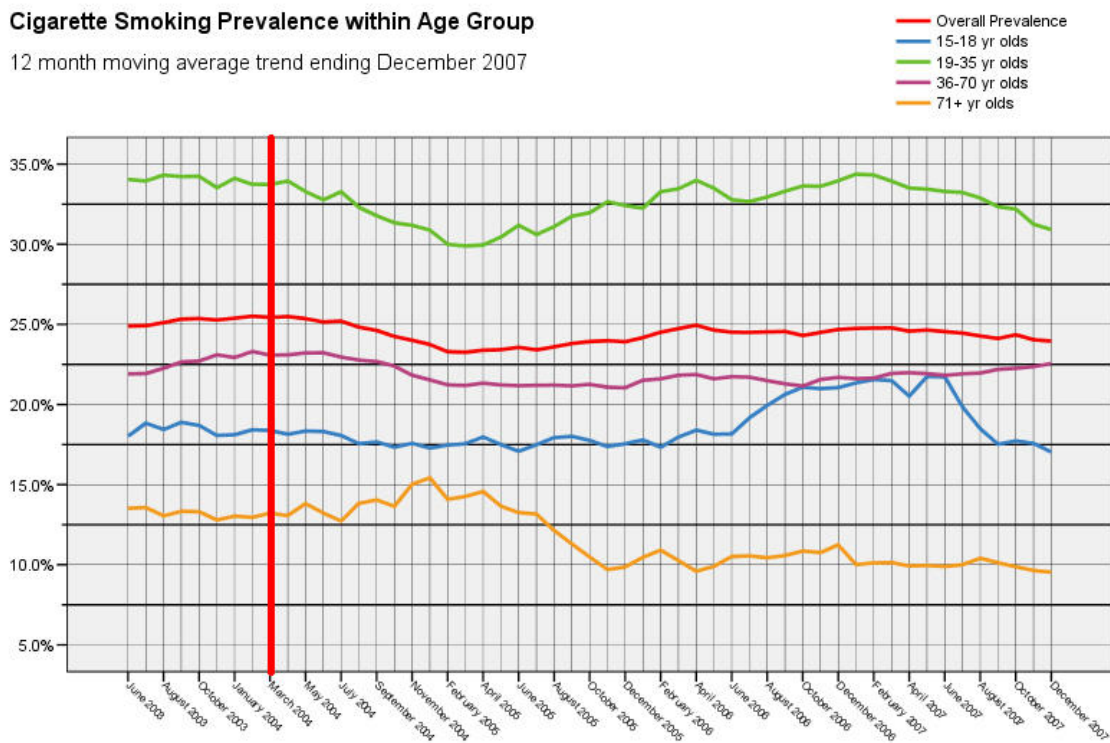


Quelle: Netzwerk Rauchen¹⁶

Doch Irland ist in anderer Hinsicht bemerkenswert. Als erstes europäisches Land, das strikte Verbote einfuhrte, zeigt es am deutlichsten die völlige Wirkungslosigkeit repräsentativer Gesetzgebung auf die Raucherprävalenz¹⁷:

Cigarette Smoking Prevalence within Age Group

12 month moving average trend ending December 2007



Im Mittel keinerlei Abnahme. Bei den Jüngsten sogar ein insgesamt zunehmender Trend. Auch die durchschnittliche Zahl der gerauchten Zigaretten nahm nach Angaben des Office of Tobacco Control nicht ab.

Dadurch ist bewiesen, dass es auch keinen ursächlichen Zusammenhang zwischen langfristigen Trends bei Infarkten und dem Tabakkonsum gibt.

Die Infarkte nehmen ab, obwohl NICHT weniger geraucht wird!

16 <http://netzwerk-rauchen.de/modules.php?name=News&file=article&sid=292>

17 Quelle: Office of Tobacco Control (Die irische Staatsbehörde, die für den Kampf gegen den Tabak zuständig ist). Übrigens ist Irland das einzige europäische Land, das nach einem Rauchverbot zeitnah und kontinuierlich präzise Daten über die Rauchgewohnheiten veröffentlicht. Die anderen Länder, die mit Rauchverboten folgten, haben aus diesem Fehler gelernt und veröffentlichten keine derartigen Statistiken.
Honi soit qui mal y pense ...

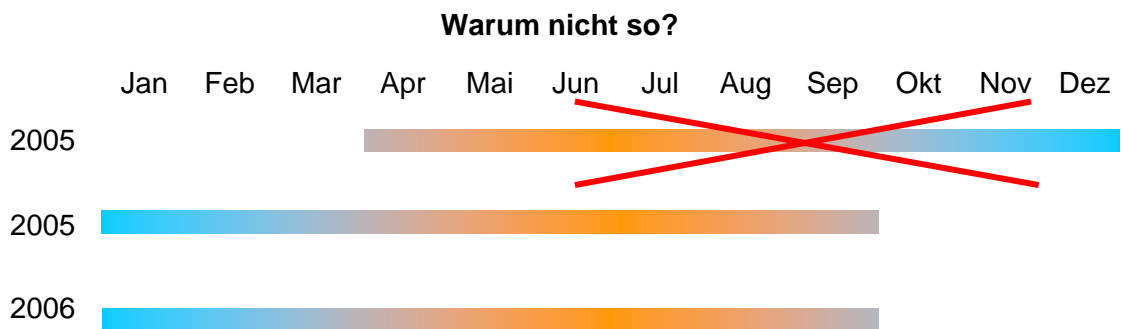
Die Scharfschützen

Wenn man gezielt ein Ergebnis sucht, das die eigenen Überzeugungen stützen soll, kann das Instrument der Statistik nicht nur bei Umfragen beliebig missbraucht werden:

Wenn Sie eine Statistik veröffentlichen wollen, weiß niemand, wie viele Berechnungsversuche Sie gemacht haben. Dadurch können Sie jedes beliebige Ergebnis erzeugen!

Die schottischen »Forscher« gaben an, ihre Daten bezögen sich auf »die sechs großen schottischen Herzkliniken«.

- Gibt es tatsächlich nur sechs? Wer definiert »groß«?
- Woher wissen wir, ob sie von Anfang an nur diese sechs Stück prüfen wollten? Kann es nicht sein (oder ist es nicht sogar, angesichts des erstaunlichen Resultats, höchst wahrscheinlich), dass sie auch 2, 4, 8, 10 oder 15 der »großen« Kliniken als Berechnungsgrundlage nahmen und dann das Ergebnis veröffentlichten, das am besten zu ihrem Propagandazweck taugte?
- Warum nahmen sie ausgerechnet den Zeitraum von 9 Monaten? Weil die Ergebnisse nach 3 oder 6 Monaten nicht gut genug waren?
- Warum haben sie nicht einfach noch 3 Monate gewartet, um ein ganzes Jahr zu betrachten? Weil sie dann keinen Vorsprung mehr vor der (richtigen!) amtlichen Statistik gehabt hätten?
- Warum verglichen sie den Zeitraum Januar 2006 bis September 2006 nach dem Rauchverbot mit dem Zeitraum April 2005 bis Dezember 2005 und nicht mit Januar 2005 bis September 2005, was viel plausibler und richtiger gewesen wäre?



Das wäre doch viel vernünftiger gewesen!

Man geht wohl nicht fehl, wenn man als plausible Erklärung eine gezielte Manipulation vermutet; das Rezept ist simpel: Dutzende Varianten sind möglich. Irgendeine von ihnen wird nahezu sicher ein signifikantes, »positives« Ergebnis haben. Die Kunst besteht darin, nur dieses eine, passende Ergebnis zu veröffentlichen und die anderen zu verschweigen.

Dieses wirkungsvolle Verfahren der Datenmanipulation kann man mit einem Scharfschützen vergleichen, der blindlings viele Schüsse auf ein Scheunentor abgibt und dann dort, wo sich zufällig Treffer häufen, nachträglich eine Zielscheibe aufmalt und prahlt, was für ein guter Schütze er doch sei.

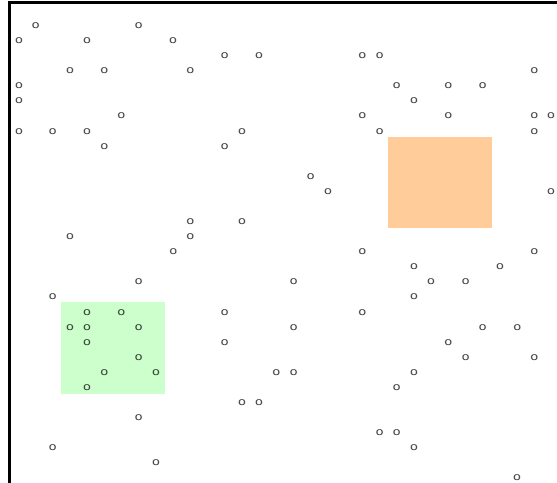
Eine Simulation zeigt den Effekt:

Dieses Raster wurde mit Hilfe eines Zufallsgenerators so gefüllt, dass durchschnittlich in einem Bereich von $6 \times 6 = 36$ Rasterpunkten 3 »Treffer« sind.

Die farbig hinterlegten Bereiche zeigen, welche Abweichungen möglich sind.

Ist unser Scharfschütze ein Versager, weil er im roten »Ziel« keinen einzigen Treffer hatte? Oder ein Meister, weil er im grünen »Ziel« 10 Treffer, also mehr als das dreifache des Durchschnitts, landen konnte?

Weder noch, denn die Ziele wurden nachträglich aufgemalt.



Doch wenn er NUR das grüne Ziel vorzeigt¹⁸?

Dann kann er lügen, dass sich die Balken biegen!

Und GENAU SO wird Anti-Raucher-Propaganda gemacht!



Exkurs: Professor Siegel

Prof. Michael Siegel, Boston University School of Public Health, betreibt seit Jahren einen Blog¹⁹, in dem er Lügen und Manipulationen der Tabakkontrolle, der er sich selbst zugehörig fühlt(e), entlarvt. Außerdem hat er das »Center of Public Accountability in Tobacco Control«²⁰ gegründet.

Prof. Siegel sieht sich in einer Mittelposition: Er unterstützt zwar die grundsätzlichen Ziele der Tabakkontrolle, findet aber, dass diese mittlerweile zu weit geht. Er fühlt sich wie bei einem Marathon: Er hört nach der Ziellinie auf zu laufen, weil er das Ziel erreicht sieht, alle seine Kollegen rennen weiter. (Im dazugehörigen Beitrag in seinem Blog rückt er die Tabakkontrolle in die Nähe der McCarthy-Verfolgungen.)

Sein Kommentar zu den derzeit modischen Infarkt-Studien²¹ ist lesenswert:

18 Diese Taktik der 'gezielten Datenauswahl' lässt sich auch anhand eines frappant einfachen Wahrsager-Tricks demonstrieren:

Der Wahrsager wettet, dass er den zukünftigen Bundesliga-Meister vorhersagen kann. Dazu schreibt er den Verein auf, versiegelt die Vorhersage in einem Brief und übergibt ihn zur Aufbewahrung einem Notar. Nach dem Endspiel wird der Brief dann geöffnet, um die Vorhersage zu prüfen.

Unmöglich? Es ist ein Kinderspiel!

Er übergibt nämlich dem Notar für JEDE Mannschaft so einen Brief. Nach dem Endspiel instruiert er ihn, nur den einen 'richtigen' auszuhändigen. Da der Notar aufgrund seiner beruflichen Schweigepflicht nicht offenbaren darf, welche und wie viele Briefe ihm übergeben wurden, ist das Wettverfahren narrensicher!

19 tobaccoanalysis.blogspot.com

20 www.tobaccocontrolintegrity.com

21 Michael Siegel, The Rest of the Story: Tobacco News Analysis and Commentary, 28.02.2008

Das wird wirklich immer verrückter und gerät außer Kontrolle. Die Tage der ernsthaften Tabak-Kontroll-Wissenschaft scheinen vorüber zu sein. Jetzt spielt nur noch die öffentliche Aufmerksamkeitswirkung eine Rolle. Dies scheint die Strategie zu sein:

- 1. Wenn irgendwo ein Rauchverbot in Kraft tritt, mache eine schnelle, schlampige Analyse der Infarkterkrankungen*
- 2. Da Infarkterkrankungen beinahe überall zurückgehen, kannst du ziemlich sicher sein, dass du auch einen Rückgang der Infarkterkrankungen nach dem Rauchverbot finden wirst.*
- 3. Veröffentliche deinen Fund und deine Schlussfolgerung sofort an die Presse.*
- 4. Warte mit der Pressemitteilung nicht, bis deine Ergebnisse durch Kollegen geprüft oder in Fachjournalen veröffentlicht wurden.*
- 5. Gib nicht bekannt, mit welchen Daten und welchen Methoden du zu deinem Ergebnis gekommen bist; damit machst du Kritik unmöglich.*
- 6. Wenn später herauskommt, dass deine Schlussfolgerung falsch war, weil du allgemeine Trends nicht berücksichtigt und zufällige Schwankungen als Beweis gewertet hast, oder wenn spätere Analysen deine Schlussfolgerungen widerlegen, dann macht das nichts! Denn deine Ergebnisse sind bereits überall verbreitet und wurden Teil des öffentlichen ‚Wissens‘ über die Gefahren des Tabaks.*

Deutlich äußerte sich Prof. Siegel auch in einem Interview mit FORCES International²²:

Das Problem ist, dass die Bewegung sich an einem gewissen Punkt von einer Public-Health-Perspektive hin zu einem Kreuzzug bewegt hat. [...] Wir haben nicht mehr versucht, den Rauch loszuwerden, sondern den Raucher loszuwerden. [...] Wenn man eine herausragende Position in einer Bewegung hat, wenn man sich als Teil einer Bewegung versteht, wenn man Dinge mit Leidenschaft tut, neigt man irgendwann dazu, Scheuklappen zu tragen.

[...] Ich merke, das ist eine religiöse Bewegung. Wenn man nicht alles glaubt, wenn man nicht 100 Prozent des etablierten Dogmas der religiösen Bewegung glaubt, wird man nicht als Teil dieser Bewegung betrachtet.

Eines der Dinge, die mich am meisten stören, ist die Heuchelei innerhalb der Tabakkontroll-Bewegung. [...]

Hier wird mit zweierlei Maß gemessen: Wenn die Tabakunternehmen etwas Irreführendes sagen, ist das schlimm. Es wird Klage eingereicht, man bringt sie vor Gericht und will sie bestrafen. Aber wenn eine Anti-Rauch-Gruppe etwas Unkorrektes sagt, heißt es einfach: Die tun das für einen guten Zweck, also sei es entschuldbar. [...] In der Bewegung gibt es das Haltung, dass das Ziel die Mittel rechtfertigt. Und ich glaube nicht, dass das wahr ist. [...]

Wenn ich die Macht hätte, würde ich gerne eine Tabakkontrollbewegung sehen, die zu den Wurzeln von Public Health zurückkehrt. Es wäre eine Bewegung, die erstens sehr hohe ethische Standards hat, die zweitens ehrlich ist und die Wahrheit über Wissenschaft erzählt und das korrekt der Öffentlichkeit kommuniziert, drittens die Rechte der Menschen bejaht, insbesondere das Recht auf Beschäftigung, und nicht Diskriminierung gegen irgendwelche Gruppen unterstützt, viertens alle Menschen respektiert und Raucher nicht als Feinde sieht, sondern als Teile der Bevölkerung und der Öffentlichkeit. Ich betone: Das ist Public Health. Wir dienen dem Volk. Solange Raucher zum Volk gehören, sind sie Teil des Publikums. Wir sind letztlich öffentlich Bedienstete, also dienen wir auch den Rauchern und nicht nur den Nichtrauchern. Ich hätte gerne eine Bewegung, die Ethik, Ehrlichkeit, wissenschaftliche Integrität, und Toleranz gegenüber allen Menschen respektiert.

²² Quelle: FORCES International Round Table (Audiomitschnitt), http://www.forces.org/Multimedia_Portal/index.php?selection=207, März 2008, (Exzerpt und Übersetzung: Netzwerk Rauchen <http://netzwerk-rauchen.de>, März 2008)

Entweder – Oder

Die tatsächliche Überzeugungskraft dieser Märchen ist begrenzt. Sie werden nicht eigentlich akzeptiert, sondern hingenommen. Die Propagandamaschine hat es in vielen Jahren zwar geschafft, ein dumpfes Gefühl von »irgendwas wird schon dran sein« in die Köpfe der Menschen zu pflanzen, aber wirklich überzeugend sind die Parolen doch nicht.

Was nicht wundert, denn sie sind hohl und leer, sie widersprechen dem gesunden Menschenverstand und halten nicht einmal oberflächlichen Prüfungen stand.

Das wird noch deutlicher und plausibler, wenn man sich vergegenwärtigt, welche Diskrepanzen es zwischen den unterschiedlichen Untersuchungsergebnissen gibt.

Zur Erläuterung folgendes Szenario aus einem anderen Lebensbereich:

1. *Ein Bankangestellter zählt das Geld im Tresor und stellt fest, dass 1.000 Euro fehlen.*

Was wissen wir nun?

Wir kennen diesen Angestellten als zuverlässig und genau und nehmen es daher als ziemlich sicher an, dass Geld fehlt.

2. *Ein weiterer Angestellter wird beauftragt, das Geld nochmals zu zählen. Er findet, dass 10.000 Euro fehlen.*

Was wissen wir nun?

Mindestens einer muss sich geirrt haben. Auch der zweite Angestellte gilt als zuverlässig und genau. Wir wissen nicht, welcher von beiden falsch gezählt hat.

Wir wissen nur,

dass die Wahrscheinlichkeit einer falschen Zählung mindestens 50 Prozent beträgt.

Wissen wir aber nach der zweiten Zählung noch, ob überhaupt Geld fehlt?

NEIN!

Es könnte nämlich angesichts der sehr großen Differenzen sehr leicht möglich sein, dass der nächste Zähler auch mal ZUVIEL Geld findet!

Obwohl in beiden Fällen ein Fehlbetrag gefunden wurde, bestätigen sich die beiden Ergebnisse NICHT gegenseitig!

Wir wissen daher nach der zweiten Zählung in dieser Hinsicht WENIGER als nach der ersten!

Alles, was wir aus den zwei unterschiedlichen Ergebnissen ablesen können, ist, dass wir die Zuverlässigkeit unserer Angestellten ganz allgemein bezweifeln sollten.

Viele »offizielle« Anti-Tabak-Einrichtungen, angefangen vom Surgeon General in den USA bis hin zum DKFZ in Heidelberg, behaupten recht übereinstimmend Zahlen um 1,5 - 3 Prozent für das Infarktrisiko von Passivrauchern.

Auf der anderen Seite finden manche Akteure, an vielen Orten, in vielen Ländern, nach Rauchverböten Reduktionen der Infarktraten von 10 - 40 Prozent, obwohl durch die Verbote nur ein sehr kleiner Teil der Passivrauchbelastung beseitigt wurde²³.

Mindestens einer dieser beide Ansätze MUSS also grundfalsch sein!

Beide Ansätze zählen titelgeschmückte Wissenschaftler in ihren Reihen, doch wir wissen aufgrund der Diskrepanz, dass (wenigstens) ein Teil von ihnen schon logisch betrachtet Stümper und Betrüger sind!

23 Man merkt natürlich, dass die Rechnung nicht aufgeht: Wenn der Effekt eines Rauchverbots zu Hause, wie man aufgrund der zeitlichen Belastung annehmen kann, mindestens 10 – 20 mal stärker ist als ein Rauchverbot in Gaststätten, müsste sich analog die Zahl der Infarkterkrankungen um 150 – 300 % vermindern, was denn doch nicht möglich ist...

Wenn wir dieses negative Urteil jedoch sicher auf die Hälfte von ihnen anwenden können, woher sollen wir dann wissen, dass wenigstens die andere Hälfte ehrlich, sorgfältig und klug ist?

Ein Weg, die Integrität zu beurteilen, wäre, ihre Reaktionen auf die Diskrepanz ihrer Ergebnisse zu prüfen. Die einen müssten die Ergebnisse der anderen in Zweifel ziehen.

Doch seltsam:

Weder gibt es eine Pressemitteilung von Frau Pötschke-Langer (DKFZ), in der sie die Seriosität der Herzinfarkt-Forscher anzweifelt, noch bezeichnet sie ihre bisherigen, viel niedrigeren Daten als falsch und widerlegt!

Stattdessen dies²⁴:

MEDICA.de: Zum Rauchverbot in Deutschland: Denken Sie, dass in einem halben Jahr in den Bundesländern mit striktem Rauchverbot weniger Herzinfarkte behandelt werden müssen als in den Ländern mit nur eingeschränktem Rauchverbot?

Dr. Pötschke-Langer: So einfach ist die Frage nicht zu beantworten. Ich möchte mich nicht auf Spekulationen einlassen, sondern lieber die Ergebnisse von Studien abwarten. Das wird drei bis fünf Jahre dauern.

MEDICA.de: Aber es gibt internationale Studien, die einen Zusammenhang von Rauchverbot und sinkender Herzinfarkttrate belegen.

Dr. Pötschke-Langer: Ja, das stimmt. Aber die Qualität dieser Studien ist fraglich. In Schottland oder den USA wurde zwar festgestellt, dass die Raucherprävalenz im Zuge eines Rauchverbotes abnimmt, aber über die sinkende Herzinfarkttrate sagt das wenig aus. In den Studien wurde nur eine kleine Stichprobe untersucht und das über einen Zeitraum von maximal einem Jahr. Das ist viel zu kurz, um verlässliche Ergebnisse zu präsentieren. Außerdem sagen die Studien nichts über mögliche Co-Faktoren aus. Vielleicht haben die untersuchten Personen im Zuge des Rauchverbots auch ihre Ernährung umgestellt oder weniger Alkohol getrunken.

Geradezu absurd ist der Erklärungsversuch »*Vielleicht haben die untersuchten Personen im Zuge des Rauchverbots auch ihre Ernährung umgestellt oder weniger Alkohol getrunken*«. Warum sollten die NICHT-Raucher ihre Ernährung umstellen und weniger trinken? Angeblich gehen sie ja nach einem Rauchverbot sehr viel öfter in Gaststätten und Kneipen, man sollte also eher annehmen, sie würden sich dann »ungesünder« ernähren und mehr Alkohol trinken! Und auch für Raucher ist das ziemlich unplausibel, denn angeblich konsumieren die trotz Rauchverbot ungehemmt in der Gastronomie weiter und es ist allgemein bekannt, dass Raucher, wenn sie nicht mehr oder weniger rauchen, an Gewicht zunehmen, was ja nicht »gesund« sein soll.

Der Tenor von Frau Pötschke-Langer ist klar: Irgendwie sinken die Infarkttraten durch Rauchverbote ganz außerordentlich, die segensreiche Wirkung ist bewiesen!

Dazu eine kleine Einschränkung: »*Die Qualität der Studien ist fraglich ...*«. Das ist in der Tat richtig, jedoch angesichts der enormen Diskrepanzen zu wenig. Für den Leser klingt die Stellungnahme wie eine Zustimmung, wenn auch halbherzig.

Kein Wort darüber, dass diese Studien ihren eigenen Zahlen so eklatant widersprechen, dass entweder sie oder diese Herzinfarktstudien Unrecht haben müssen!

Wir werden später ausführlicher auf dieses zweifelhafte Bündnis eingehen. Vorerst betrachten wir noch einige weitere Methoden der Fälscher:

24 Interview mit MEDICA.de, 01. Februar 2008, http://www.medica.de/cipp/md_medica/custom/pub/content,lang,1/oid,23941/ticket,g_u_e_s_t/%7E/_Das_wird_drei_bis_fuenf_Jahre_dauern_.html

Helena

Die Geschichte²⁵

Im Zeitraum Juni bis Dezember 2002 war in der US-Stadt Helena, Montana, ein Rauchverbot in Gaststätten in Kraft.

In dieser Zeit sanken die Infarktfälle, die im St. Peters Community Hospital in Helena behandelt wurden, auf 24, während in den Jahren 1998 bis 2001, also vor dem Rauchverbot, durchschnittlich etwa 40 Fälle im selben Jahresabschnitt auftraten.

Die Untersucher waren Stanton Glantz, ein führender Tabak-Prohibitionist, und zwei örtliche Ärzte, die Mitglieder einer Anti-Raucher-Organisation sind und an vorderster Front für die Einführung des Rauchverbots kämpften.

In einer Pressemitteilung jubelte Glantz:

»Dieses erstaunliche Ergebnis zeigt, dass der Schutz vor Passivrauch das Leben nicht nur schöner macht, sondern sofort Leben rettet!«

Die ganze Geschichte

Die Verminderung in diesem einen Halbjahr ist rein zufällig genau so wahrscheinlich, wie das Würfeln einer niedrigen Zahl nach einigen Fünfern oder Sechsern. So etwas kommt schon rein zufällig immer wieder vor.

Und das steht auch in der Studie:

Während der sechs Monate, in denen das Gesetz in Kraft war, fiel die Zahl der Infarkt-Einlieferungen signifikant (-16 Einlieferungen, 95 %-Konfidenzintervall -31,7 bis -0,3), von einem Durchschnitt von 40 Einlieferungen während derselben Monate im Vorjahr und im Jahr nach dem Verbot auf 24 Einlieferungen während der sechs Monate, in denen das Verbot in Kraft war.

Es gab 16 Fälle weniger, doch wenn man die zufällige Streuung der vorherigen Jahre betrachtet, erkennt man, dass der Zufallsanteil bei diesen 16 Fällen äußerst hoch ist: Der ‚wahre‘ Rückgang der Fälle liegt IRGENDWO zwischen -31,7 und -0,3 Fällen, weil Schwankungen von +/- 15,7 Fällen aus der Erfahrung der vergangenen Jahre heraus statistisch »normal« sind und keinerlei Bedeutung haben – das sagt das 95 %ige Konfidenzintervall aus!

15,7 Fälle weniger wären statistisch reiner Zufall gewesen – 16 weniger sind eine beweiskräftige Zahl für die unmittelbaren segensreichen Wirkungen von Rauchverboten in Gaststätten?²⁶

Es macht stutzig, dass ausgerechnet ein Krankenhaus in einem Provinznest im Nirgendwo ausgewählt wurde. In den USA gibt es Hunderte von Gemeinden, die durch Stadtratsbeschluss ähnliche Rauchverbote verhängten. Die Auswahl für den »Scharfschützen« ist also groß: In irgendeiner Stadt MUSS so eine Senkung der Infarkterkrankungen beinahe zwangsläufig eintreten!

Um so eine Erfolgsmeldung zu finden, muss man nur ein paar Dutzend Telefonanrufe in den betreffenden Krankenhäusern machen und dann das »richtige« auswählen.

Ein verantwortungsvoller, ehrlicher Wissenschaftler hätte Dutzende solcher Gemeinden geprüft und dann die Werte miteinander verglichen.

Zudem hätte er die Zahlen mit Städten verglichen, die KEIN Rauchverbot einführten, um zu sehen, welche zufälligen Schwankungen sich dort ergeben.

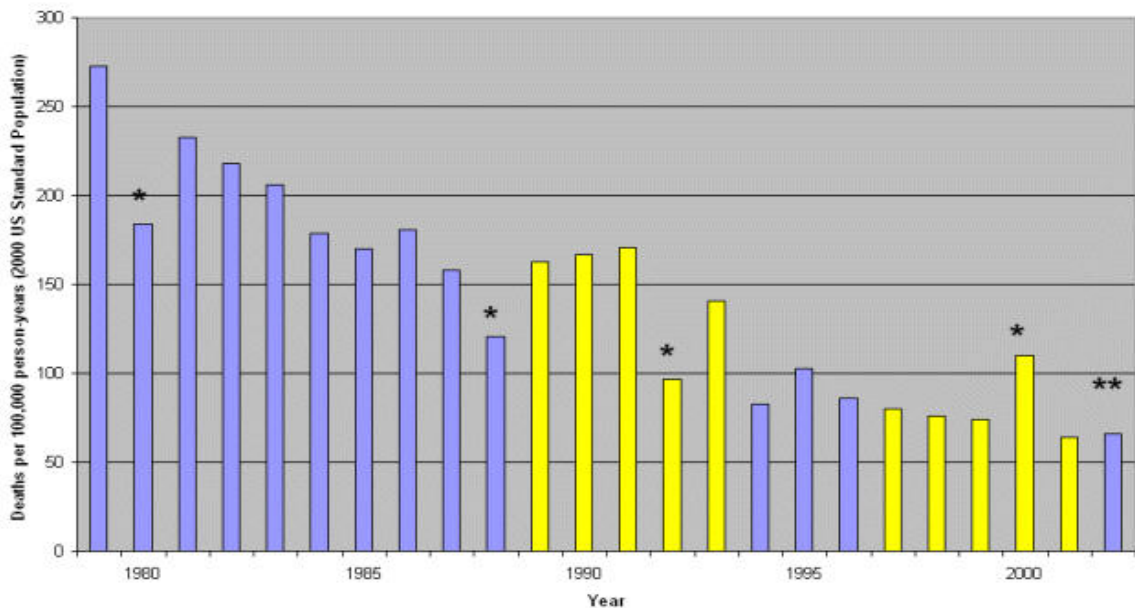
25 Sargent RP, Shepard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study [with commentary by T Pechacek and S Babb]. *BMJ* 2004;328: 980-3. Informationen von Jacob Sullum, *Reason Magazine*, 04.April 2003

26 Da bei dieser Berechnung der Zufall nur zu 95 % ausgeschlossen wird, muss man übrigens immer noch bei einer von 20 Berechnungen davon ausgehen, dass selbst ein ‚signifikantes‘ Ergebnis dennoch zufällig ist.

Dann hätte er nachgeforscht, welche anderen Ursachen bei »Ausreißern« in Frage kommen, z. B. spezielle Wetterbedingungen oder die Verlegung eines Altenheims in einen anderen Ort (Wodurch viele »Risikokandidaten« aus der Statistik herausfallen würden!) oder die Eröffnung eines neuen Krankenhauses in der Nachbarstadt, das Patienten abzieht oder die Schließung einer Fabrik, wodurch Menschen wegziehen.

Oder er hätte einfach einmal erforscht, welche Schwankungen es in der Vergangenheit gab:

Figure 1. Mortality Rate for AMI Among Persons Age 35+ Years in Lewis and Clark County, Montana, 1979-2002



Das sind die amtlichen Daten²⁷ für das Lewis and Clark County (Landkreis mit Kreisstadt Helena), dessen Einwohner zu 85 Prozent mit den Bewohnern der Stadt Helena identisch sind. In den mit »*« markierten Jahren traten Schwankungen auf, die ähnliche Größenordnungen hatten wie das Jahr des Rauchverbots in der Stadt Helena. Im County war insgesamt im Jahr des Rauchverbots (** = 2002) sogar eine leichte Steigerung zum Vorjahr zu verzeichnen. Dies zeigt, dass statistische Fluktuationen die wahrscheinlichste Ursache für den Rückgang waren.

Und wäre es nicht, bei nur 24 Fällen für die beiden Ärzte, die ja im Ort leben, ein leichtes gewesen, näheres über die Lebensumstände der betroffenen Patienten heraus zu finden, z. B., ob sie Raucher oder Nichtraucher sind und ob sie überhaupt Gaststätten besuchen! Wir wissen ja nicht einmal, ob die Patienten nicht ganz überwiegend alte Menschen sind, die seit 20 Jahren kein Gasthaus mehr von innen gesehen haben!

Erst, wenn all dies geschehen wäre und sich in VIELEN Gemeinden Gesundheitsverbesserungen ergeben hätten, die NICHT durch Zufall erklärt werden können, wäre das Ergebnis valide und einer Veröffentlichung wert.

All dies ist in Helena nicht geschehen.

Fazit

Die Untersucher bezeichneten schlampig recherchierte und daher wertlose, leicht durch zufällige statistische Schwankungen erklärbare Veränderungen der Infarktrate als Beweis für die lebensrettende Wirksamkeit von öffentlichen Rauchverböten, obwohl ihnen

27 National Center for Health Statistics Mortality Database (NCHS), zit. n. British Medical Journal, <http://www.bmj.com/cgi/eletters/328/7446/977>

klar sein musste, dass ihre Ergebnisse dies nicht belegen können. Sie haben diese Aussagen auch im Lauf der folgenden Jahre trotz massiver und fundierter Kritik von Fachkollegen nie revidiert oder auch nur in Frage gestellt.

Das heißt: Sie haben vorsätzlich gelogen und lügen noch immer!

Zufall

Wie leicht es ist, solche zufälligen Ergebnisse zu finden und dann propagandistisch auszuschlachten, lässt sich anhand eines mathematischen Versuchs zeigen:

Dazu diente ein Zufallsgenerator, der die Umstände der Helena-Untersuchung simulieren soll. Er kann beliebig viele realistische Ergebnisse erzeugen und hat garantiert keinen »Passivrauch-Faktor«²⁸.

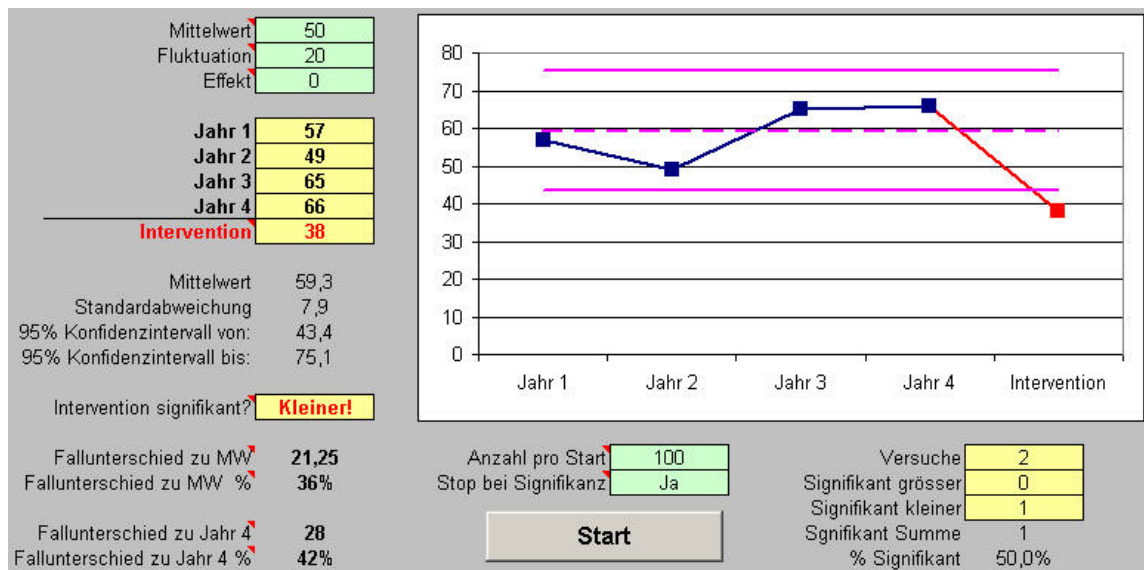
Die Programmbeschreibung:

Für insgesamt 5 Jahre sollen zufällige Infarktzahlen erzeugt werden, die mit dem Faktor »Fluktuation« um den Wert »Mittelwert« schwanken sollen.

Der Wert für Jahr 5 soll mit normalverteilter Wahrscheinlichkeit die Zufallsreihe der Jahre 1-4 fortsetzen.

Für die Jahre 1-4 wird die Standardabweichung und das 95 %-Konfidenzintervall berechnet.

Wenn der Wert für das Jahr 5, in dem ein Rauchverbot simuliert werden soll, außerhalb des 95 % Konfidenzintervalls liegt, wird das Ergebnis als signifikant, also nicht-zufällig, gewertet und kann daher als Folge des Rauchverbots interpretiert werden.



Wie man sieht, war schon der zweite Versuch erfolgreich!

Während in den Jahren vor dem Rauchverbot durchschnittlich 59,3 Infarkte gezählt wurden, waren nach dem Verbot nur noch 38 zu verzeichnen, eine Abnahme um 21,2 Stück oder 36 Prozent!

Gegenüber dem Vorjahr sind die Daten noch besser: 28 Fälle weniger, was 42 Prozent entspricht!

28 Sie können den Simulator unter http://www.data-yard.net/germany_08/Zufallsgenerator3.xls kostenlos downloaden und selbst ausprobieren.

Das 95 %-Konfidenzintervall von 43,4–75,1 wurde deutlich unterschritten, der Wert ist also nach allgemeiner statistischer Lesart signifikant und daher NICHT zufällig!

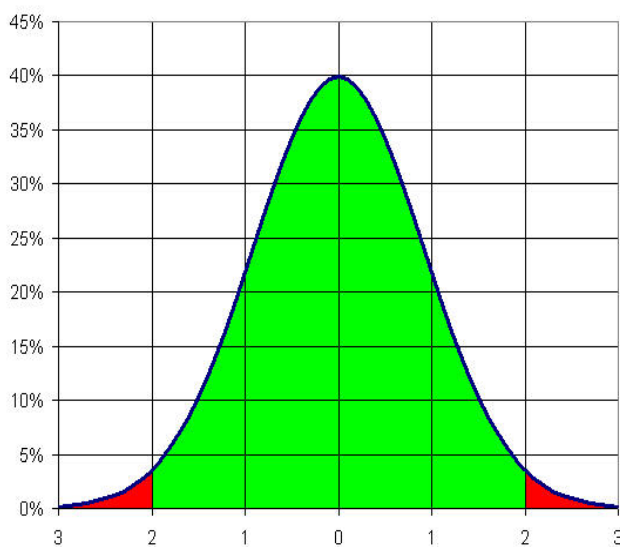
Er MUSS also die Folge von irgend etwas gewesen sein. Wahrscheinlich einem Rauchverbot. Würde Stanton Glantz sagen. Oder Martina Pötschke-Langer. Oder die anderen Tabak-Prohibitionisten.

Wirklich?

Nun, die CPU's von Computern reagieren nicht auf Passivrauch. Dieses Ergebnis ist zwar signifikant, aber ZUFÄLLIG!

Es beweist genau so viel wie die Daten des St. Peters Hospital in Helena, Montana, nämlich GAR NICHTS!

Auffällig ist nur, dass lediglich zwei Versuche nötig waren, denn im statistischen Mittel ist so etwas bei einem 95 %-Konfidenzintervall erst bei jedem zwanzigsten Versuch zu erwarten. Aber auch das ist Zufall ...



Zur Verdeutlichung, welche Möglichkeiten sich aus der zufälligen Streuung von Daten und den Gesetzen der Zufallsverteilung ergeben, kann die folgende Grafik dienen:

Sie zeigt die sogenannte Gauß- oder Normalverteilung.

Der grüne Bereich ist das 95 %-Konfidenzintervall, das sich +/- 2 Standardabweichungen um den Mittelwert erstreckt. Der zusätzliche, rot gezeichnete Bereich des 99,7 % Konfidenzintervalls, der praktisch ALLE zufälligen Abweichungen abdeckt, ist in Bezug auf die mögliche Abweichung um 33,3 % größer!

Das heißt: Ein Wert kann größenmäßig bis zu 1/3 außerhalb des 95 %-Konfidenzintervall liegen und trotzdem REIN ZUFÄLLIG sein, durchschnittlich liegen ca. 5 % der Zufallstreffer in diesem roten Bereich.

Das lernt jeder Gymnasiast. Einem Epidemiologen müsste das in Fleisch und Blut sitzen. Es ist daher völlig ausgeschlossen, dass die irreführende Schlussfolgerung »Rauchverbote bewirken stark sinkende Infarktzahlen!«, die stets gleichbleibend aus den diversen Studien gezogen wurde, aus Unkenntnis, Unwissenheit oder Unfähigkeit entstand, obwohl auch das schon schlimm genug wäre.

Die einzig mögliche Erklärung ist, dass vorsätzlich gelogen wird!

Und hier noch ein paar wunderschöne, signifikante und höchst plausible, allerdings in Wirklichkeit mit dem Zufallsgenerator erzeugte Beispiele für die heiße Luft, mit der die Tabak-Prohibitionisten ihre »Beweise« aufblähen:



*Egal, was gewünscht wird, wir haben es! Mehr Risiko, weniger Risiko, ganz nach Bedarf!
Mit 95 Prozent Sicherheit kein Zufall! Wir garantieren die Wahrheit und nichts als die Wahrheit!*

*Sie nennen das Ziel, wir liefern! – Sie stellen eine Behauptung auf, wir beweisen sie!
Bitte, bedienen Sie sich und empfehlen Sie uns weiter!*

Mit freundlichen Grüßen

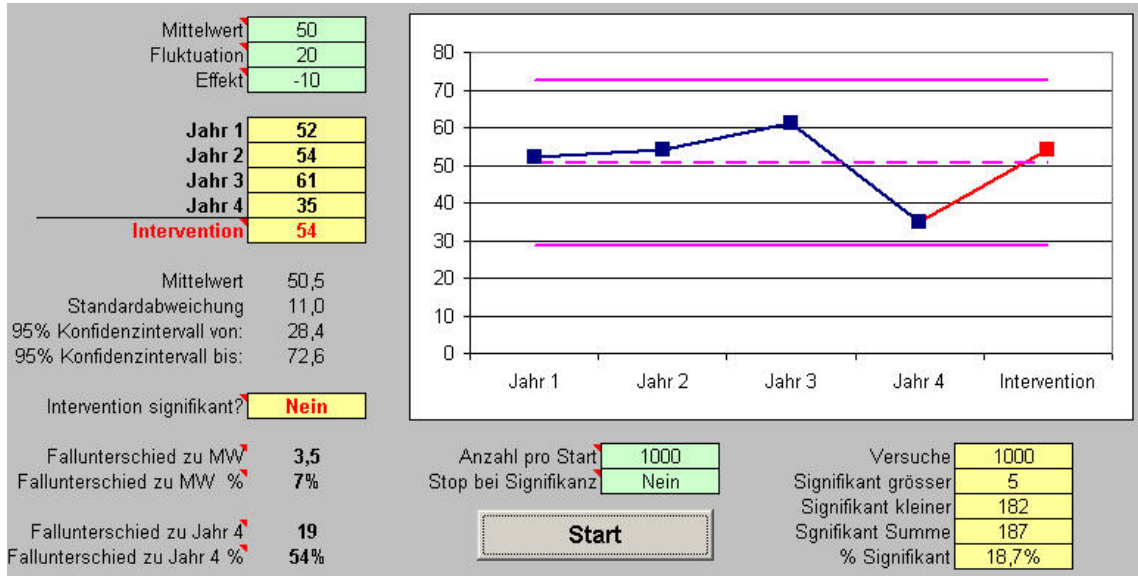
Ihre

Junk-Science-Epidemiologen

Doch der Zufallsgenerator kann auch zeigen, wie groß denn eigentlich ECHTE Veränderungen sein müssen, damit man sie mit solchen statistischen Methoden überhaupt sehen kann. Dazu wurde er anders eingestellt:

Nun wurden im »Jahr des Rauchverbots« jedes Mal von der Zufallszahl 10 »echte« Fälle abgezogen. Bei einem Durchschnitt von 50 Fällen sind das immerhin 20 Prozent weniger Infarkte!

Dann wurden 1.000 Simulationen durchgeführt.



Nur in knapp 1/5 aller Studien (182 von 1000) wurde ein signifikant niedrigeres Ergebnis erzielt, in 4/5 aller Fälle überdeckte die zufällige Fluktuation die echte Senkung um 20 % so, dass im Jahr des Rauchverbots ein insignifikantes Ergebnis heraus kam! Vier von fünf Studien haben also von diesem ECHTEN 20 %-Effekt gar nichts bemerkt!

Und nicht weniger als 5 Studien erbrachten sogar ein signifikant HÖHERES Ergebnis, also das genaue Gegenteil der Realität!

Unter diesen Verhältnissen muss man also als Epidemiologe sagen:

Um auch nur den Anschein minimaler Glaubwürdigkeit zu erzielen, müssen wohl mindestens 10 Orte wie Helena (zufällig ausgewählt!) gleichzeitig untersucht werden und nur, wenn von diesen 10 Orten mehrere ein signifikant niedrigeres Ergebnis aufweisen, kann VERMUTET werden, dass möglicherweise eine Verbesserung der Gesundheitssituation eingetreten ist – BEWIESEN ist damit aber noch gar nichts!

Hat man aber nur EINEN Fall in der Stichprobe, wie in Helena, Montana, dann ist das nichts anderes als gezinktes Würfeln, denn es liegt im Ermessen des »Forschers«, wie er die Randbedingungen festlegt und welche Würfe er uns zeigt.

Dass Professor Stanton Glantz, eine führende Figur der US-Tabakprohibitionisten, sich für so einen Schwindel nicht zu schade war, wundert niemanden, der ihn kennt und wirft ein bezeichnendes Licht auf die Ernsthaftigkeit und Ehrlichkeit dieser Organisationen!

Bowling Green

Die Geschichte

Eine Studie²⁹, die in dem Journal Preventive Medicine veröffentlicht wurde, fand, dass nach einem Rauchverbot in der amerikanischen Stadt Bowling Green, Ohio, die Krankenhauseinweisungen aufgrund von Herzerkrankungen um 47 Prozent zurückgingen. Die Forscher schlossen daraus, dass »diese Studienergebnisse nahe legen, dass Rauchverbote Krankenhausbehandlungen aufgrund von Herzerkrankungen reduzieren und damit Gesundheitskosten sparen«.

29 Khuder SA, Milz S, Jordan T, Price J, Silvestri K, Butler P.: The impact of a smoking ban on hospital admissions for coronary heart disease, in: Preventive Medicine, April 2007

Die ganze Geschichte³⁰

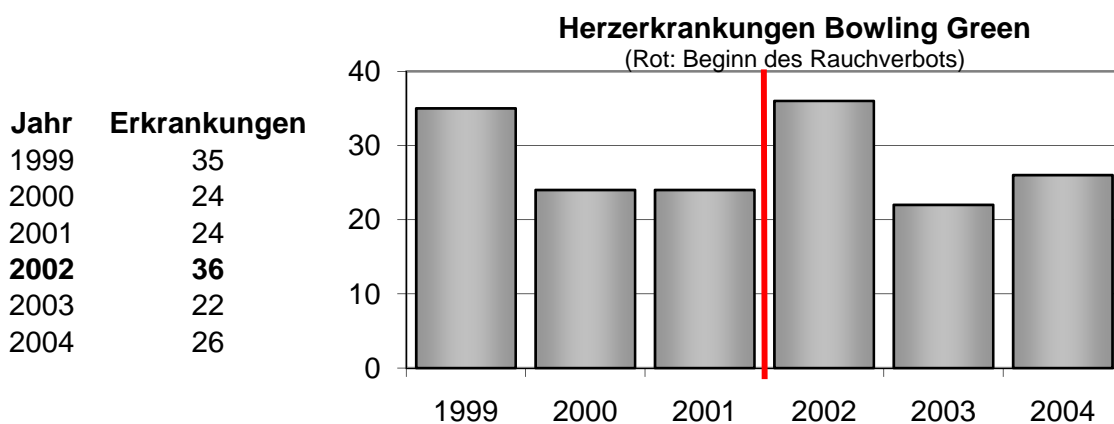
Im März 2002 wurde in Bowling Green ein begrenztes Rauchverbot in Gaststätten verhängt. In Bars und Nebenräumen von Restaurants durfte jedoch weiterhin geraucht werden.

Daher ist schon von vornherein keine Verringerung der Raucherquote an sich zu erwarten und selbst das Bedienungspersonal in Gaststätten war überwiegend nicht viel anders exponiert als vor dem Verbot.

Unter diesen Umständen gibt es nicht den geringsten Grund, eine Senkung der Erkrankungsraten zu vermuten.

Eine Senkung um gar 47 Prozent wäre aber nicht einmal dann plausibel, wenn sämtliche Raucher der Stadt ab dem Tag des Verbots aufgehört hätten, zu rauchen!

Die Aufnahmeziffern der Krankenhäuser in Bowling Green aufgrund von Herzerkrankungen betragen:



Höchst überraschend zeigt sich, dass im ersten Jahr des Rauchverbots (das im März begann) eine sehr hohe Erkrankungsrate verzeichnet wurde. Wäre man böswillig, könnte man sagen: Durch das Rauchverbot stieg die Infarktrate um 50 Prozent an!

Wie kommen die »Forscher« denn dann auf eine Verringerung?

Nun, sie schlugen ALLE Erkrankungen des Jahres 2002 der Zeit VOR dem Rauchverbot zu! Dann verglichen sie das ZWEITE Jahr des Verbots mit dem ERSTEN und berechneten ihre phantastische Erfolgszahl! Sie ließen auch völlig außer Acht, dass es vor dem Verbot etliche Jahre gab, die ebenso niedrige Zahlen hatten wie die Jahre danach.

Das heißt: Sie nutzten nicht einmal nur zufällige statistische Schwankungen, um sie als »Erfolg« zu verkaufen, sondern sie fälschten sogar den Zeitrahmen!

Fazit:

Diese Erfolgsmeldung ist eine ebenso dreiste wie plumpe und vorsätzliche Lüge! Die sogenannten »Forscher«, die diese Zahlen veröffentlichten, handelten zweifellos in betrügerischer Absicht. Sie sind also nichts anderes als Kriminelle.

Selbstverständlich muss auch die Redaktion der Zeitschrift Preventive Medicine in den Betrug involviert sein, denn wissenschaftliche Artikel werden vor der Annahme durch eine Fachjury geprüft (»Peer Review«). Diesen Prüfern hätte der Schwindel unbedingt auffallen müssen, wenn sie ihre Arbeit ehrlich getan hätten. Dass sie den Artikel dennoch zur Veröffentlichung freigaben, beweist entweder ihre völlige Inkompetenz oder ihre Mittäterschaft.

30 Siehe hierzu ausführlich: Palmer, Bernd: Haben Rauchverbote Einfluss auf Krankenhauseinweisungen wegen koronarer Herzkrankheiten?, hrg. vom Netzwerk Rauchen, 2007, http://www.netzwerk-rauchen.de/documents/Bowling_Green.pdf

Der Gegenbeweis³¹

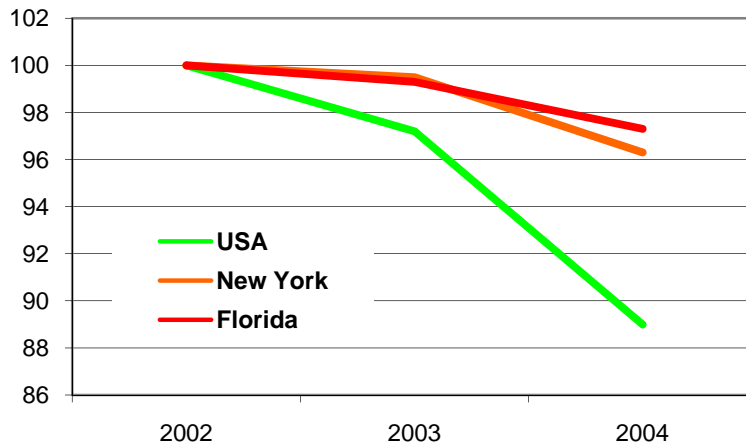
In allen US-Beispielen wurden kleine Orte betrachtet. Bei kleinen Zahlen ist die Fluktuation, also die zufällige Streuung, größer. Doch es wurden auch großräumige Rauchverbote verhängt, z. B. hier:

Im März und Juli 2003 wurden im Bundesstaat und der Stadt New York Rauchverbote in Gaststätten erlassen. Ebenfalls im Juli 2003 wurde in Florida in den Gaststätten das Rauchen verboten.

Der Logik der Herzinfarkt-Magier zufolge müsste man daher in den Jahren 2003 und 2004 in diesen Gebieten ein deutliches, weit überdurchschnittliches Sinken der Infarktrate feststellen können.

Doch das geschah wirklich:

		2002	2003	2004
Herzerkrankungen in Prozent, bezogen auf das Normaljahr 2002:	USA	100	97,2	89
	New York	100	99,5	96,3
	Florida	100	99,3	97,3



Man sieht eindeutig, dass die Infarktrate in den Gebieten, in denen strikte Rauchverbote in Kraft gesetzt wurden, WENIGER sanken als in den gesamten USA, ohne Verbote.

Soll das etwa heißen, Rauchverbote vermehren die Erkrankungsrate?

Nein, auch bei größeren Zahlen ist noch viel Zufall im Spiel.

Fazit

In großräumigen Rauchverbots-Gebieten sind in den USA keinerlei positive Auswirkungen auf die Infarkt-Statistik feststellbar. Das müssen auch die »Forscher« wissen, die – offenbar gezielt – kleinräumige Gebiete untersuchen, um ‚Beweise‘ für die sofortige und segensreiche Wirkung von Rauchverboten zu finden.

Wenn diese »starken«, qualitativ hochwertigen Gegenbeispiele von ihnen ignoriert werden, ist dies einer Lüge gleichzusetzen, da sie vorsätzlich verschweigen, dass ihre Untersuchungen im Grunde völlig wertlos sind und ausschließlich auf Zufall beruhen.

31 Daten von Michael Siegel, The Rest of the Story: Tobacco News Analysis and Commentary: New Data Show Decline in M.I. Admissions in Smoke-Free States is Lagging Behind Decline for Nation; Casts Doubt on Helena/Pueblo/Saskatoon Claims, 23. August 2006

Die Solidargemeinschaft der Lügner

Eine kleine, nicht gerade originelle Lügengeschichte nach dem Helena-Strickmuster erschien am 28.11.2007 in der Süddeutschen Zeitung:



"Eindrucksvolle Ergebnisse".
Rauchfrei fördert die Gesundheit
der Passivraucher.
Foto: dpa

Studien zum Rauchverbot

Vorteil für die Nichtraucher bewiesen

Passivraucher profitieren von Rauchverboten an öffentlichen Orten oder Gaststätten. Das belegen gleich mehrere Studien zu Herzattacken.

Von Stefan Hartl

»Dong-Chul Seo von der Indiana University in Bloomington verzeichnete einen drastischen Rückgang der Herzinfarktquote bei Nichtrauchern (Journal of Drug Education, Bd.37, S.217, 2007).

Seo erfasste die Zahl der deswegen nötigen Krankenhausbehandlungen im Monroe County im US-Bundesstaat Indiana. Dort leben etwa 120.000 Menschen, und seit 2004 ist das öffentliche Rauchen untersagt. Knapp vier Jahre nach dem Verbot kamen nur fünf Nichtraucher in 22 Monaten mit einem Infarkt ins Krankenhaus, vorher waren es in der gleichen Zeit 17 Nichtraucher gewesen. «

Wir sehen alle Komponenten der statistischen Fälschung:

Winzige und daher von Natur aus stark streuende Fallzahlen (17 Patienten im Normalfall), eine völlig willkürliche Wahl des Zeitraums (22 Monate, vier Jahre nach dem Verbot, verglichen mit 22 Monaten direkt vor dem Verbot), fehlende Vergleichszahlen, keine Einbeziehung von allgemeinen Trends usw.

Es ist sehr naheliegend, ja, geradezu zwingend, dass hier »Cherrypicking«³² vorliegt: Dutzende, wenn nicht Hunderte von verschiedenen Szenarios wurden durchgerechnet und nur das ‚passendste‘ Ergebnis wurde veröffentlicht.

Doch ein gewisser Professor Ulrich Keil äußerte sich im selben Artikel dazu so:

„Der Trend der Studie ist richtig. Die Mechanismen hierfür sind uns bekannt“, sagt Ulrich Keil von der Universität Münster. Pro Jahr müssten in Deutschland etwa 3.300 Menschen das Passivrauchen mit dem Leben bezahlen. Die Großteil stirbt an einem Herzinfarkt. „Aber dass ein Rückgang von fast 60 Prozent alleine dem Rauchverbot zugeschrieben wird, erscheint mir zu hoch gegriffen“, sagt Keil. Die Studie umfasse nur wenige Einzelfälle, das sei anfällig für Fehler. „Aber Ergebnisse aus Italien und New York sind ähnlich eindrucksvoll“, sagt Keil.

Es »erscheint etwas zu hoch gegriffen«, meint der Experte. Aber »Der Trend der Studie ist richtig.«. Das wird auch durch »ähnlich eindrucksvolle« Ergebnisse bestätigt. Professor Keil stimmt diesem Ergebnis also zu. Er hält es für plausibel.

Nun muss man wissen, dass dieser Professor Keil einen Lehrstuhl für Epidemiologie inne hat und, als Adlatus von Frau Pötschke-Langer und Ko-Autor des Pamphlets »Passivrauchen, ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Band 5«, der Erfinder der angeblich 3.301 Passivrauchtoten jährlich ist. Er hat diese Zahl berechnet und weiß daher bestens über dieses spezielle epidemiologische Gebiet bescheid.

Vollziehen wir einmal nach, was er konkret wissen müsste:

32 »Rosinen aus dem Kuchen picken«, also selektiv und einseitig das Nützliche entnehmen, den Rest ausblenden

Die Bloomington-Studie suggeriert, dass 12 von 17 Fällen passivrauchbedingt sind, das wären nicht »fast 60 %« sondern *71 Prozent* aller Fälle!

Professor Keil selbst gibt diese Zahlen an³³:

Altersgruppe	Anzahl der passivrauchbedingten tödlichen und nicht tödlichen Neuerkrankungen an koronarer Herzkrankheit pro Jahr			Prozentanteil an allen Fällen (250.000)
	Frauen	Männer	Zusammen	
<45 Jahre	17	105	122	0,05%
45-54	132	256	388	0,16%
55-64	355	479	834	0,33%
65-74	720	517	1237	0,49%
75-84	502	132	634	0,25%
>=85	494	67	561	0,22%
	2220	1556	3776	1,51%

Schon aus diesen Rohdaten ergibt sich eine erstaunliche Diskrepanz: Insgesamt 1,5 Prozent erwartet Dr. Keil. 71 Prozent sind es in der Bloomington-Studie.

Aber kann man davon ausgehen, dass ein Rauchverbot in Gaststätten alle passivrauchbedingten Infarkte verhindert? Sicher nicht!

Nur zwei Gruppen könnten davon profitieren; Gäste und Personal.

Was ist zu erwarten?

1. Gäste

Damit überhaupt eine irgendwie merkbare Belastung vorliegen kann, müssen die Gäste relativ häufige Besuche machen. Das tun jedoch, wie schon einmal erwähnt, nur wenige Menschen. Nimmt man als Grenze wenigstens einen Gaststättenbesuch pro Woche, ergibt sich:

- Es kann angenommen werden, dass über 75-jährige praktisch gar nicht mehr in dieser Gruppe der häufigen Gaststättenbesucher vertreten sind.
- 93,5 Prozent aller Gaststättenbesuche werden von nur 26 Prozent der Bevölkerung getätigt.³⁴
- Von diesen Personen sind mindestens die Hälfte Raucher, also so hoch belastet, dass die »Ersparnis« des Passivrauchs während der Gaststättenbesuche nicht ins Gewicht fällt.
- Auch sehr häufige Gaststättenbesuche verursachen nur eine sehr viel geringere Tabakrauchbelastung, als es zuhause mit einem rauchenden Partner oder an einem Arbeitsplatz der Fall wäre. In einer Raucherwohnung ist ein Nichtraucher über 100 Stunden pro Woche den Schadstoffen ausgesetzt, aber sicher verbringt praktisch niemand auch nur 20 Stunden pro Woche als Gast in einer Gaststätte. Deshalb muss die Gefährdung für Gaststättenbesucher auch um einen entsprechenden Faktor reduziert werden.

33 Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle: Passivrauchen, ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Band 5

34 Datenquelle: EMNID-Umfrage im Auftrag der DEHOGA

Die entsprechende Berechnung sieht so aus:

Anzahl der passivrauchbedingten Neuerkrankungen an koronarer Herzkrankheit pro Jahr		Prozentanteil an allen Fällen (250.000)	
Altersgruppe	Zusammen		
<45 Jahre	122	0,05%	
45-54	388	0,16%	
55-64	834	0,33%	
65-74	1237	0,49%	
	Summe:	1,03%	
	Faktor		
Häufige Gäste:	0,26	0,27%	Im Endeffekt ist von Rauchverboten in Gaststätten bei Gästen nach den Daten, die Professor Keil angibt, nur eine maximale Reduktion des Infarkttrisikos von etwa 0,03 % zu erwarten.
Nichtraucher:	0,5	0,13%	
Schadstoff-Faktor:	0,2	0,03%	

2. Personal

Personal kann sehr viel mehr belastet sein, da es sich bei Vollzeitbeschäftigung 40 Stunden und mehr in verrauchter Umgebung aufhält. Bei der Berechnung muss jedoch berücksichtigt werden:

- Beschäftigte sind praktisch ausnahmslos jünger als 65 Jahre
- Im Gastronomiegewerbe sind insgesamt nur rund 360.000 Menschen in Vollzeit beschäftigt.
- Von diesen Beschäftigten arbeiten viele nicht im Service, sondern in Küchen, als Reinigungspersonal und sonstigen, rauchfreien oder fast rauchfreien Arbeitsplätzen. Es dürfte also nur etwa jeder zweite Arbeitnehmer einer nennenswerten Belastung ausgesetzt sein.
- Die Raucherquote ist beim Servicepersonal sehr hoch, bei über 50 Prozent.

Die entsprechende Berechnung sieht so aus:

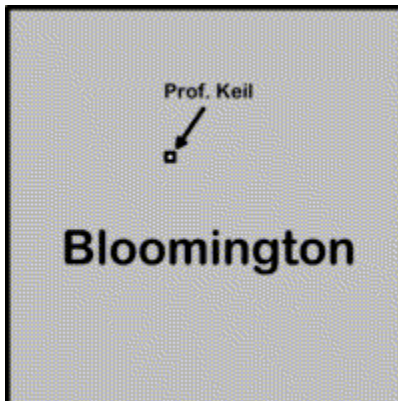
Anzahl der passivrauchbedingten Neuerkrankungen an koronarer Herzkrankheit pro Jahr		Prozentanteil an allen Fällen (250.000)	Rauchverbote in der Gastronomie könnten durch Minderbelastung des Personals die Infarktquote um etwa 0,0006 Prozent senken.
Altersgruppe	Zusammen		
<45 Jahre	122	0,05%	<i>Ein »Meilenstein der Gesundheitsvorsorge«?</i>
45-54	388	0,16%	
55-64	834	0,33%	
	Summe:	0,54%	In absoluten Zahlen wären das 1,5 Fälle pro Jahr.
	Faktor		Ja, Sie lesen richtig: Eineinhalb Fälle!
Bevölkerungsanteil:	0,00225	0,0012%	
Nichtraucher:	0,5	0,0006%	

Professor Dr. Keil hat also folgendes Problem:

Nach seiner eigenen Meinung kann die Infarktquote nur um etwa 0,03 Prozent sinken. In der Bloomington-Studie sank sie jedoch um 71 Prozent. Diese Zahl ist 2.320 mal höher als seine Erwartung.

Sein Kommentar:

»Der Trend der Studie ist richtig. Die Mechanismen hierfür sind uns bekannt«.



Ach so – bei der statistischen Berechnung von Passivrauchopfern kann eine Zahl schon mal um zweihundertzweiunddreißigtausend Prozent größer sein als die andere, das macht nichts, dennoch sind beide richtig, wenn sie nur ‚im selben Trend‘ liegen ...

Offenbar wollen die Krähen sich nicht gegenseitig die Augen aushacken und vertrauen auf die Leichtgläubigkeit des Publikums.

In der Tat, Herr Professor Keil, DIESE Mechanismen sind uns nun bekannt ...

Nicht nur die Daten, sondern besonders dieses Verhalten weckt höchste Zweifel an der Seriosität aller Beteiligten. Es ist naheliegend, dass Stümperei und Betrug in der Tabak-Kontrolle nicht die Ausnahme, sondern die allgemeine Regel sind.

Doch jedem kritisch denkenden Menschen muss klar sein:

Wenn die epidemiologischen Methoden der Tabak-Kontrolle so unzuverlässig und ungenau sind, dass die Ergebnisse verschiedener Methoden um mehr das ZWEITAUSENDFACHE differieren können, dann sind diese Methoden und ihre Protagonisten GRUNDSÄTZLICH nicht dazu geeignet, überhaupt IRGENDEINE Schadwirkung von Passivrauch nachzuweisen!

Italien I

Die Geschichte

Schon sechs Monate nach dem Rauchverbot in Italien erschien diese Meldung, die zu erheblichem Jubel Anlass gab, wie hier in der Online-Ausgabe der FAZ.

Die ganze Geschichte

Wie aus den Daten der Studie³⁵ hervor geht, benutzte Baroni-Ardese einen anderen Trick, um zu »signifikanten« Zahlen zu kommen: Man kann nicht nur den Zeitraum und die Region bzw. die Hospitäler beliebig aussuchen (Warum Piemont? Wie viele Regionen hat er insgesamt überprüft?), sondern man kann auch noch beliebig in Geschlechts- und Altersklassen unterteilen. Es wäre ein Wunder, wenn dabei nicht irgendwo und irgendwie ein pseudo-signifikantes Ergebnis zustande käme – wie erinnerlich, ist das bei jeder zwanzigsten Berechnung schon rein zufällig zu erwarten.

Baroni-Ardese teilte sein Kollektiv in nur zwei Altersklassen und in die Geschlechter auf. Dabei kam folgendes heraus:

Rauchen

Weniger Herzinfarkte nach Rauchverbot



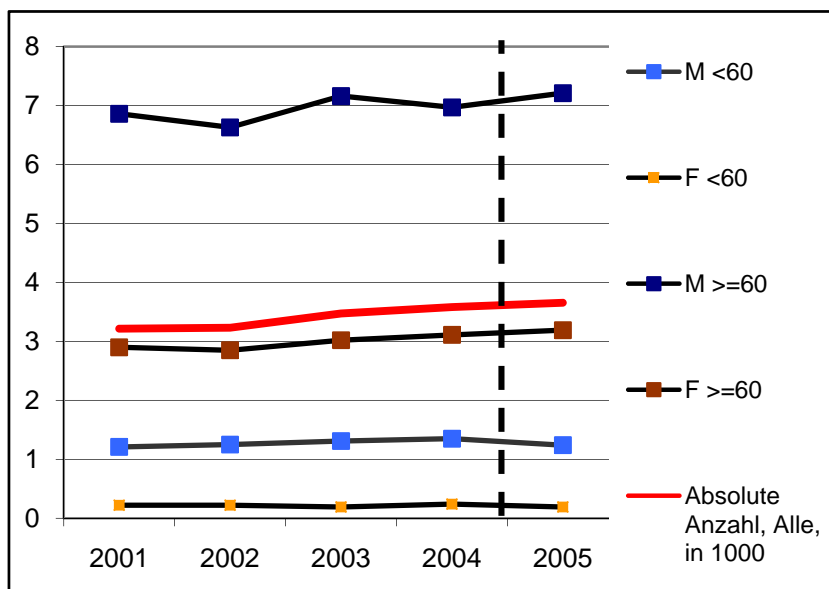
Rauchen nur noch im Freien: Das Verbot zeigt Wirkung

11. Oktober 2006

In Italien ist innerhalb von sechs Monaten nach Einführung eines generellen Rauchverbots in Restaurants, Bars und anderen öffentlichen Räumen die Zahl an Patienten mit akutem Herzinfarkt merklich

zurückgegangen. Das legen zumindest die Ergebnisse einer aktuellen Analyse nahe.

Der Epidemiologe Francesco Barone-Adesi von der Universität in Turin und seine Kollegen haben die Daten aller Patienten zusammengetragen, die zwischen Februar 2001 und Juni 2005 aufgrund eines akuten Herzinfarkts in einem Krankenhaus der oberitalienischen Region Piemont behandelt worden sind. Wie die Autoren in der aktuellen Ausgabe der Fachzeitschrift „European Heart Journal“ (Bd. 27, S. 2468) berichten, wurden bis zum Dezember 2004 jedes Jahr etwa gleich viele Infarkt Kranke stationär versorgt. Nach Inkrafttreten des Rauchverbots Anfang 2005 sei es dann zu einer raschen Wende gekommen, zumindest bei der jüngeren Altersgruppe. In diesem Kollektiv habe die Infarkthäufigkeit zwischen Januar und Juni 2005 um durchschnittlich elf Prozent abgenommen.

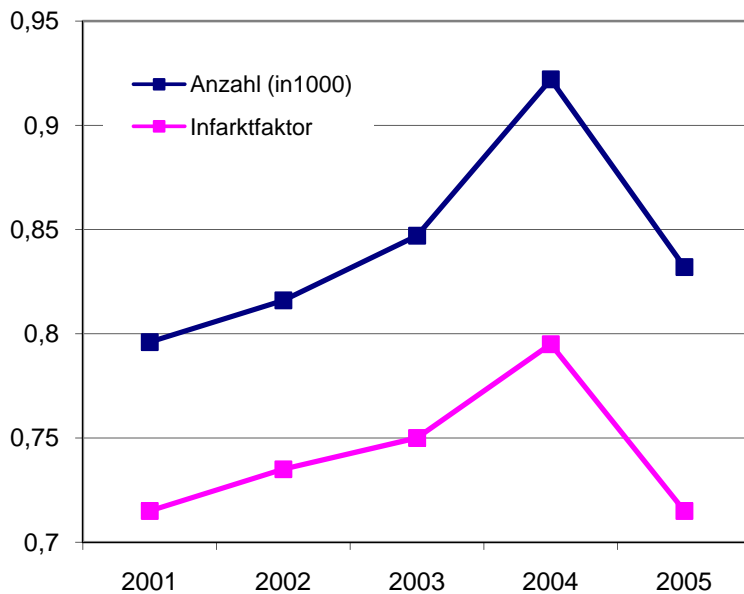


Nur in den Gruppen unter 60 Jahren, gab es eine Reduktion der Infarktrate – genau der Altersklasse, die nach Angaben von Frau Pötschke-Langer viel WENIGER durch Passivrauch gefährdet ist als Ältere!

Doch insgesamt stieg die absolute Zahl der Infarkte (Rote Linie) sogar deutlich an, von 3.581 im Jahr 2004 auf 3.655 im Jahr 2005.

35 Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction Francesco Barone-Adesi*, Loredana Vizzini, Franco Merletti, and Lorenzo Richiardi, European Heart Journal (2006) 27, 2468–doi:10.1093/eurheartj/ehl201

Aus einer STEIGENDEN Fallzahl einen Erfolg des Rauchverbots zu machen, ist wahrhaftig eine beachtliche statistische Leistung! Nun, Baroni-Ardese hatte es auch nicht leicht, denn die Daten aus Piemont folgen nicht dem Trend anderer Industrieländer, in denen die Infarktrate seit langem stetig fällt, was hauptsächlich einer besseren medikamentösen Vorbeugung gutgeschrieben wird – hier hat Italien wohl Nachholbedarf. Es wäre für die Gesundheit der Bürger dieses Landes viel wichtiger, die medizinische Versorgung in dieser Hinsicht zu verbessern, als nutzlose Rauchverbote mit getürkten Statistiken zu bejubeln!



Eine genauere Betrachtung der Verlaufskurven zeigt auch: Der Rückgang im Jahr 2005 scheint eher die Folge eines statistischen »Ausreißers« nach oben im Jahr 2004 zu sein, der durch einen zufälligen Sprung nach unten wieder ausgeglichen wurde. In jedem Fall waren die Daten im Jahr 2001 und teilweise auch 2002 BESSER als das gelobte Jahr des Rauchverbots 2005.

Die Interpretation, dass das Rauchverbot einen Rückgang der Infarkte um 11 Prozent bewirkt hat, ist eine dreiste Fälschung der Daten!

Italien II

Die Geschichte

Ein Artikel³⁶ im Journal Circulation behauptet, die Infarktrate in Italien sei nach dem Rauchverbot im Jahr 2005 um 8-11 Prozent zurückgegangen.

Die Studie verglich die altersstandardisierten Raten bei Erwachsenen in drei Altersgruppen für den Zeitraum 2000-2004 (vor dem Rauchverbot) mit den Daten von 2005 (erstes Jahr des Rauchverbots)

Für die Altersgruppe 35-64 Jahre war die Infarktrate 11 Prozent niedriger, für die Gruppe 65-74 Jahre verringerte sie sich um 8 Prozent und für die Gruppe 75-84 Jahre fand sich keine Verringerung.



GESUNDHEIT

Herzbeschwerden nach Rauchverbot gesunken

Nach Einführung des Rauchverbots in Italien im Jahr 2005 ist die Zahl der akuten Herzbeschwerden deutlich gesunken. Zu diesem Ergebnis kommt nun eine neue Studie der italienischen Gesundheitsbehörde. Nur bei einer untersuchten Personengruppe fand kein Rückgang der Herzprobleme statt – der Grund dafür leuchtet ein.



Weniger Herzbeschwerden in Italien durch Rauchverbot.

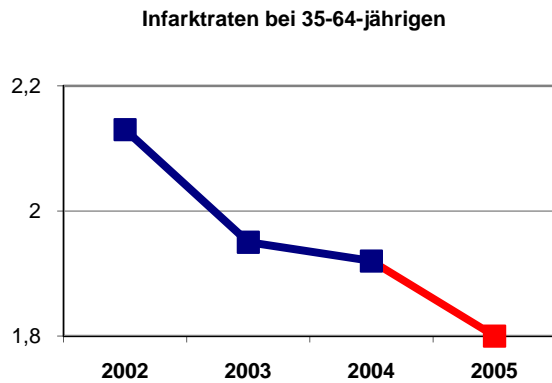
Foto: dpa

36 Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N, et al. Effect of the Italian Smoking Ban on Population Rates of Acute Coronary Events. Circulation 2008

Die Autoren deuten die beobachtete Verminderung der Infarktrate bei den 35-74jährigen als Erfolg des Rauchverbots. Ein Studienautor äußerte: »Rauchverbote in der Öffentlichkeit und am Arbeitsplatz führen zu einer wichtigen Reduzierung von Herzinfarkten.«

Die Presse titelte: »Herzbeschwerden nach Rauchverbot gesunken!«

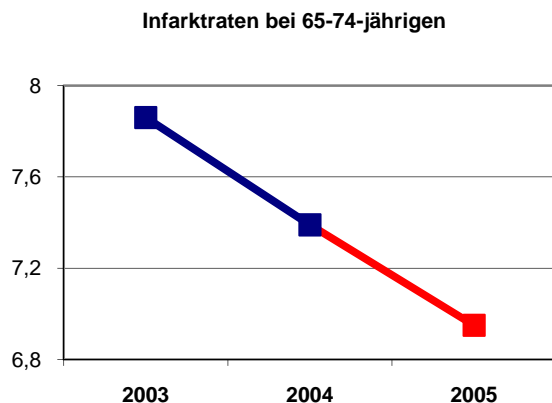
Die ganze Geschichte



Ein kurzer Blick auf die Daten genügt, um diese Schlussfolgerungen in das Reich der Märchen aus 3301 Nacht zu verweisen:

Bei den 35-64-jährigen gab es im Jahr 2005 zwar einen Rückgang, doch er war mit 0,12 deutlich geringer als der Rückgang zwischen den Jahren 2002 und 2003, der 0,18 betrug.

Es gibt also einen langfristigen Trend, der nichts mit dem Rauchverbot zu tun hat und dem dieser Rückgang zugesprochen werden muss.



Das gleiche Bild zeigt sich in der nächsten Altersgruppe: Hier war schon im Jahr vor dem Rauchverbot eine gleich große Senkung zu verzeichnen, das Rauchverbot hatte keinen erkennbaren Effekt!

Fazit

Wieder einmal findet sich eine derart große Diskrepanz zwischen Aussagen und Daten, dass von einer bewussten Irreführung der Öffentlichkeit gesprochen werden muss: Die Studie ist Junk-Science, die Autoren sind Lügner!

Frankreich

Die Geschichte

Schon nach wenigen Wochen fanden Forscher der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie, dass die Infarkttrate (Herzinfarkte und Schlaganfälle) sich dank des Rauchverbots, das am 1 Januar 2008 in Kraft trat, um 15 Prozent verminderte!

Nicht nur die Zeitschrift FOCUS (rechts, Ausgabe vom 27. Februar 2008) berichtete darüber.

Die ganze Geschichte

In Frankreich ist schon seit dem 1. Februar 2007 ein Rauchverbot an Arbeitsplätzen in Kraft, dies wurde jedoch erst mit einer Übergangsfrist bis zum 1. Januar 2008 auch für die Gastronomie verbindlich.

Und NUR auf dieses zweite Verbot, also nur auf einen einzigen Monat, bezieht sich die Jubelmeldung! Der erste Absatz des FOCUS-Artikel suggeriert jedoch, die Infarkte seien schon ein ganzes Jahr lang rückläufig!

Weiter ist beachtlich, dass diese Ausgabe des FOCUS am 27. Februar 2008 erschien. Zu diesem Zeitpunkt waren die amtlichen Infarkt-Statistiken bereits veröffentlicht, die das »Wunder von Schottland« entlarvten. Der BBC hat schon am 16. November des Vorjahrs eine entsprechende Meldung gemacht. Dennoch wiederholt die Zeitschrift noch einmal das Lügenmärchen!

Doch zur teilweisen »Ehrenrettung« der FOCUS-Redaktion muss gesagt werden, dass sie mit dieser schlampigen, vorurteilvollen und leichtgläubigen Art nicht allein steht, die meisten anderen Pressehäuser sind auf einem ebenso schlechten Niveau, der größte Konkurrent des FOCUS, der SPIEGEL, ist in dieser Hinsicht sogar geradezu unterirdisch.

Doch nun zur Sache:

Die Rauchverbote in Frankreich bewirkten erst einmal keinerlei Veränderung beim Tabakkonsum an sich: Man sieht an dieser offiziellen Grafik, dass der Zigarettenkonsum zwar saisonal schwankt, über die Jahre jedoch völlig gleich ist.

Ähnlich Ergebnisse gibt es auch aus anderen Ländern: Rauchverbote bewirken keinen Rückgang der Raucher und keinen Rückgang des Tabakkonsums.

Zugleich muss diese Tatsache bedeuten, dass der Rückgang der Infarkte, wenn er denn im Zusammenhang mit dem Rauchverbot steht, ausschließlich Nichtraucher und ausschließlich Personen betrifft, die Gasthäuser aufsuchen, denn nur dort ergaben sich Veränderungen.

Herzinfarkt

Rauchverbot rettet Leben

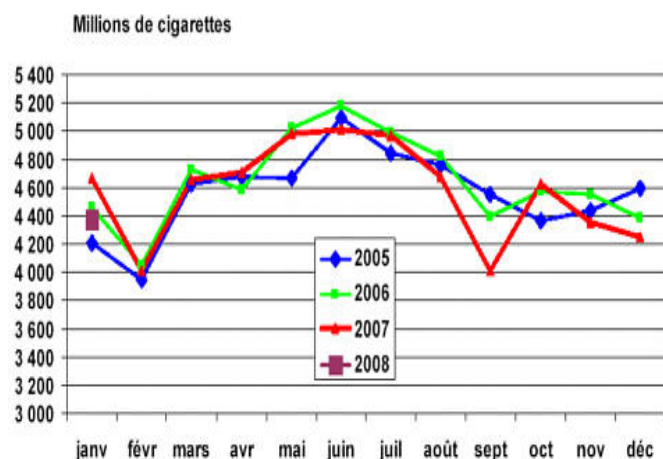
Seit der Einführung des Rauchverbots in Frankreich ist die Zahl der Herzinfarkte um 15 Prozent gesunken. Dort ist seit etwa einem Jahr das Qualmen in der Öffentlichkeit tabu.

Seit Mitte Februar gilt in Frankreich ein Rauchverbot: In Restaurants, Hotels und Casinos müssen Raucher nun auf ihr Laster verzichten. Seither ist die Zahl der Herzinfarkte dort drastisch gesunken. Das berichtet die Europäische Gesellschaft für Kardiologie.



In den Ländern mit Rauchverbot sinkt die Herzinfarkttrate dramatisch

Ähnliche Beobachtungen haben Mediziner aus Italien und Schottland bereits beschrieben: In Rom sank die Zahl der akuten Infarkte um 11,2 Prozent seit dem Beginn des Rauchverbots im Januar 2005. In Schottland verringerte sich die Zahl der Herzinfarkte unter den Rauchern um 17 Prozent – unter den Nichtrauchern sogar um 20 Prozent.

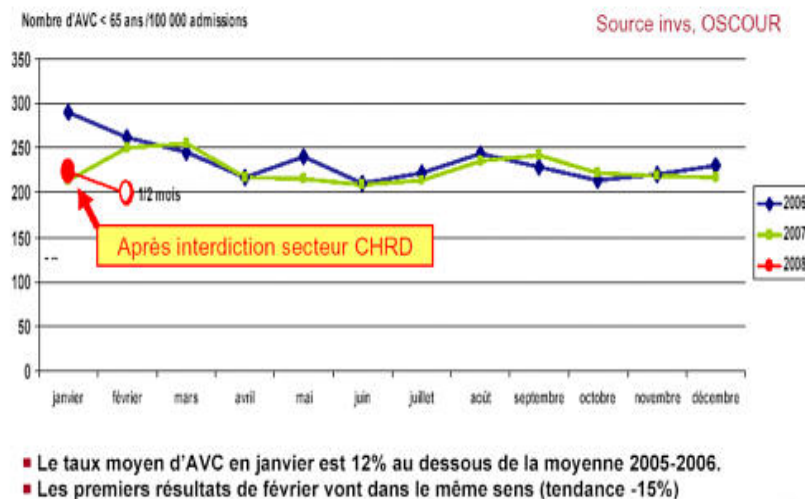


Das ist schon einmal ein Punkt, an dem Zweifel ansetzen muss: Kann diese kleine Gruppe tatsächlich für so einen gewaltigen Rückgang der Infarkte verantwortlich sein? Das müsste ja bedeuten, dass gaststättenbesuchende Nichtraucher, die ja selbst kaum 15 Prozent der Bevölkerung ausmachen, wunderbarerweise von einem Tag auf den anderen völlig von Infarkten verschont würden!

Die Behauptung ist also im höchsten Maß unplausibel.

Des Weiteren muss berücksichtigt werden, dass es eigentlich zwei Stufen des Rauchverbots gab: Arbeitsplätze ohne Gastronomie seit Februar 2007, Gastronomie seit Januar 2008. Eigentlich müssten sich ja BEIDE Verbote in der Statistik niederschlagen, denn es werden ja nicht Gaststättenbesucher oder Arbeitnehmer statistisch überprüft, sondern die Gesamtbevölkerung.

Nun beruft sich diese Messung nur auf einen einzigen Monat, den Januar 2008 – und wir wissen, wie groß die zufällige statistische Streuung solcher Zahlen ist! Es ist einfach unverantwortlich, so eine Behauptung aufzustellen, wenn sie schon im nächsten Monat durch einen weiteren Wert zur Makulatur werden kann. Mit Wissenschaft hat so etwas nichts zu tun!



Betrachtet man die Statistik der Schlaganfälle³⁷, fällt auf: Die erste Stufe des Verbots brachte gar keine Verbesserungen, das Jahr 2007 ist, mit Ausnahme des Januars, mit dem Jahr 2006 praktisch identisch. Für den Januar 2008 wurden die Fälle nicht mit denen des Januars 2007 verglichen, sondern mit denen des Januars 2006 – gegen das Jahr

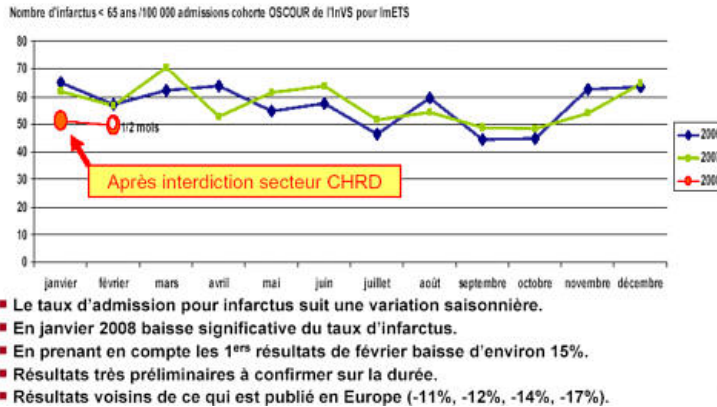
2007 wäre nämlich statt einer Senkung um 12 Prozent sogar eine leichte Erhöhung feststellbar gewesen!

Natürlich wäre eine Verbesserung gegenüber dem Jahr 2006 auch ein Gewinn, doch schon 2007 zeigte sich so ein kurzes Strohfeuer, das sich in den Folgemonaten nicht fortsetzte.

Es gibt also keinerlei Gewähr dafür, dass wir im Januar 2008 nicht wieder nur eine zufällige statistische Schwankung wie im Jahr 2007 beobachten, daran ändert auch das »Zwischenergebnis« der ersten beiden Februarwochen nichts!

Es ist daher völlig unverantwortlich, hier von einer Verbesserung der Gesundheitsdaten zu sprechen und es ist vor allem reine Kaffeesatzleserei, diese höchstwahrscheinlich zufällige Schwankung als »Erfolg« des Rauchverbots auszugeben!

37 Herausgeber: Europäische Gesellschaft für Kardiologie.
Die Grafik zeigt Schlaganfälle für Personen < 65 Jahren pro 100.000 Einwohner, Rot die Daten für das Jahr 2008, also nach Einführung des Rauchverbots in Gaststätten.

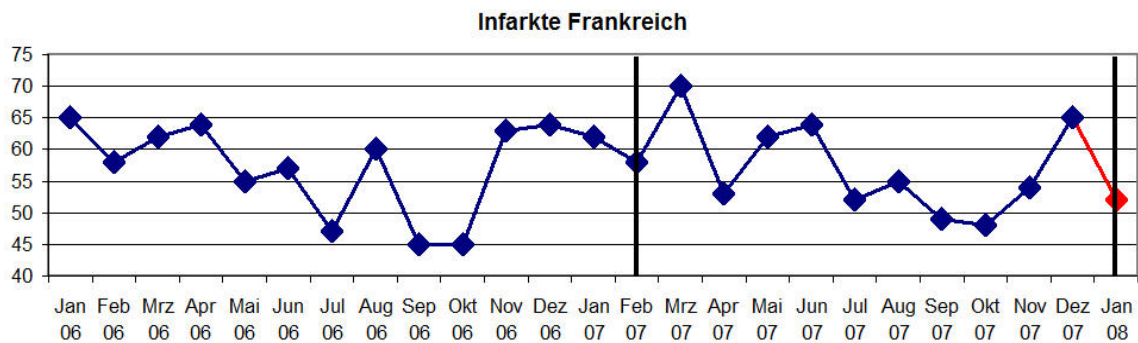


Bei den Herzinfarkttraten³⁸ kann man als erstes wieder feststellen: Die erste Stufe der Rauchverbote hat gar nichts ‚gebracht‘! Im Jahr 2007 zeigte sich gegenüber dem Jahr 2006 keine nennenswerte Veränderung, Differenzen sind offenbar rein zufällig.

Diese zufälligen saisonalen Schwankungen der Infarkte sind im Lauf der letzten bei-

den Jahre von Monat zu Monat oft weit höher gewesen als der rot herausgestellte Rückgang im Januar 2008 gegenüber den Vorjahren. Die behauptete Verbesserung bewegt sich also völlig innerhalb der natürlichen statistischen Fluktuationen solcher Werte und ist daher völlig bedeutungslos.

Dies zeigt sich sehr viel besser, wenn man die Daten in einer Reihe anordnet:



Die beiden Rauchverbots-Termine sind mit Balken markiert. Kein vernünftiger Mensch würde zustimmen, wenn anhand dieses Diagramms die Behauptung aufgestellt wird, der letzte Monat, also der (rot gezeichnete) Januar 2008, sei aufgrund des Rauchverbots signifikant besser als die Zeit davor.

Das einzige, was man aus diesen Daten wirklich herauslesen kann, ist: Rauchverbote an Arbeitsplätzen außerhalb der Gastronomie (die im Februar 2007 in Kraft traten!) haben nicht den geringsten Einfluss auf die Infarktstatistik! Ob das Gastronomie-Rauchverbot tatsächlich Infarkte verhindern kann, muss sich erst noch erweisen.

Fazit

Die Schlussfolgerungen dieser ominösen Studie sind unhaltbar. Sie sind nicht objektiv und sie basieren auf völlig ungenügenden Datenmengen.

Das Ganze ist Junk-Science in reinsten Form. Zweifellos hatten die »Forscher«, die dieses Papier verfassten, keine lauterer Absichten, denn so naiv und unbedarf sind Mitarbeiter der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie denn wohl doch nicht, dass sie das selbst glauben würden.

An dieser Stelle könnten wir noch weitere ähnliche Beispiele aufführen, z. B. England. Aber überall stoßen wir auf das gleiche Bild.³⁹

38 Grafik links: Infarkte bei Menschen < 65 Jahre pro 100.000 Einwohner.

39 <http://tobaccoanalysis.blogspot.com/2008/06/media-reports-decline-of-up-to-40-in.html>

Zum Schluss

Einer der stärksten Schutzmechanismen der Prohibitionisten scheint ihre völlig skrupellose Dreistigkeit zu sein: Sie lügen so frech, dass es einem normalen Menschen unglaublich erscheint. Im Falle der Herzinfarkte dreister und offensichtlicher denn je!

Doch die Fakten sind unwiderlegbar und unzweideutig.

Es gibt keine andere Erklärung:

Entgegen ihres stets betonten moralischen Anspruchs, ist die »Tabakkontrolle«, falls sie je ehrlich war, längst zu einer gigantischen Lügen- und Propagandamaschine verkommen. Sie übertrifft darin die von ihr stets so geschmähte »Tabaklobby« bei weitem.

Besonders erschreckend ist die Leichtigkeit, mit der nach der Initialzündung der Helena-Studie eine wahre Flut von Nachahmungen entstand. Es ist unwahrscheinlich, dass dahinter eine Steuerung oder ein »großer Drahtzieher« stand. Viel plausibler ist es, anzunehmen, dass die Tabakkontrolle von Subjekten beherrscht wird, die völlig amoralisch auf jeden fahrenden Zug aufspringen, der ihnen Fördergelder und Publicity verspricht.

Diese Prostitution ist unerträglich und fügt der Wissenschaft und der Aufklärung unermesslichen Schaden zu. Das weitestgehende Versagen der etablierten wissenschaftlichen Kontrollmechanismen verschärft diese Befürchtungen ganz erheblich.

Und offenbar ist es kein amerikanisches Problem, da auch europäische Professoren darin ihr Heil suchen.

Wer solche unehrlichen Mittel einsetzt, kann auch kein ehrliches Ziel haben. Die neuen Prohibitionisten stehen nicht im Dienst der Wohlfahrt für alle, sondern wollen dem Volk rücksichtslos ihre »Gesundheits«-Ideologie und ihre Dogmen aufzwingen. Ihr Ziel ist die Tyrannei der Gläubigen über die Ungläubigen, die Ausrottung der Ketzer, die bedingungslose Unterordnung in einem »Gottesstaat«, dessen Zweck nicht die »Gesundheit«, sondern die Herrschaft einer korrupten Priesterkaste ist.

Zu diesem Zweck zerstören sie nicht nur die Toleranz, säen sie nicht nur Zwietracht.

Sie missbrauchen die Wissenschaft und degenerieren sie zu einer Art Astrologie, indem sie pseudowissenschaftliche Phrasen und Quacksalber-Methoden verwenden, um ihren neurotischen Dogmen Seriosität zu verleihen und das eine oder andere Pöstchen zu ergattern.

Damit gefährden sie die Aufklärung – nicht weniger als Kreationisten und ähnliche irreführende Sektierer.

Wenn sie siegen, wird diese Welt ein Ort, der sich nur wenig von den finstersten Perioden des Mittelalters unterscheidet.

Wir dürfen das nicht zulassen!

Zitierte Medien, Organisationen und Institutionen

Abseits-Blog

BBC

British Medical Journal

Bundes-Gesundheitssurvey, Robert-Koch-Institut

California Department of Health Services, Tobacco Control Section

Cirulation

Deutsches Ärzteblatt

EMNID

Europäische Gesellschaft für Kardiologie

European Heart Journal

FAZ

FOCUS

FORCES International

Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle am DKFZ

Medica.de

National Center for Health Statistics, USA

Netzwerk Rauchen

NHS National Services Scotland

Office for National Statistics, UK

Office of Tobacco Control, Irland

Preventive Medicine

Reason Magazine

Schottische Regierung

Süddeutsche Zeitung

The Rest of the Story: Tobacco News Analysis and Commentary

Universität Glasgow

Welt



Netzwerk Rauchen – Forces Germany e. V.

Bundesgeschäftsstelle
c/o Christoph Lövenich

Bornheimer Str. 104
53119 Bonn

Tel. 0228 / 68 46 968

Fax 01212 / 51 05 43 570

Info@Netzwerk-Rauchen.de

www.Netzwerk-Rauchen.de

Netzwerk Rauchen ist

- die führende Bundesvereinigung gegen die Diskriminierung von Raucherinnen und Rauchern.
- überparteilich und von wirtschaftlichen Interessen unabhängig, wir nehmen keine Spenden und Zuwendungen aus Tabak- und Pharmaindustrie an.

Netzwerk Rauchen will

- Freiheit und Selbstbestimmung statt Bevormundung und autoritärer Regulierung.
- den um sich greifenden Verbots- und Gesundheitswahn stoppen.
- ehrlichen Umgang mit wissenschaftlichen Fakten statt einseitiger Manipulation.

Netzwerk Rauchen informiert

- über die Passivrauchlüge: Erfahren Sie von uns, weshalb die Mythen von der angeblichen Gesundheitsgefahr durch Umgebungsrauch nichts als heiße Luft sind.
- über die gefährlichen Folgen von gesetzlichen Rauchverboten, Tabaksteuererhöhungen und Ekelfotos auf Tabakpackungen.

Netzwerk Rauchen handelt

- als politische Lobby und Interessenvertretung: Wir beteiligen uns an der öffentlichen Debatte zum Umgang mit Tabakrauch, setzen uns für ein tolerantes Zusammenleben von Rauchenden und Nichtrauchenden ein.
- mittels Kampagnen, Stellungnahmen, Öffentlichkeitsarbeit, Aktionen und Publikationen.
- als Plattform zur Vernetzung aller Interessierten, die sich gegen gesetzliche Rauchverbote und weitere Ächtung des Tabakgenusses engagieren.



Informieren Sie sich – Unterstützen Sie uns mit Spenden – Werden Sie Mitglied