

Offener Brief

Antwort zum Beitrag von Dr. Joseph Kuhn

„Epidemiologie nach Prof. Grieshaber“, Science Blog vom 5. Okt. 2012;
<http://scienceblogs.de/gesundheits-check/2012/10/05/epidemiologie-nach-prof-grieshaber/>

von Romano Grieshaber

Sehr geehrter Herr Dr. Kuhn,

es ist guter wissenschaftlicher Brauch, Hinweise und Korrekturen aus dem Kollegenkreis anzunehmen, wenn sie berechtigt sind. Zu Recht haben Sie bemängelt, dass sich ein Übertragungsfehler (40–59 statt 30–49) in den Interpretationstext zur von Ihnen in einem Blogartikel betrachteten Tabelle eingeschlichen hat und eine weitere Zeile dort nicht beschrieben wurde, und auch ein Druckfehler in einer Tabelle, der aus der Zahl 0,34 in einer Spalte fälschlicherweise zu der Zahl 0,35 machte, ist Ihrem scharfen Auge nicht entgangen. Man kann halt korrigieren, wie man will, am Ende tauchen in einem Buch dennoch unweigerlich noch Fehler auf, die in einer Nachauflage beseitigt werden müssen. Was in diesen Fällen auch geschehen wird.

Jetzt frage ich mich aber doch: Wie kommt es eigentlich, dass Ihnen, der Sie doch so genau und so kritisch hingesehen haben, andere, **sehr viel offensichtlichere Dinge im selben Text entgangen sind?** Werfen wir doch einmal gemeinsam einen ganz kurzen ersten Blick auf eine der Informationen, die Sie unerklärlicherweise bei Ihrer intensiven Lektüre meines Buches **völlig übersehen** haben: Bei der Betrachtung der Tabelle **hätte Ihnen beispielsweise eigentlich nicht entgehen dürfen**, dass in ihr nicht eine Berufsgruppe – die der Kellner – mit der Allgemeinbevölkerung verglichen wurde, sondern deren drei: Kellner, Bäcker und Köche. Es hatte nämlich seinen guten Grund, dass für diesen Vergleich mehrere Berufsgruppen ausgewählt wurden. Ich werde darauf später noch zurückkommen.

Ihre Kritik an unserer Arbeit, von der die Tabelle in meinem Buch nur einen Ergebnisbruchteil abbildet (**und die von Ihnen wiederum nur zur Hälfte zur Kenntnis genommen wurde**), kann ich über die einleitend erwähnten Details hinaus nicht nachvollziehen. Auch wenn ich Ihnen mangelnde Vertrautheit mit den Hintergründen unseres Projektes zugutehalten möchte: Unser prinzipielles Vorgehen hätten Sie problemlos in unseren Symposien, im Internet und aus sonstigen Veröffentlichungen wie bspw. den „Erfurter Tagen“ recherchieren können. Selbstverständlich wäre es auch möglich gewesen, für weitergehende Informationen einfach bei mir rückzufragen. Der denkbar schlechteste Weg war es allerdings, uns eine vermutete Vorgehensweise einfach zu unterstellen.

Bevor ich mich näheren Erläuterungen zu unserem Projekt zuwende, möchte ich aber auch noch meinem Erstaunen darüber Ausdruck verleihen, dass Sie behaupten, ich hätte keine Aussage zum Lebenszeitrisiko der Kellner machen können. Der von Ihnen in diesem Zusammenhang zitierte Text aus meinem Buch lautete „... *Aussagen hierzu [können] durch die Daten der BGN nicht gemacht werden*“. Im Folgenden werde ich noch näher auf die Ursachen und Wirkungen dieses Umstands auf unsere Arbeit eingehen. **Sie haben den Lesern Ihres Blogs aber verheimlicht**, dass eine Aussage zum Lebenszeitrisiko *aus einer anderen Quelle* (Jöckel, K.-H., Wichmann, E., Lungenkrebsrisiko durch berufliche Exposition: Reihe: Fortschritte in der Epidemiologie. GSF-Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit. Abschlussbericht GSF-EP 8/97) sehr wohl getroffen werden konnte. Näheres dazu finden Sie auf Seite 42/43 meines Buches.

Seien Sie nach Ihrer Lektüre der betreffenden Seiten dann aber bitte so gut, auch Ihre Blog-Leser davon zu unterrichten, wie Sie es sich erklären, dass in jener Quelle als Berufe mit auffällig erhöhtem (Lebenszeit-)Lungencarcinomrisiko beispielsweise Förster, Bergleute, Chemiarbeiter, Stuckateure, Maler auftauchen, aber eben nicht die Kellner. Dabei handelt es sich bei den genannten Berufsgruppen mit erhöhtem Risiko doch nur um „Durchschnittsraucher“ mit einem Tabakverbrauch, der erheblich niedriger als derjenige von Kellnern liegt. Auch Passivrauchen spielt in diesen Berufen keine zentrale Rolle. Hervorgehoben werden sollte aber auch das geringe Lungencarcinomrisiko von Verwaltungsangestellten, das nach dieser Studie nicht über das der Allgemeinbevölkerung hinausgeht (RR 0,3–0,7 standardisiert auf

Rauchen und Asbestexposition bei Konfidenzintervallen von 0,18–1,43), denn nach aktuellen wissenschaftlichen Ermittlungen des DGUV entsprach die Passivrauchbelastung in weiten Bereichen der Bürogebäude zu jener Zeit – lange vor dem Nichtraucherschutzgesetz – in Expositionshöhe und -zeit derjenigen in der Gastronomie, die zuvor als unerreicht galt. Dies hat Prof. Blome im DGUV/UVT-Report 1/2011 der Öffentlichkeit bekannt gemacht. Es handelt sich dabei übrigens um sehr viel größere Personenzahlen als bei Kellnern.

In der erwähnten Studie wurden viele tausend Lungencarcinom-Verstorbene aller Altersgruppen obduziert und beruflich zugeordnet, keiner Ihrer Einwände gegen unsere Erhebung ist also in jenem Fall auch nur im Entferntesten stichhaltig.

Die Nichtvergleichbarkeit unserer Daten mit denen der skandinavischen NOCCA-Studie hatte ich in einem früheren Schreiben schon erwähnt und eine Reihe von Gründen dafür aufgezählt; erwähnenswert ist dabei auch noch, dass die Daten, nach Ländern betrachtet, keineswegs ein einheitliches Bild ergeben: Vergleichen Sie nur einmal die Unterschiede in den Risiken zwischen männlichen Kellnern der beiden Länder Schweden und Finnland. Geradezu drollig finde ich es aber, dass Sie sich einerseits auf diese Studie berufen und andererseits in Punkt 3 Ihrer Kritik uns dafür rügen, dass die regionalen Einzugsbereiche der Krebsregisterdaten und der von uns verwendeten Krankenkassendaten nicht exakt identisch seien. Darf ich Sie darauf hinweisen, dass Ihr Einwand genauso für einen Vergleich zwischen Skandinavien und Deutschland anzuwenden wäre? Über eine Auskunft zum attributablen Risiko von Passivrauchen, das nach Ihren Informationen in dieser Studie ermittelt wurde und Ihnen dann sicherlich auch bekannt ist, würde ich mich dennoch freuen.

Nun aber zu Ihrer „Tabellenkritik“. Warum sollte eigentlich der Splitter im Auge des Autors – die oben erwähnten und zu Recht bemängelten fehlerhaft dargestellten Details – gravierender sein als der Balken im Auge des Kritikers, nämlich **das bewusste oder grob fahrlässige Weglassen von das Gesamtbild stark verändernden Informationen, die ihm sehr genau bekannt sein mussten?**

Beispielhaft sei ein Absatz aus Ihrem Blogbeitrag zitiert:

Schaut man sich die Daten an, springt sofort die kleine Zahl von Lungenkrebsfällen ins Auge, auf denen die Ratenberechnung für die Kellner beruht. Bei den Männern waren es 3 Fälle in 7 Jahren, bei den Frauen 4 Fälle in sieben Jahren. Wer auf solcher Datenbasis so weitreichende Folgerungen ziehen will wie Grieshaber, muss sehr sorgfältig vorgehen, aber bei Grieshabers Umgang mit diesen Daten kann man nur den Kopf schütteln.

Tatsächlich lag uns eine weitaus größere Datenbasis vor, denn es handelte sich um ein Projekt, in dem Kellner beileibe nicht die einzige untersuchte Berufsgruppe waren. Ebenso war das Lungencarcinom auch keineswegs die einzige untersuchte Erkrankungsart. **Dies ging aus dem von Ihnen sonst doch so intensiv studierten Buchtext auch unmissverständlich hervor, deshalb ist es verwunderlich, dass es Ihnen ganz entgangen zu sein scheint.** Wenn Sie die erwähnte NOCCA-Studie näher anschauen, mit der Sie mich widerlegen wollten, die ja ähnlich wie unser Projekt auch in zahlreiche größere, kleinere und kleinste Berufszweige aufgeteilt ist, dann finden Sie für einen sehr viel längeren Zeitraum, nämlich von 1961 bis 2005, zum Beispiel in einem Land wie Schweden nur sieben männliche und zwölf weibliche Tabakarbeiter, die an einem Lungencarcinom erkrankt sind, ein Wert, der in die Gesamtberechnung dennoch mit eingeflossen ist und dessen Aussagekraft von Ihnen auch nicht in Zweifel gezogen zu werden scheint.

Dass auch Sie ein Laienpublikum ansprechen und um Verständlichkeit bemüht sind, lässt sich unschwer aus Ihren Blogbeiträgen ablesen. Die wissenschaftliche Exaktheit der Darstellung in solchen Publikationen kann nie derjenigen in einer Fachpublikation entsprechen, das ist Ihnen so gut wie mir bekannt, denn diese hat ihre Grenze in dem angestrebten Umfang des Werks, in dessen Lesbarkeit und in dem Erhalt der Allgemeinverständlichkeit. Publikationen zu unserem internen Projekt waren aber bereits im Vorfeld ausgeschlossen worden, also kann ich ebenso wenig auf Fachpublikationen verweisen. Speziell für Sie vertiefe ich deshalb an dieser Stelle gerne noch einmal die Erläuterungen zu unserem Gesamtprojekt, aus dem die Ihrer Meinung nach fehlerhaft von uns eingeschätzten Kellner-Daten stammen.

Etwas Grundsätzliches, das Sie nicht verstanden hatten, dabei gleich vorweg: Das kleine Einmaleins der Epidemiologie war bei unserer Aufgabenstellung nur teilweise

sinnvoll und erforderlich. Dort, wo es sinnvoll und erforderlich war, wurde es natürlich auch angewandt. Im Falle des Lungencarcinoms bei Kellnern durch Tabakrauchexposition bestand aber ein wichtiges Ziel der Untersuchungen, deren Ergebnisse in der Tabelle wiedergegeben sind, auch darin, zu prüfen, ob davon ausgegangen werden könne, dass bei Kellnern die Passivrauchbelastung eine Lungencarcinomerkrankung ursächlich bewirkt und ob diese Erkrankung nach §9 SGB VII in einem erheblich höheren Grad als bei der „übrigen“ Bevölkerung auftritt.

Sinn einer solchen Prüfung ist es, zu ermitteln, ob eine Berufskrankheit (BK) vorliegen könnte, eine Forderung, die bekanntlich von einigen Akteure in der Passivrauchfrage erhoben wurde. Dass Sie die gesetzlichen Vorgaben zur Berufskrankheit nicht kennen, kann ich mir nicht vorstellen, sie seien hier aber noch einmal aufgelistet:

1. *...durch besondere Einwirkungen verursacht sind...*
2. *...denen bestimmte Personengruppen...*
3. *...durch ihre versicherte Tätigkeit...*
4. *...in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind...*
5. *Sie sind nur dann Berufskrankheiten, wenn sie durch Tätigkeiten in bestimmten Gefährdungsbereichen verursacht sind.*

Diese Berufskrankheiten-Definition, das fällt Ihnen sicherlich auch auf, lässt eine epidemiologisch-statistische Betrachtung klassischer Art nur sehr schwer zu:

1. Die Vergleichspopulationen (bestimmte Personengruppe/übrige Bevölkerung) sind nicht ohne weiteres vergleichbar, schon alleine weil keine Homogenität vorliegt.
2. Die „bestimmte Personengruppe“ aus 1. gibt es nur bis zum Ende des Berufslebens.
3. Für den Beispiel-Fall des Lungencarcinoms: Es tritt in ca. **25 %** der Fälle **vor** dem 60. Lebensjahr auf. **75 %** treten erst **nach** dem 60. Lebensjahr auf .

Die geringe Erwerbsbeteiligung der über Sechzigjährigen darf ich bei Ihnen sicherlich als bekannt voraussetzen. Bei einem Vergleich der „versicherten, bestimmten Personengruppe“ mit der „übrigen Bevölkerung“ liegt also im Fall des Lungencarcinoms ein starkes Übergewicht an Erkrankungszahlen bei letztgenannter

vor (75 % zu 25 %). Alleine schon wegen dieses Übergewichts der Erkrankungen nach dem 60. Lebensjahr bedarf es nach Berufskrankheiten-Definition einer sehr hohen Vergleichszahl an Lungencarcinomen während des Berufslebens, um auch nur an die Durchschnittszahlen der Allgemeinbevölkerung heranzukommen. Damit die Voraussetzung der einfachen Wahrscheinlichkeit erfüllt sind, dass „mehr dafür“ – also für eine Berufskrankheit – „als dagegen spricht“, muss das Relative Risiko aber bei mindestens 2 liegen, d. h. für eine Anerkennung als Berufskrankheit wäre außerdem noch eine zusätzliche Erhöhung der Zahl an Erkrankten im Erwerbsalter nötig.

Dass dieser §9 SGB VII einen Epidemiologen ratlos und vielleicht auch wütend macht, was die Latenzerkrankungen betrifft, verstehe ich nur allzu gut. Was Sie als „Epidemiologie nach Prof. Grieshaber“ bezeichnen, ist in Wirklichkeit eine Epidemiologie nach dem Berufskrankheitenrecht, denn diese Ausgangssituation hat dazu geführt, dass wir es vorgezogen haben, diese Frage im Fall des Lungencarcinoms anhand der Herangehensweise zu beurteilen, wie sie sich in den Ergebnissen der Tabelle zeigt. Dies entspricht zwar nicht den gesetzlichen BK-Vorgaben, hat aber dafür den Vorteil, im Vergleich zu jener weitaus näher am tatsächlichen Risiko zu liegen. Unseren Tabellen sehen Sie das nicht an, aber sie wurden auch deshalb so erstellt, wie sie erstellt wurden, um das Scheitern epidemiologisch-statistischer Erkenntnisse der Wissenschaft an den Vorgaben des Gesetzgebers in der Frage der Berufskrankheiten illustrieren zu können. Nach meinen Erlebnissen im Fall des Passivrauchens habe ich seinerzeit allerdings darauf verzichtet, diese weitere Front auch noch zu öffnen.

Sie bemängeln im Vergleich der Berufsgruppe der Kellner die Nichtberücksichtigung einer Reihe von epidemiologisch-statistischen Methoden. Im Vergleich der Risiken bestimmter Berufsgruppen zu denen anderer Berufsgruppen – gut miteinander vergleichbare, relativ homogene Erwerbsgruppen, die sich hauptsächlich in der Expositionsart unterscheiden – wurden sie aber alle vorgenommen. Etwa 100.000 Kellner sind also mit 6,4 Millionen anderen Erwerbstätigen unterschiedlicher weiterer Berufsgruppen verglichen worden – nicht nur in Bezug auf Lungencarcinom, sondern auf alle aufgetretenen Erkrankungen. Die Verhältnisse der an Lungencarcinom erkrankten Kellner, um auch auf diese von Ihnen so betonte Unterscheidung noch

einzugehen, verhielten sich gegenüber der Allgemeinbevölkerung ähnlich wie gegenüber der Erwerbsbevölkerung.

Die epidemiologischen Gesetzmäßigkeiten folgende Berechnung und deren Übereinstimmung mit dem modifizierten „BK-Berechnungsverfahren“ hat die Aussagesicherheit der Tabelle selbstverständlich verbessert. Das auf diese Weise ermittelte Risiko für die Kellnergruppe fällt allerdings deutlich niedriger aus, als nach BK-Recht zulässig, wenn eine Berufskrankheit festgestellt werden soll. Oder anders formuliert: Auch wenn die Erkrankungszahlen noch deutlich höher sein sollten, wäre eine Berufskrankheit nach den gesetzlichen Vorgaben immer noch auszuschließen. Bei den Zahlen zum Lungencarcinom können wir also für die untersuchte Population ohne weiteres den Schluss ziehen, dass eine Berufskrankheit mit ihnen nicht begründet werden kann. Die Berechnungen, die Sie unter 8. durch ein fiktives Vervielfachen der tatsächlich gemessenen Erkrankungszahlen vorgenommen haben, haben praktisch ja sogar noch bestätigt, dass das Risiko der Kellner auch in diesem Fall in etwa im Bereich der Allgemeinbevölkerung liegen würde. Was Sie dabei aber scheinbar gar nicht stutzig gemacht hat, ist der Faktor des aktiven Rauchens, der bei den Kellnern ja noch viel stärker ins Gewicht fallen müsste als das Passivrauchen. Angesichts des erhöhten aktiven Tabakkonsums (RR 10–20) müsste das Risiko der Kellner nämlich um ein Vielfaches höher liegen als das der Allgemeinbevölkerung.

Egal also, von welcher Seite man diese Zahlen betrachtet, sie weichen viel zu weit vom eigentlich Erwarteten ab, um das Ganze, so wie Sie das tun, auf statistische Ungenauigkeiten und Zufälle zu schieben. Ihre Kritik ist also ungefähr so stichhaltig, als würden Sie bemängeln, dass eine Überschlagsrechnung im Kopf nicht auf mehrere Nachkommastellen genau ausgefallen ist, obwohl sie ihren Zweck – der eben nicht in hundertprozentiger Exaktheit besteht – in der praktischen Anwendung ausgezeichnet erfüllt hat. Im Gegenteil würde eine solche erkennbar am Kern der Sache vorbeigehende Kritik sogar auf ein Fehlen wichtiger Methodenkompetenzen hinweisen, auf die in manchen Situationen nicht verzichtet werden kann. Dass man das kleine Epidemiologen-Einmaleins einmal auswendig gelernt hat und es immer noch aus dem Gedächtnis hersagen kann, reicht alleine halt doch nicht aus.

Mit einem berufsbezogenen Krebsregister, zusammen mit einer BK-Gesetzgebung, die sich an epidemiologisch-statistischen Regeln orientiert und Vergleichbarkeit herstellt, wäre die Lage natürlich mit erheblich weniger Aufwand und höherer Genauigkeit zu überblicken, und für die Übersicht bei Latenzerkrankungen würde dies unbestreitbar erhebliche Vorteile bringen. Insofern kann ich Ihren epidemiologisch begründeten Einwänden also zumindest teilweise zustimmen. Allerdings kann ich es nicht als Alternative akzeptieren, wenn das optimale Datenmaterial nicht existiert, dann eben auf die Daten anderer Länder zu verweisen und auf Basis von deren Ergebnissen kurzerhand epidemiologische Luftbuchungen zu tätigen. Solange das Krebsregister keine Berufszuordnung bei Erkrankten und Verstorbenen zulässt, sind die besten berufsbezogenen Daten zu Lungencarcinom-Erkrankungen, die für Deutschland existieren, diejenigen der 6,5 Mio. krankgemeldeten Personen in den neuen Bundesländern, die von uns untersucht wurden, sowie daneben einige tausend berufsbezogene Lungencarcinom-Obduktionen in der **von Ihnen ignorierten** Wichmann-Auswertung. Am Rande sei dabei noch erwähnt, dass wir uns seinerzeit eigentlich eine Vollerhebung gewünscht hatten, die aber vom Bundesverband der gesetzlichen Krankenkassen verhindert wurde. Das schränkt die Aussagekraft unserer Auswertung in der Tat ein, aber es bleibt dabei, dass sie, zumal in Kombination mit der Wichmann-Studie, eine bessere Annäherung an die aktuelle Krankheitswirklichkeit in Deutschland bietet als jede andere mir bekannte Quelle. Oder können Sie Ihre Aussage, das, was wir ermittelt und nachgewiesen haben, stimme in Wirklichkeit alles nicht, denn mit eigenen auf Deutschland bezogenen Untersuchungen untermauern?

Zu guter Letzt sei auch noch nachgereicht, dass der von Ihnen angezweifelte Erfassungsgrad des Krebsregisters von 85–87 % von der Leitung des Krebsregisters Ost stammt. Wenn Sie behaupten, es sei auch nur menschenmöglich, 100 % zu erfassen (und sei es nur in bestimmten Altersgruppen), und in Bayern sei dies selbstverständlich der Fall, würden Sie in Fachkreisen doch auf erhebliche Skepsis stoßen.

Zu den wichtigsten Einzelpunkten Ihrer Kritik:

Unter Punkt 1 führen Sie in Ihrer Kritik aus, dass die Arbeitsunfähigkeitsdaten unvollständig seien. Es fehlen aus Ihrer Sicht insbesondere:

- *nebenberuflich tätige Kellner,*
- *sozialversicherungsseitig nicht geführte Kellner (Schwarzarbeiter).*

Daneben weisen Sie auf den verzerrenden Einfluss des „healthy-worker-effects“ hin.

Aus epidemiologischer Sicht ist Ihr Einwand zutreffend. Anzumerken ist hier allerdings zunächst, dass alle diese Einschränkungen auch auf die beiden **von Ihnen ignorierten** Vergleichsgruppen der Köche und Bäcker zutreffen und somit die Vergleichbarkeit dieser Gruppen mit jener der Kellner nicht beeinträchtigen. Der „healthy-worker-effect“ bewirkt zudem, dass bei den dadurch nicht erfassten Personen die notwendigen Expositionsbedingungen gar nicht erreicht werden. Sie sollten daneben auch wissen, dass uns die Größenordnungen der „Nichtversicherten“ durchaus in etwa bekannt waren. Entgegen Ihrer Darstellung bewegen diese sich aber – mit je nach Kategorie zwischen 2 und 14 %, durchschnittlich etwa 8 % der Beschäftigten – nicht in einer Größenordnung, die gravierende Fehler als Gefährdung für die Aussage ergeben. Das liegt unter anderem daran, dass der Großteil der Fluktuation, die in die Gastronomie hinein- und wieder aus ihr herausführt, sich innerhalb dieser Gruppe der „Nichtversicherten“ abspielt, während sich die Fluktuation der Versicherten weitgehend innerhalb des Gewerbebezugs abspielt. Der Löwenanteil der Passivrauchexposition in der Gastronomie kann also bei den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten vorausgesetzt werden.

Auf die gesetzliche Vorgabe

*„... denen bestimmte Personengruppen (Kellner) durch ihre **versicherte Tätigkeit**“ ... ausgesetzt sind ...“*

hat das Fehlen der von Ihnen aufgezählten Gruppen in jedem Fall keinen Einfluss, denn bei der Ermittlung einer Berufskrankheit können, wie weiter oben ausgeführt, definitionsgemäß nur Versicherte eine Rolle spielen, was als Nebenwirkung eine epidemiologische Beweisführung bei Latenzerkrankungen im Übergang von Berufszeit- zu Lebenszeitrisko in einer Weise erschwert, dass daneben die „nicht Versicherten“ gar nicht mehr ins Gewicht fallen, zumal die Krankenversicherer den Berufsbezug mit Ausscheiden aus dem Beruf löschen.

Die Berufsgenossenschaften können aus ihren Datenbeständen und den Krankenkassendaten nur Berufszuordnungen zu Krankheiten vornehmen, die durch besondere Einwirkungen auf bestimmte Personengruppen schon während ihrer aktiven Berufszeit auftreten. Diese besonderen Expositionen müssen dann noch einen erheblich höheren Grad als bei der „übrigen“ Bevölkerung aufweisen, wenn sie als Berufskrankheiten anerkannt werden sollen. Zum Zweck der Prävention Vergleiche mit anderen Gewerbezweigen zu machen, ist aber auch möglich. Dies war im vorliegenden Fall ebenfalls geschehen, und die einzelnen Berufsgruppen aus dem ausgewerteten Datenbestand sind, wie wir sahen, auch nach klassischen epidemiologischen Gesetzen untereinander vergleichbar und wurden deshalb auch nach allen von Ihnen vorgeschlagenen statistisch-mathematischen Verfahren miteinander verglichen. Wie ebenfalls bereits erwähnt, war bei den Kellnern dabei kein vom Durchschnitt anderer Berufsgruppen abweichendes Risiko zu ermitteln. Mit „andere Berufsgruppen“ meine ich jetzt auch nicht nur die Köche und Bäcker, sondern ebenso Verkäufer, Maler und Förster. Und noch viele weitere mehr – letztlich die ganze Palette der „NOCCA“-Berufe.

Dieser Vergleich betraf aber auch nicht nur Lungencarcinome. Aus der Kurzbeschreibung unserer Erhebung auf S. 30 meines Buches ging das auch deutlich hervor; **leider haben Sie den Lesern Ihres Blogs diese Information aber vorenthalten**. Die Studie sollte uns nämlich primär einen Überblick über Krankheitshäufungen verschiedener Berufsgruppen unter unseren Mitgliedern verschaffen, um dann über eine Ursachenermittlung gezielt präventive Ansatzpunkte für die jeweils betroffene Berufsgruppe herauszufinden. Die Auswertung mit Blick auf einen Tabakrauchbezug kam – aus Anlass der gesundheitspolitischen Entwicklung – erst Jahre nach Beginn des Projekts ergänzend mit hinzu. Dass die Kellner mit ihrer überhöhten Tabakrauchexposition gar keine passende Risikoerhöhung aufwiesen, kam dabei für uns selbst völlig überraschend.

Bei unserer Auswertung in einer großen Zahl von Gewerbezweigen – auch außerhalb der Versichertengruppe der BGN – haben wir in der Tat hohe Erkrankungsrisiken gefunden, aber auffällig war, als wir diesen Vergleich mit aufnahmen, dass sie auch bei als tabakrauchverdächtig bekannten Erkrankungen in

Wirklichkeit völlig unabhängig vom Tabakrauch auftraten. Das betraf erneut keineswegs nur das Lungencarcinom. Wir konnten u. a. auch Aussagen zu Herzerkrankungen und COPD-Entwicklungen in Abhängigkeit von der Berufszugehörigkeit machen – auch bei diesen Erkrankungen war die eigentlich erwartete Überhöhung des Risikos in der Kellnergruppe nicht zu finden. **Sie erwähnten das in Ihrem Blogbeitrag ebenfalls nicht**, obwohl in meinem Buch ausdrücklich darauf hingewiesen wurde. Bei allen Einschränkungen der Aussagekraft unseres Datenmaterials, die ich gar nicht bestreiten will: Wenn die immer wieder zitierte Risikoüberhöhung, die sich allein schon durch aktives Rauchen in diesem Berufszweig der Kellner hätte ergeben müssen, wirklich aufgetreten wäre, hätte sich dies doch wenigstens in einer der zur Debatte stehenden Erkrankungen zeigen müssen, anstatt gar nirgends sichtbar zu werden. Bei einer solchen Häufung von Zufällen wird es nämlich doch langsam schwierig, sie noch als Zufälle zu erklären.

Aber wir haben uns auch nicht ausschließlich mit den besonders tabakrauchverdächtigen Diagnosen befasst: Alle Diagnosen zu bösartigen Neubildungen bei 6,5 Mio. Versicherten wurden beispielsweise von uns mit so ziemlich allen Berufsgruppen korreliert. Berücksichtigten wir dabei auch die Tabakrauchexposition, war auffallend, dass vergleichbare Organentwicklungen bei einzelnen Berufsgruppen in Hinblick auf bösartige Veränderungen nicht mit deren Tabakrauchexposition korrelierten, was Präventionsmaßnahmen, bei denen die Tabakrauchexposition eine bedeutendere Rolle als die verschiedenen Berufsexpositionen spielt, aus unserer Zielsetzung heraus als eher nachrangig erscheinen lässt. So hatten etwa Berufsgruppen mit erheblich kleineren Versichertenzahlen als denjenigen im Beispiel der Kellner im Lebensalter unter 50 Jahren deutlich nachweisbare Risikoerhöhungen bei bösartigen Erkrankungen

- des Magens
- des Dickdarms
- des Rectums
- der Lunge
- der oberen Atemwege
- der Harnorgane und vor allem
- des lymphatischen Systems

aufzuweisen. Weinküfer mit einem sehr stark erhöhten Risiko für Lungencarcinome seien beispielhaft genannt. Aber auch in großen Berufsgruppen, etwa bei den Verkäufern, wurden Auffälligkeiten (Lymphom-Risiko) festgestellt.

In Ihrer „Mängelliste“ haben Sie unter Punkt 5 angeführt, wegen der Latenzzeit von 40 Jahren hätte es doch völlig ausgereicht, die Altersgruppe 50 bis 59 Jahre zu untersuchen. Das wäre natürlich eine grandiose Methode gewesen, um solche Häufungen gar nicht erst zu entdecken und damit unser ganzes Projekt ad absurdum zu führen! Es wirft außerdem zum einen die Frage auf, ob Sie dann eigentlich Lungencarcinome, die bei jüngeren Altersgruppen entstehen, anderen Ursachen als dem Tabakrauch zuordnen, und zum anderen, wie jene dann andererseits aber wieder ausgerechnet bei Kellnern durch Passivrauchen zustande gekommen sein sollten.

Muss ich noch ausdrücklich betonen, dass die von Ihnen bevorzugte Herangehensweise meilenweit an den Aufgaben der präventionsbezogenen Forschung einer Berufsgenossenschaft vorbeigegangen wäre? Wir betreiben doch keine selbstverliebten Glasperlensspielereien, sondern befassen uns mit *konkreten* Faktoren, durch die in der *realen* Arbeitswelt *real* auftretende Krankheiten *realer* Beschäftigter ermittelt und bestmöglich verhindert werden können. Denn natürlich sind unsere Ergebnisse als Grundlage für Untersuchungen der Arbeitsbedingungen und, wenn möglich, der Beseitigung der dabei ermittelten krankheitsauslösenden Faktoren gedacht, und wir haben die Absicht, unseren Präventionserfolg eines Tages in *real* gesunkenen Erkrankungszahlen in den betroffenen Berufsgruppen messen zu können. Bei den Atemwegserkrankungen im Bäckerhandwerk ist uns ein solcher Erfolg im übrigen nachweislich hervorragend gelungen – und auch darüber werden Sie in Ihren „Veröffentlichungs-Suchmaschinen“ nichts finden. Die von Ihnen aus einem tabakrauchfokussierten Tunnelblick heraus geäußerte Vorstellung, dass Krankheitshäufungen in Altersgruppen unter 50 Jahren wegen der Latenzzeit bei tabakrauchbedingten Erkrankungen aus Präventionsblickwinkel doch gar nicht so wichtig seien, bestätigt meinen Verdacht, dass das Denken in Tabakrauchkategorien die echte, notwendige Prävention in Wirklichkeit nur behindert.

Aber eigentlich ginge es ja wirklich noch sehr viel besser, als wir das mit unserer Datenauswertung gemacht haben. Präziser gesagt: Ich würde es freudig begrüßen, wenn jemand anderes es sich zur Aufgabe machen würde, noch bessere, vollständigere und genauere Datenauswertungen zur Krankheitswirklichkeit in Deutschland bei den Erkrankungen vorzunehmen, die für gewöhnlich dem aktiven und passiven Rauchen zugeschrieben werden. Hiermit forderte ich deshalb die einschlägigen Institutionen, die dem WHO-Kollaborationsnetzwerk formell oder informell angehören, ausdrücklich dazu auf, unsere Studien in Form einer Vollerhebung, in die alle Krankenversicherer bundesweit einbezogen werden, zu wiederholen und unsere Ergebnisse damit entweder zu bestätigen oder sie zu falsifizieren.

Leider braucht man aber kein Prophet zu sein, um festzustellen: Eine solche Erhebung wird es wohl niemals geben, und durch die WHO-Filialen in Heidelberg oder Münster schon gar nicht. Denn in was für eine Zwickmühle brächte es sie, sollte sie genau dasselbe Ergebnis herausbekommen wie wir! Wäre ihr ein solches Ergebnis nach der völkerrechtlich verbindlichen WHO-FCTC-Leitlinie – Sie wissen schon: Die Unterzeichner haben anerkannt, dass Passivrauch krank macht und tötet und so weiter – denn überhaupt erlaubt? Das gleiche Dilemma träte auf, würden heute die Krebsregisterdaten eine Berufszuordnung zulassen, mit denen unsere Ergebnisse bestätigt würden.

Die Abweichungen unserer Forschungsergebnisse zu dem, was eigentlich erwartet werden konnte, müssten unter freien Forschungsbedingungen eigentlich einen Ansturm interessierter und verblüffter Wissenschaftler auslösen, die alle das zugrunde liegende Rätsel zu lösen versuchen würden. Wir haben aber leider das Problem, dass eine Studie, die sich mit dem Tabakkonsum befasst, wegen der unausgesprochenen fixen Vorgaben durch solche Richtlinien längst nicht mehr ergebnisoffen durchgeführt werden kann. Das macht unsere Daten gewissermaßen zu toxischem Material, das demjenigen Wissenschaftler, der sich damit befasst, nicht Ruhm verspricht, sondern im Gegenteil mit wissenschaftlicher Ächtung droht. So ist es kein Wunder, dass Ihr Versuch, uns Fehler nachzuweisen, einer ist, der lediglich auf Laien eindrucksvoll wirken soll und nicht einmal den Versuch einer ernsthaften Auseinandersetzung mit den zugrunde liegenden Daten enthält. An der vermeintlich

so selbstverständlichen Wahrheit über die Gefahren des Rauchens und des gesundheitspolitischen Segens, den die Eliminierung des Tabaks bringen werde, muss aber zwangsläufig irgendetwas faul sein, wenn ihre Verfechter sich von ergebnisoffener Forschung so sehr bedroht fühlen, dass sie nach außen hin den Anschein erwecken, eine Arbeit auf Basis einer allgemeinverständlichen und damit zwangsläufig verkürzten Darstellung wissenschaftlich fundiert und abschließend beurteilen zu können, aber es strikt vermeiden, in einen fachlichen Austausch mit deren Urhebern zu treten, um sich überhaupt erst einmal ein ausreichendes Bild machen zu können.

Auch in WHO-Kreisen wäre es allerdings angebracht, endlich einmal die eigenen Ergebnisse des WHO-IARC wahrzunehmen, die aus ca. 900 Substanzen, die sie in Metaanalysen untersuchten, 400 Carcinogene unterschiedlicher Kategorien herausfanden. Die Gefahrstoffliste mit den cancerogenen, mutagenen und reproduktionswirksamen Stoffen hat ebenfalls eine beachtliche Anzahl von Schadstoffen aufzuweisen, die mit Tabakrauch nicht ohne weiteres in Verbindung gebracht werden können. Auch die „nichtstofflichen“ krankheitsauslösenden Einflüsse – bspw. Arbeitslosigkeit, soziale Spannungsfelder, Depression, Armut – werden geflissentlich verschwiegen, obwohl der Stand der Forschung in diesem Bereich ständig voranschreitet und die Wichtigkeit dieser Faktoren immer deutlicher wird. Vom Schadenspotential vieler Arzneimittel ganz zu schweigen.

Die Rolle des Tabakrauchs beim Erkrankungsrisiko im Vergleich zu jenen Risiken sowie den beruflichen Expositionsrisiken in Deutschland zu überdenken, zu untersuchen und bei Bedarf eine neue Einordnung vorzunehmen, läge angesichts der von mir beschriebenen Ergebnisse nahe genug. Dass alles, was auch nur ansatzweise in eine solche Richtung weisen könnte, entweder totgeschwiegen oder, wo dies nicht möglich ist, niedergeschrien wird, ist kein Beweis für eine sachlich unumstürzbare Position, sondern im Gegenteil ein Indiz dafür, dass vielleicht ja sogar längst schon die blanke Angst umgeht, jene Position werde, wenn man gar zu gründlich nachforscht, nicht mehr zu halten sein.

Eine ethisch-moralisch vertretbare Risikokalierung im Gesundheitswesen, losgelöst von Scheinproblemen, die verknüpft werden mit scheinbaren Problemlösungen, die

aber in Wirklichkeit kein einziges unserer Gesundheitsprobleme lösen können, sieht ganz anders aus als das, was wir im Moment erleben. **Deshalb abschließend noch einmal meine Aufforderung an die Akteure in der epidemiologischen Forschung: Wiederholen Sie unsere Studien in Form einer Vollerhebung, in die alle Krankenversicherer bundesweit einbezogen werden.** Sie haben dabei nichts zu verlieren – jedenfalls dann nicht, wenn es Ihnen wirklich nur darum geht, die Wahrheit herauszufinden und auf dieser Grundlage Lösungsvorschläge zu entwickeln.

Prof. Dr. med. Romano Grieshaber