

Ärztlicher Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit e.V.
Bundesvorsitzender, Postfach 12 44 D-85379 Eching

Herrn
Dr. med. Elmar Wille
Vizepräsident der ÄKB
Mariendorfer Damm 73

12109 Berlin

Bundesvorsitzender
Prof. Dr. med. Friedrich J. Wiebel
Postfach 12 44
D-85379 Eching
Telefon / Fax (0 89) 3 16 25 25
e-mail: wiebel@globalink.org
www.aerztlicher-arbeitskreis.de
Sparkasse Murnau
Konto-Nr. 114397 – BLZ 70351030
Postbank Ludwigshafen/Rhein
Konto-Nr. 107513-679 – BLZ 545 10067

Ihre Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unsere Zeichen
ÄARG/ÄKB1

Datum
04. September 2011

Äußerungen des ÄKB-Präsidenten zur Tabakprävention

Sehr geehrter Herr Dr. Wille,

dieses Schreiben ist an Sie als Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin gerichtet.

Es betrifft die Äußerungen des ÄKB-Präsidenten Dr. Günther Jonitz, die er am 4. Mai anlässlich eines Vortrags mit dem Titel „*Nichtraucherchutz: Wie weit geht die Antiraucherkampagne?*“ vor Vertretern der Tabakbranche gemacht hat, sowie die in diesem Zusammenhang von ihm schriftlich fixierten Thesen. Eine Kurzdarstellung seines Vortrags und die Thesen sind von der Webseite des Veranstalters, des Zigarrenhändlers Herzog, abrufbar (1).

Ein Großteil der von Herrn Dr. Jonitz vorgebrachten Argumente und Thesen stehen im direkten Widerspruch zu anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnissen und damit zur Einstellung der deutschen Ärzteschaft zur Tabakprävention, wie sie in zahlreichen Beschlüssen von Ärztetagen (2) und Verlautbarungen der Bundesärztekammer (3) festgelegt wurde. Sie widersprechen fundamental der Position der deutschen, europäischen und weiteren internationalen nichtstaatlichen Gesundheitsorganisation (4) und sind unvereinbar mit den Buchstaben und Geist des WHO-Rahmenabkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC), das in Deutschland einen gesetzlichen Rang erlangt hat (5).

Ärzte sind die Meinungsführer in den Bemühungen zur Eindämmung des Tabakkonsums und zum Schutz vor dem Passivrauchen. Von daher ist es nicht akzeptabel, wenn ein hochrangiger Vertreter der Ärzteschaft öffentlich erklärt, dass moderates Rauchen sinnvoll und gesundheitlich unschädlich sein könne und erhalten bleiben müsse. Mehr noch, dass dazu der Schulterschluss mit der Tabakindustrie in der politischen Arena notwendig sei (siehe Anlage 2).

Die oberste Leitlinie zu Art. 5.3 des Rahmenabkommens stellt unmissverständlich fest: „*Es gibt einen fundamentalen und unüberbrückbaren Konflikt zwischen den Interessen der Tabakindustrie und gesundheitspolitischen Interessen.*“ Daraus folgt: „*Die Tabakindustrie sollte kein Partner bei irgendeiner Initiative sein, die mit der Festlegung oder Umsetzung von gesundheitspolitischen Maßnahmen verknüpft ist,*“ (Nr. 21 der Leitlinie zu 5.3 FCTC).

Wir halten es im Interesse der Ärzteschaft, aber auch mit Blick auf den Ruf der ÄKB als Ausbildungsstätte, in der der Mitunterzeichner langjährig als Referent bei der Betriebsärzteausbildung tätig ist, für geboten, dass sich der Vorstand der ÄKB von den sachlich falschen, irreführenden und der Tabakprävention schädlichen Äußerungen seines Präsidenten distanziert. Schweigen kann unter den gegebenen Umständen von der Öffentlichkeit und der Ärzteschaft nicht anders verstanden werden, als dass der Vorstand die Meinung seines Präsidenten teilt.

Der Vorstand sollte zumindest Folgendes klarstellen:

- Rauchen ist immer gesundheitsschädlich, auch das „leichte“, „gelegentliche“, „mäßige“ und „kontrollierte“ Rauchen.
- Für krebserregende Substanzen gibt es keine „ungefährlichen“ Konzentrationen, d.h. der Satz des Paracelsus, nur die Dosis mache eine Substanz zum Gift, trifft für diese Substanzen nicht zu.
- Die Interessen der Tabakindustrie und die Belange der Gesundheit sind unvereinbar. Die ärztliche Ethik verbietet es, gemeinsam mit der Tabakwirtschaft zu handeln.
- Die wissenschaftlichen Kenntnisse zum Aktiv- und Passivrauchen sind hinreichend, um Maßnahmen der Tabakprävention, z.B. den umfassenden Schutz vor dem Passivrauchen, das Verbot der Tabakwerbung, der Tabakpromotion und des Sponsorings oder die Einführung abschreckender Bilder auf Zigarettenschachteln zu begründen.

Der Vorstand sollte darüber hinaus zur Richtigstellung der Äußerungen von Herrn Dr. Jonitz Folgendes bekräftigen:

- Rauchverbote in öffentlichen geschlossenen Räumen führen nicht zu einer Erhöhung der Belastung mit Tabakrauch im häuslichen Bereich.
- Die Einrichtung von Abluftanlagen bietet keinen Ersatz für Rauchverbote.

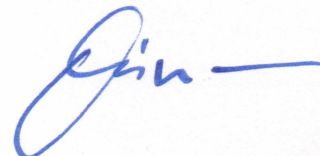
Zum Schluss möchten wir betonen, dass es uns um die Sache und nicht die Person des Kammerpräsidenten geht. Wir halten es für unerlässlich, dass die Ärzteschaft bei der Prävention des Rauchens und Passivrauchens mit einer Sprache spricht - und jeder Irreführung der Öffentlichkeit durch die Tabakindustrie und ihre Parteigänger entgegenwirkt.

Bitte lassen Sie uns wissen, wenn Sie zu der Angelegenheit ergänzende Informationen brauchen.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Friedrich Wiebel
(Bundesverband)



Dr. Jörn Reimann
Regionalverband Berlin)

Anlagen

- cc Mitglieder des ÄKB-Vorstands
Präsident der ÄKB
Aktionsbündnis Nichtraucher (ABNR)
Bundesärztekammer (BÄK)
European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP)
Framework Convention Alliance (FCA)

Anlage 1:

Quellen:

1. http://www.herzog-am-hafen.de/zigarren_akademie_wissensartikel.php?id=85&osCsid=69abf6c0fe8ca7e4fe3612fcb96ce690
2. Beispiele für Beschlüsse der Ärzteschaft zum Tabakkonsum: z.B:
 - Ärztliche Angebote zur Raucherberatung und Behandlung der Abhängigkeit (Beschlussprotokoll 2005)
 - Schutz vor Passivrauchen in öffentlichen Gebäuden – wirksame Maßnahmen am Arbeitsplatz einschließlich medizinischer Einrichtungen und der Gastronomie (Beschlussprotokoll, 2006)
 - Sicherstellung eines umfassenden Schutzes vor dem Passivrauchen (Beschlussprotokoll 2007)

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.9147.9151.9164.9176>
3. Pressemitteilungen der Bundesärztekammer:
<http://www.bundesaerztekammer.de/pate.asp?his=1.9147.9151.9164.9175>
4. Positionspapier des Aktionsbündnis Nichtraucher (ABNR):
http://www.aktionsbuendnis-nichtrauchen.de/files/abnr_brosch_re_positionspapier.pdf
5. Gesetz zu dem Rahmenübereinkommen der Weltgesundheitsorganisation vom 21. Mai 2003 zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Gesetz zu dem Tabakrahmenübereinkommen) vom 19. November 2004, abrufbar z.B. von der Webseite des ABNR:
http://www.aktionsbuendnis-nichtrauchen.de/files/who_fctc191104.pdf

Anlage 2

„Thesen zum Nichtraucherschutz unter Erhalt des Genussrauchens“

von Dr. med. Günther Jonitz, 01.08.2011

(Auszug der anstößigsten Thesen)

Unsere Kommentare zu den einzelnen Thesen sind in Kursivschrift eingerückt

1. Um den Einstieg in das krankhafte Rauchen zu vermeiden muss die Forschung über medizinische und soziale Ursachen des Rauchens intensiviert werden.

Die Ursachen für den Einstieg in das Rauchen sind hinlänglich bekannt. Der Ruf nach immer mehr Forschung (siehe auch Nr. 11 und 12) ist Teil der langjährigen Taktik der Tabakwirtschaft mit dem Ziel, Einschränkungen bei der Vermarktung ihrer Produkte zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern.

Die Unterscheidung von „krankhaftem“ und „nicht-krankhaftem“ („Genuss“-)Rauchen ist eine Erfindung der Marketingexperten der Tabakindustrie. Die Unterscheidung hat nicht die geringste naturwissenschaftlich/medizinische Grundlage. Die Vorstellung von unschädlichem „Genussrauchen“ ist hochgradig irreführend (siehe dazu auch Punkt 8 unten).

6. Absolute Rauchverbote verlagern das Rauchen entweder ins Freie und führen dort zu neuen Gefährdungen und Belastungen oder in das häusliche Umfeld. Dort sind insbesondere Kleinkinder ungeschützt dem Passivrauchen ausgesetzt. Absolute Rauchverbote sind deshalb nicht sinnvoll.

Die vor Jahren gehegte Befürchtung, dass Rauchverbote in geschlossenen Räumen (besonders in Gaststätten) die Belastung mit Tabakrauch im häuslichen Umfeld erhöhen könnte, hat sich nicht bewahrheitet. Die Studienergebnisse dazu haben vielmehr gezeigt, dass das Passivrauchen von Kindern zu Hause nach solchen Rauchverboten abgenommen hat. Es gehört zur Praxis der Tabakindustrie, ihr nicht genehme Forschungsergebnisse zu ignorieren und ungehört ihre alten Behauptungen vorzubringen.

8. Genussrauchen muss vom pathologischen Rauchen differenziert werden („Paracelsus: Allein die Dosis macht, dass ein Gift ein Gift ist“)

*Es gehört zum Lehrbuchwissen, dass für krebserregende Substanzen keine „Schwellenwerte“ bestehen, die beim Unterschreiten eine Schädigung **ausschließen könnten**. **Insofern ist das Paracelsus-Zitat irreführend. Der Tabakrauch enthält** mehr als 50 krebserregende Substanzen.*

Das Zitat täuscht im Übrigen darüber hinweg, dass auch die niedrigen Konzentrationen toxischer Substanzen, wie sie beim Rauchen weniger Zigaretten oder dem Passivrauchen zu finden sind, einen oxidativen Stress und Entzündungsreaktionen auslösen und letztlich zu Herz-Kreislauf- und Lungenkrankheiten führen können.

9. Raucher sind keine Menschen zweiter Klasse. Sie dürfen nicht stigmatisiert werden. Sie haben Anspruch auf einen menschenwürdigen Umgang.

Die angebliche „Diskriminierung“, „Stigmatisierung“ und „menschenunwürdige Behandlung“ der Raucher ist ein Dauerargument der Tabakindustrie, mit dem sie den Niedergang der sozialen Akzeptanz des Rauchens aufhalten und das Selbstbewusstsein der Raucher stärken will. Das

Vokabular versucht auszublenden, dass Raucher in Bezug auf ihre passiv mitrauchenden Mitmenschen Täter sind und keineswegs Opfer.

11. Die Dosis-Wirkungsbeziehungen der Toxizität des Tabakrauchs sind darzustellen. Wissenschaftliche Aussagen über Wirkungen des Rauchens und Passivrauchens müssen auf eine solide Grundlage gestellt werden.

Über die Dosis-Wirkungsbeziehungen des Tabakrauchs bestehen sowohl für die Entwicklung von Krebs als auch Herz-Kreislaufkrankheiten und Lungenkrankheiten gesicherte Erkenntnisse. Die Unterstellung, dass dem Wissen über die Gesundheitsgefahren des Rauchens und Passivrauchens eine solide Grundlage fehle, reiht sich in die unter Punkt 5.,6. und 12 (s.u.) genannten Strategien der Tabakindustrie ein, d.h. Bezweifeln oder Ignorieren wissenschaftlicher Erkenntnisse und Hinhalten einschränkender Maßnahmen durch die Forderung nach Forschung.

12. Die Ursachen von krankhaftem Rauchen müssen besser erforscht, Anti-Einstiegs-Kampagnen müssen ursächlich sein und nicht allein auf Abschreckung setzen.

Siehe oben Punkt 11.

Wie man sich leicht davon überzeugen kann, setzen die führenden deutschen „Anti-Einstiegs-Kampagnen“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder das Schulprogramm „Be smart – don’t start“ keineswegs allein auf Abschreckung. Es ist aber der Ansatz der Abschreckung, den die Tabakindustrie besonders fürchtet.

13. Um den sinnvollen Gebrauch und Genuss von Tabak weiter zu ermöglichen, sind gemeinsame politische Aktionen notwendig.

Diese Aussagen sind Kernbestandteile der Vermarktungs- und Werbestrategien der Tabakindustrie, die glauben machen will, dass

- *Rauchen – zu welchem Gebrauch und Genuss auch immer –sinnvoll ist,*
- *Rauchen weiterhin möglich sein muss,*
- *dazu Ärzte und Tabakindustrie gemeinsam politisch wirksam sein sollten.*

Die Aussagen widersprechen in jeder Hinsicht dem ärztlichen Verständnis über die Gesundheitsschädlichkeit des Rauchens und die Notwendigkeit der Tabakprävention. Die Unterstützung politischer Aktionen der Tabakindustrie durch Ärzte verletzt nach unserem Ermessen die Regeln der ärztlichen Ethik.