

Joseph Kuhn

Gesundheitspolitik zwischen Evidenzbasierung und Bürgerorientierung

Ein Kommentar zu einem Fortschrittsdilemma

Daten für Taten: Evidenzbasierung politischer Entscheidungen

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat, beginnend mit seinem ersten Jahresgutachten 1987, wiederholt Defizite in der Verfügbarkeit politikrelevanter Orientierungsdaten in Deutschland angemahnt. Inzwischen ist auf diesem Gebiet einiges auf den Weg gebracht worden. Das Robert Koch-Institut und das Statistische Bundesamt haben auf Bundesebene gemeinsam ein System der Gesundheitsberichterstattung aufgebaut, das in öffentlicher Verantwortung eine Vielfalt wichtiger Daten zur Bevölkerungsgesundheit bereitstellt. An den Universitäten, bei außeruniversitären Forschungsinstituten sowie verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens entwickelt sich zudem mit der Versorgungsforschung derzeit ein Arbeitsfeld, das auf die Generierung von Daten mit unmittelbarer Relevanz für die Qualität der Gesundheitsversorgung ausgerichtet ist. Im Vergleich zu früher stehen damit deutlich mehr Informationen zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung und zu den Leistungen des Gesundheitswesens zur Verfügung. Aus diesem Informationsangebot resultiert für „Laien“ jedoch nur dann mehr Transparenz, wenn sich die Informationen ohne fundierte fachliche Kenntnisse erschließen lassen. Dies ist häufig nicht der Fall, insbesondere wenn es um wissenschaftliche Studien geht. Bei der Verwendung wissenschaftlicher Ergebnisse zur Begründung gesundheitspolitischer Entscheidungen kann dies drei Konstellationen zur Folge haben.

1. Es kommt zum Ausschluss vieler Menschen aus der politischen Diskussion, Expert/innen übernehmen die Debatte.

2. Der wissenschaftliche Sachstand kann allgemeinverständlich vermittelt werden und leistet ein Beitrag zum Aufbau von „health literacy“ in der Bevölkerung (siehe dazu z. B. www.hsph.harvard.edu/healthliteracy).

3. Es kommt zu einer Debatte, in der die Unverständlichkeit der Wissenschaft den Boden für pseudowissenschaftliche Argumentationen im Dienste außerwissenschaftlicher Interessen bereitet.

Dies sei im Folgenden an einem aktuellen Beispiel erläutert.

In den letzten Jahren sind in Deutschland weitreichende Rauchverbote in öffentlichen Räumen in Kraft getreten. Hintergrund waren die sich häufenden Belege zur Schädlichkeit des Passivrauchens. Von besonderer Bedeutung waren dabei die epidemiologischen Befunde zur passivrauchassoziierten Sterblichkeit. Für eine Publikation des Deutschen Krebsforschungszentrums hatte eine Forschungsgruppe um den Münsteraner Epidemiologen Ulrich Keil ermittelt, dass das Passivrauchen in Deutschland eine unerwartet hohe Zahl an Sterbefällen verursacht, konservativ gerechnet allein infolge der Passivrauchbelastung im eigenen Haushalt ca. 3300 Sterbefälle jährlich [1]. Dabei wurden u.a. Metastudien zu den gesundheitlichen Effekten des Passivrauchens zugrunde gelegt. In die Metastudien gingen Studien ein, die teilweise mit mathematisch sehr anspruchsvollen Methoden eine Vielzahl von Risikofaktoren miteinander verrechnet und daraus den Effekt des Passivrauchens herausdestilliert haben. Metastudien wiederum sind keine trivialen Zusammenfassungen von Einzelstudien, sondern methodisch ebenfalls außerordentlich anspruchs-

Zusammenfassung:

Epidemiologie ist in besonderer Weise auf eine seriöse Vermittlung ihrer Ergebnisse für die Öffentlichkeit angewiesen. Dies wird am Beispiel der Diskussionen um die Berechnung der attributablen Sterblichkeit infolge des Passivrauchens veranschaulicht.

Schlüsselworte:

Passivrauchen, Epidemiologie, Wissenschaftlichkeit, Pseudowissenschaft, Gesundheitskompetenz

Abstract:

Epidemiology more than other disciplines depends on a communication of high integrity for the general public. This shall be demonstrated using the example of the calculation of the attributable mortality caused by second-hand smoking.

Keywords:

Second-hand smoking, epidemiology, scientificity, pseudoscience, health literacy

voll. Gute Metastudien erhöhen die Sicherheit bei der Beurteilung von Effekten, weil sie zu einer größeren Fallzahl führen und u. U. auch den Einfluss methodenassoziierter Fehler von Einzelstudien relativieren, wenn sie Studien mit unterschiedlichen Designs einschließen. Die „Mathematik“, die hinter der Berechnung der Passivrauchtoten steht, ist für Laien nicht ohne Weiteres verständlich. Verständlich ist dagegen das Ergebnis: Genau 3301 Sterbefälle hat die Forschungsgruppe um Keil dem Passivrauchen zugerechnet. Das Deutsche Krebsforschungszentrum hat dieses Ergebnis wie auch andere Befunde zu den gesundheitlichen Folgen des Passivrauchens in seiner Öffentlichkeitsarbeit allgemeinverständlich aufbereitet und offensiv in die gesellschaftliche Diskussion eingebracht.

Vor dem Hintergrund der genannten Ergebnisse zu passivrauchbedingten Sterbefällen und den weiteren Befunden zu Gesundheitsschäden durch Passivrauchen fordern Nichtraucher/innen mit gutem Recht, nicht ungewollt in öffentlichen Räumen mitrauchen zu müssen. Umgekehrt möchten Raucher/innen nicht unangemessen in ihrer Freiheit eingeschränkt werden, dort zu rauchen, wo es ihnen gefällt. Dieses Interesse ist zunächst einmal legitim, unabhängig davon, dass sich naheliegenderweise auch die Tabakindustrie in ihrer Lobbyarbeit des Freiheitsarguments bedient, obwohl sie durch ihre Versuche, das Suchtpotenzial von Zigaretten zu erhöhen sowie angesichts ihrer wirtschaftlichen Interessen dieses Argument nicht glaubhaft vertreten kann. Die Freiheit der Raucher/innen findet dennoch erst dort ihre Grenzen, wo sie die Rechte anderer Menschen verletzt.

Der Idealfall wäre nun, wenn die Wissenschaft die politische Auseinandersetzung um Rauchverbote versachlichen könnte, indem sie „harte Fakten“ präsentiert, die jedermann sehen und niemand bezweifeln kann. Aber die Komplexität des Zusammenhangs von Passivrauchen und Gesundheit erlaubt solche einfachen „Beweise“ nicht. Die best verfügbare Evidenz ist eine statistische, es geht um den adäquaten Umgang mit Unsicherheit sowie um das Wechselspiel vieler Einflussfaktoren und dabei kommen eben, wie er-

wähnt, mathematisch anspruchsvolle Methoden zum Einsatz. Davon abgesehen gehört es ohnehin zum Wesen von Wissenschaft, keine ewigen Wahrheiten zu produzieren und auch einfache Methoden verbürgen keine unbezweifelbaren Sicherheiten. So verwundert es nicht, dass die Epidemiologie des Passivrauchens selbst Gegenstand der Auseinandersetzungen um die Rauchverbote geworden ist.

Die Ropohlsche Tabelle

Ein Beispiel dafür ist der Beitrag von *Günter Ropohl* in dem Magazin „no-voargumente“ [2]. Ropohl ist renommierter Technikphilosoph, mit dem Risikodiskurs vertraut und in früheren Publikationen mit wichtigen Beiträgen auch zu forschungsethischen Fragen hervorgetreten. In seinem Artikel zum Passivrauchen beansprucht Ropohl, den Ergebnissen des Deutschen Krebsforschungszentrums mit einer „wissenschaftstheoretischen Kritik“ zu begegnen [ebenda: 51]. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Berechnung der Sterbefälle, die auf das Passivrauchen zurückgeführt werden. Ropohl greift diese Zahl an, indem er die zugrundeliegende epidemiologische Methodik kritisiert, sich über die genaue Angabe des ungerundeten Rechenergebnisses von 3301 Sterbefällen mokiert und eine Gegenrechnung präsentiert. Diese Gegenrechnung besteht aus einer Tabelle (Tabelle 1) mit den Sterbefällen der Allgemeinbevölkerung („Alle Tode“) und den dem Passivrauchen zugeschriebenen Sterbefällen („PR-Tode“) nach Altersgruppen [ebenda: 54].

Rechnet man in der Altersgruppe unter 45 Jahren noch die von der Forschungsgruppe um Keil ausgewiesenen 60 Fälle des plötzlichen Kindstods hinzu, erhält man die 3301 Sterbefäl-

le. Ropohl interpretiert nun die Zahlen auf folgende Weise [ebenda: 54]: „Wie man sieht, liegt die errechnete Mortalität der ‚Passivraucher‘ bis zum 65. Lebensjahr niedriger als die allgemeine Mortalität. Zwischen dem 65. und dem 84. Lebensjahr entspricht sie der allgemeinen Mortalität, nämlich rund 53 Prozent. Erst jenseits des 85. Lebensjahrs liegt sie geringfügig höher, und eigentümlicherweise stirbt angeblich genau ein Drittel der errechneten ‚Passivraucher‘ erst in diesem hohen Alter.“

Diese Gegenüberstellung ist sachlich falsch:

1. Die prozentuale Altersverteilung der Sterbefälle gibt nicht die „Mortalität“ wieder, für die Berechnung der Mortalität müssen die Sterbefälle auf die Bevölkerung bezogen werden. Nur wenn die Altersverteilung der Bezugsbevölkerungen identisch wäre, könnte man aus dieser Tabelle etwas über Mortalitätsverhältnisse ablesen. Die Altersverteilung der Allgemeinbevölkerung ist aber sicher nicht identisch mit der der Passivrauchenden.

2. Des Weiteren geben die 3300 dem Passivrauchen zugeordneten Sterbefälle nicht die Gesamt mortalität der Passivraucher/innen wieder, sondern die durch das Passivrauchen in dieser Gruppe *zusätzlich* auftretenden Sterbefälle. Ropohl verwechselt also die speziell dem Passivrauchen zurechenbaren Sterbefälle mit den Sterbefällen unter den Passivraucher/innen insgesamt (die natürlich auch noch an anderen Todesursachen sterben). Die beiden Zahlenspalten können per definitionem den von Ropohl beabsichtigten Vergleich nicht leisten, egal wie die Zahlenwerte konkret ausfallen.

3. Mehr noch: Angenommen, in die Spalte mit den „PR-Toden“ würde wirklich die Mortalität der Passivraucher/

Alter	Statistisches Bundesamt		DKFZ	
	Alle Tode abs.	Alle Tode rel. Prozent	PR-Tode abs.	PR-Tode rel. Prozent
< 45	31.534	3,85	36	1,11
45-54	40.593	4,96	122	3,76
55-64	80.065	9,78	269	8,30
65-74	164.080	20,05	706	21,78
75-84	271.687	33,20	1014	31,29
>85	230.312	28,15	1094	33,76
Alle	818.271	100,00	3241	100,00
65-84	-	53,25	-	53,07

Tabelle 1: Gegenrechnung von Ropohl

innen eingetragen und sie würde tatsächlich in einigen Altersgruppen niedriger ausfallen als in der Allgemeinbevölkerung. Daraus ließe sich, anders als Ropohl denkt, keinerlei Kritik an den Zahlen des Deutschen Krebsforschungszentrums ableiten. Die Passivraucher/innen leben vermutlich gesünder als die Allgemeinbevölkerung, z. B. weil dort ca. 30% aktiv Rauchende enthalten sind, mit deutlich verkürzter Lebensdauer. Und über die durch das Passivrauchen verursachten Sterbefälle würden diese Zahlen dann, wie erwähnt, ohnehin nichts aussagen, sondern nur etwas über die Mortalität der Passivrauchenden insgesamt (mit allen Todesursachen).

Daten in argumentativen Kontexten

Die Auseinandersetzung mit der sachlichen Fehlerhaftigkeit der Ropohlschen Tabelle verstellt allerdings leicht den Blick auf ein grundsätzliches Problem, das mit solchen „Rechnungen“ verbunden ist und das in anderen Risikodiskursen ebenso anzutreffen ist, z. B. wenn es um Schadstoffbelastungen in Lebensmitteln geht, den Nutzen und die Nebenwirkungen von Impfungen, den Klimawandel oder die Gefahren der Kernenergie. In all diesen Bereichen finden sich neben seriösen Diskussionen um Unsicherheiten in wissenschaftlichen Einzelfragen auch pseudowissenschaftliche Argumentationen, deren „Überleben“ im öffentlichen Meinungsstreit davon profitiert, dass der jeweilige wissenschaftliche Sachstand im Detail ohne eingehende Fachkenntnisse nicht mehr nachvollziehbar ist (vgl. auch [3]). Es gibt bei der Quantifizierung von Risiken häufig keine „anschauliche“ Statistik, die für jedermann unbezweifelbar zeigt, was ist.

Die durch das Passivrauchen verursachten zusätzlichen Sterbefälle lassen sich nur in mathematisch aufwendigen Verfahren ermitteln, wenn man Sterberaten von Passivrauchexponierten und Nichtexponierten so vergleicht, dass möglichst viele andere Einflussfaktoren auf die Sterblichkeit herausgerechnet werden. Man kann die Berechnung der 3300 Sterbefälle wissenschaftlich kritisieren, aber diese Kritik wäre methodisch ebenso anspruchsvoll und würde ebenso unan-

schaulich ausfallen wie die ursprüngliche Berechnung selbst. Man könnte diese Kritik in einem zweiten Schritt allgemeinverständlich zusammenfassen – aber um den Preis der unmittelbaren Nachvollziehbarkeit der Berechnungen. Ropohl versucht dagegen, die Komplexität des Themas zu umgehen. Er simuliert verständliche Wissenschaft, indem er der Unanschaulichkeit der multifaktoriellen Analysen in der Epidemiologie eine scheinbar einfache Rechnung entgegensetzt und er konnte damit, verbunden mit seinem wissenschaftlichen Ansehen aus der Technikphilosophie, politisch auch wirksam werden: Der wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestags hatte sich 2006 die bereits früher in der „Tabak-Zeitung“ veröffentlichte Position Ropohls zu eigen gemacht [4]: „Festzuhalten bleibt, dass es sich bei den Berichten um Schätzungen und Hochrechnungen handelt. Valide statistische Daten stehen nicht zur Verfügung, da diese Todesursachen im Rahmen der amtlichen Statistik nicht erhoben werden.“ Viele Internetseiten, die gegen die Rauchverbote mobilisieren, darunter auch der Kreisverband Kiel des Deutschen Hotel- und Gaststättenverbandes (www.dehoga-kiel.de/toleranz/download/Reader1-2te-Auflage-2007.pdf, Zugriff 16.3.2009), zitieren den Artikel Ropohls als autoritative Referenzpublikation.

Ropohl hat auf die Kritik an seiner Tabelle und anderen Punkten seiner Argumentation [5] noch einmal im Magazin „novoargumente“ reagiert [6]. Dabei bezeichnet er genau das als Mangel, was unaufhebbar die analytische Anstrengung charakterisiert, etwas über die Ursachen von Sterbefällen herauszufinden: Dass man es mit Ergebnissen von mathematischen Prozeduren zu tun hat. Als Ideal setzt er das bloße Zählen von Sterbefällen dagegen, aus dem man aber – abgesehen von ursächlich mehr oder weniger offenkundigen, bereits auf dem Totenschein verzeichneten Unfällen und Selbstverletzungen – nie etwas über die Hintergründe des jeweiligen Sterbefalls erfahren kann. Ropohl schreibt [ebenda: 6]: Es würde kritisiert, „(...) die gegenübergestellten Zahlenreihen wären nicht vergleichbar. Natürlich unterscheiden sie sich: Die Zahlen des Statistischen Bundesamtes sind reale

Ergebnisse der empirischen Sterbefallstatistik, die Zahlen von *Pötschke-Langer* dagegen fiktive Rechenergebnisse. Aber genau diese fiktiven Rechenergebnisse werden doch gegen den Umgebungsrauch ins Feld geführt, weil er angeblich zusätzliche Sterbefälle ‚verursacht‘, die, so die Schrift, ohne Umgebungsrauch vermieden werden könnten. Also ist es legitim, die Altersverteilung dieser vermuteten zusätzlichen Sterbefälle mit der Altersverteilung aller Sterbefälle zu vergleichen.“ Und eine Ausgabe später verteidigt Werner Paul, nach eigenen Angaben „Schatzmeister des Netzwerks Rauchen“, im gleichen Magazin erneut die Argumentation Ropohls einschließlich der Sterbefalltabelle [7].

Ropohl verwendet die Tabelle in seinem Artikel als Teil eines breit gefächerten Argumentationsmosaiks, das vom grundsätzlichen Bezweifeln epidemiologischer Methoden über das Zitieren passender Studienergebnisse bis hin zur Berufung auf „Autoritäten“ wie Paracelsus reicht. Ausgangspunkt seiner Argumentation ist der feste Glaube, dass Passivrauchen nicht schädlich sein kann. *Diethelm und McKee* haben kürzlich solche Argumentationsstrategien als „Denialism“ beschrieben, als eine gegen Kritik immunisierte Darstellung von Sachverhalten. Wiederkehrende Elemente von „Denialism“ sehen sie in verschwörungstheoretischen Unterstellungen gegenüber dem wissenschaftlichen Konsens, falschem Expertentum, selektivem Heranziehen von Studien, überzogenen Anforderungen an den Nachweis von Effekten und falschen Analogieschlüssen bzw. logischen Sprüngen in der Argumentation [8]. Dahinter können gezielte Strategien der Zersetzung von unerwünschten wissenschaftlichen Befunden stehen, wie sie beispielsweise die Tabakindustrie jahrzehntelang praktiziert hat [9], aber es gibt sicher auch anders motivierte Formen von „Denialism“, etwa wenn passionierte Raucher einfach nicht wahrhaben wollen, was sich als Erkenntnisstand zum Passivrauchen in den letzten Jahren herauskristallisiert hat und dass sie deswegen ihre Rauchgewohnheiten in der Öffentlichkeit ändern sollen.¹ Darstellungen nach dem Muster der Ropohlschen Tabelle sind ein wirksames Werkzeug des Wissen-

schaftsscheins im „Denialism“, weil sie numerische Objektivität suggerieren. Umgekehrt lässt die Ropohlsche Tabelle, weil sie so offenkundig falsch ist und trotzdem verteidigt wird, den „Denialism“ umso deutlicher hervortreten. Sie stellt einen exemplarischen Prüfstein intellektueller Redlichkeit im Sinne *Ernst Tugendhats* [12] dar, d. h. der Bereitschaft, den Dingen auf den Grund zu gehen und nicht rigide an einer vorgefassten Meinung festzuhalten. *Ernst Wagemann*, einst Präsident des Statistischen Reichsamtes und Gründer des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung, hat aus der Betrachtung zahlreicher Beispiele der (Selbst-)Täuschung durch statistische Willkür schon vor 70 Jahren das Fazit gezogen: „Die Statistik ist ein Spiegel; hüte sich hineinzuschauen, wer nicht reinen Herzens ist!“ [13].

Dabei ist, wie gesagt, nicht zu kritisieren, dass Ropohl seine Interessen als Raucher vertritt, etwa mit seinem Aufruf „Raucher aller Länder, vereinigt euch“ (www.ropohl.de/4.html, Zugriff 12.1.2009). Es gilt das Recht auf freie Meinungsäußerung – und dass Menschen ihre Interessen geltend machen, ist in demokratischen Gesellschaften erwünscht. Zudem ist gerade der biopolitische Zugriff auf das Verhalten von Menschen, der der Prävention wohl unaufhebbar inhärent ist, auf kritische Reflexion angewiesen. Einschränkungen der Freiheit aus präventionspolitischen Gründen sind sehr sorgfältig auf ihre Legitimität (und ihre Motive) zu prüfen. Sowohl über die Wahrheit in der Wissenschaft als auch über den richtigen Weg in der Politik bzw. bei der Abwägung von Interessen kann (und soll) gestritten werden, aber in der jeweils richtigen Arena. Nicht jede freie Meinungsäußerung darf sich als Stimme der Wissenschaft ausgeben. Das Diktum Max Webers, beim Zusammenspiel wissenschaftlicher und werbender Aussagen Vorsicht walten zu lassen, gilt auch für das Thema Passivrauchen.

Taten für Daten: Evidenzbasierung öffentlicher Meinung

In der Epidemiologie ist Allgemeinverständlichkeit bei gleichzeitiger Nachvollziehbarkeit der Berechnungen so wenig herstellbar wie in der modernen Physik,

zumal auch die Methoden der Epidemiologie ständig anspruchsvoller werden. Die Physik kann auf eine vergleichsweise hohe Glaubwürdigkeit in der Öffentlichkeit bauen, was „Gegenrechnungen“ der Ropohlschen Art eher selten macht, obwohl auch die Physik nicht frei von pseudowissenschaftlichen Begleiterscheinungen ist, von Fällen des Wissenschaftsbetrugs einmal ganz abgesehen. Den Ergebnissen der Epidemiologie gegenüber sind viele Menschen – durchaus zu Recht – misstrauischer, was die öffentliche Immunität gegen pseudowissenschaftliche Einlassungen herabsetzt. Der gesundheitspolitische Risikodiskurs ist daher in besonderem Maße auf Formen der Wissenschaftsvermittlung angewiesen, damit Evidenzbasierung und Bürgerorientierung zusammenfinden und sich auch Nichtfachleute seriös und mit einem Gewinn an „health literacy“ über den Stand der Forschung informieren können. Andernfalls wird die Unanschaulichkeit der epidemiologischen Methoden zum Einfallstor für wissenschaftlich auftretende Darstellungen, die de facto aber nur fragwürdige und oft interessengeleitete Meinungsäußerungen sind.

Das Internet bietet dafür ein Forum, das intensiv zur Propagierung scheinbarer „Gegenevidenz“ genutzt wird und in dem diese aufgrund der in der Wissenschaft üblichen anderweitigen Publikationsformen vermutlich stärker vertreten ist als der wissenschaftliche Konsens. Zumindest dort, wo im Anschluss an wissenschaftliche Befunde politische Entscheidungen getroffen werden und somit in der Regel ein öffentlicher Diskurs dieser Befunde geboten ist, braucht daher auch die Wissenschaft mehr öffentliche Präsenz.

Die erforderlichen Vermittlungsleistungen zwischen Wissenschaft und Öffentlichkeit lassen sich dabei nicht in „einer Hand“ bündeln, sondern müssen an verschiedenen Stellen wahrgenommen werden. Dazu gehören die Öffentlichkeitsarbeit wissenschaftlicher Einrichtungen und der Wissenschaftsjournalismus ebenso wie staatliche bzw. staatlich beauftragte Institutionen, z. B. das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

oder die amtliche Gesundheitsberichterstattung. Einen Beitrag zur Qualitätssicherung leisten dabei sektorale Standards und Leitlinien (siehe z. B. [14,15,16,17,18,19]). Der Aufbau von Studiengängen zur Gesundheitskommunikation an einigen Hochschulen weist auf die Professionalisierungstendenzen in diesem Feld hin, das Fehlen einer deutschsprachigen Fachzeitschrift zur Gesundheitskommunikation auf den immer noch bestehenden Nachholbedarf gegenüber Public Health im angelsächsischen Sprachraum.

Pseudowissenschaftliche Debatten werden auch bei einer gut entwickelten Infrastruktur der Risikobewertung und -kommunikation nicht verschwinden, sie gehören zur unvermeidlichen Geräuschkulisse von Risikodiskursen in einer pluralistischen und auf Meinungsfreiheit ausgerichteten Gesellschaft. Im besten Fall tragen sie zu einer Selbstvergewisserung wissenschaftlicher Methoden und einer stringenteren Grenzziehung seriöser Wissenschaft bei. Man könnte an dieser Stelle einwenden, dass die Identifikation von Aussagen als „pseudowissenschaftlich“ grundsätzlich problematisch ist, setzt sie doch einen fest verankerten Standpunkt der „Wissenschaftlichkeit“ voraus, ein unumstößliches Fundament der Objektivität, das keiner historischen Veränderung unterliegt. In der Tat fällt bei manchen Sachverhalten (z.B. alternativen Heilverfahren) die Abgrenzung zwischen Wissenschaft und Pseudowissenschaft schwer und nicht wenig, was früher einmal als wissenschaftlich akzeptabel galt, ist heute als unwissenschaftlich abgeschrieben. Schon der Begriff „Pseudowissenschaft“ ist zudem normativ so aufgeladen und war historisch oft in so schlechter Gesellschaft, dass er leicht seine eigenen Verwendungskontexte diskreditiert (siehe dazu z. B. [20]). Diese Grauzone und die damit verbundene potenzielle Legitimation der „anderen Sicht der Dinge“ kann die Ropohlsche Darstellung allerdings nicht für sich in Anspruch nehmen, ihre Unwissenschaftlichkeit ist trivialerer Art. Ropohl teilt mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum durchaus das gleiche Wissenschaftskonzept, er hält sich nur nicht daran, wenn er sich zum Thema Passivrauchen äußert.

Vielleicht muss man manchen pseudowissenschaftlichen Debatten auch eher mit einem sozialpsychologischen Verständnis begegnen, bringen sie doch gesellschaftskritische Motive zum Ausdruck, deren Entschlüsselungen und Reformulierungen in angemessenen Kategorien für die Diskussion um das Wohin unserer Gesellschaft durchaus wichtig wären: Hinter der vordergründigen Irrationalität von Impfgegnern kann man das Bedürfnis nach Gesundheit jenseits von Medikalisierung und ärztlicher Deutungshoheit erkennen, hinter dem unbeirrbar Bestreiten des menschengemachten Klimawandels den Glauben an das Gute im technischen Fortschritt – und hinter Ropohls Berechnungen vielleicht die Angst vor der biopolitisch organisierten Einengung und Normierung des Verhaltens im Alltag. Die Legitimität solcher Motive steht außer Frage, anders als die Legitimität ihres Auftritts als „Wissenschaft“.

Evidenzbasierung soll nicht dazu führen, dass nur noch Fachleute zu Wort kommen, umgekehrt darf Bürgerorientierung in der Gesundheitspolitik aber auch nicht zur Diskreditierung wissenschaftlicher Methoden und Ergebnisse führen. Diesen Spagat gilt es zu gestalten.

Literatur:

- [1] *Deutsches Krebsforschungszentrum (2005)*: Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Band 5, 2. Auflage. DKFZ, Heidelberg
- [2] *Ropohl G (2008)*: Passivrauchen als statistisches Konstrukt. *Novoargumente* 95: 51-55
- [3] *Hensel A (2007)*: Wissenschaft in der Gesellschaft – Wissenschaft für die Gesellschaft: Wem kann man heute noch glauben? Bundesinstitut für Risikobewertung (Hrsg.), Rechtfertigen „gefühlte“ Risiken staatliches Handeln. BfR, Berlin: 33-39
- [4] *Deutscher Bundestag (2006)*: Wissenschaftliche Dienste: Passivrauchen – unterschätztes Gesundheitsrisiko. Dokumentation. WF IX G - 147/06. Deutscher Bundestag, Berlin
- [5] *Kuhn J (2008)*: Replik: Risikodiskurs und intellektuelle Redlichkeit. *Novoargumente* 97: 50-52. Im Internet verfügbar unter: http://www.forum-rauchfrei.de/aktuelles/novoargumente_95_97_2008.pdf
- [6] *Ropohl G (2009)*: Replik: Betrifft Joseph Kuhn: „Risikodiskurs und intellektuelle Redlichkeit“ (Novo96) zu Günter Ropohl: „Passivrauchen als statistisches Konstrukt“ (Novo95). *Novoargumente* 98: 61-62
- [7] *Paul W (2009)*: Replik: Betrifft Günter Ropohl: „Passivrauchen als statistisches Konstrukt“. Risikodiskussion zum Umgebungsrauch. *Novoargumente* 99: 49-50
- [8] *Diethelm P, McKee M (2009)*: Denialism: what is it and how should scientists respond? *European Journal of Public Health* 19: 2-4
- [9] *Grüning T, Schönfeld N (2007)*: Vom Teufel bezahlt. *Deutsches Ärzteblatt* 104: A770-A774
- [10] *Arendt H (1987)*: Wahrheit und Lüge in der Politik. Zwei Essays. 2. Auflage, München
- [11] *Frankfurt HG (2006)*: Bullshit. 4. Auflage, Frankfurt
- [12] *Tugendhat E (2007)*: Anthropologie statt Metaphysik. München: 85 ff
- [13] *Wagemann E (1935)*: Narrenspiegel der Statistik. Hamburg: V
- [14] *Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) (2007)*: Leitfaden für gesundheitliche Bewertungen. BfR, Berlin
- [15] *International Committee of Medical Journal Editors (2008)*: Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, Update 2008. www.icmje.org, Zugriff am 16.1.2009
- [16] *Deutscher Presserat (2008)*: Pressekodex, Fassung vom 3.12.2008. www.presserat.info/pressekodex.0.html, Zugriff am 16.1.2009
- [17] Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (AFGIS). www.afgis.de, Zugriff am 16.1.2009
- [18] *Health On the Net Foundation*: Honcode. www.hon.ch, Zugriff am 16.1.2009
- [19] *Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.) (2008)*: Mediale Aspekte der Gesundheitsberichterstattung. LGL, Erlangen
- [20] *Rupnow D, Lipphardt V, Thiel J, Wessely C (Hrsg.) (2008)*: Pseudowissenschaft. Frankfurt

Anschrift des Verfassers:

Dr. Joseph Kuhn
Bayerisches Landesamt für Gesundheit
und Lebensmittelsicherheit
Veterinärstr. 2
85764 Oberschleißheim
joseph.kuhn@lgl.bayern.de

¹ Das Verhältnis zwischen „Denialism“ und Wahrheit wäre im Detail zu untersuchen und im Ergebnis auch von der weiteren Spezifikation des Denialism-Konzepts abhängig. Hannah Arendt verweist darauf, dass die Lüge durch die Form der Negation an die Wahrheit gebunden bleibt [10]. Im „Denialism“ geht es nicht notwendigerweise um die Negation gewusster Wahrheit, er schließt auch die blinde Weigerung ein, die Möglichkeit der Wahrheit der verleugneten Position überhaupt in Betracht zu ziehen. Davon wiederum abzugrenzen wäre der von Harry G. Frankfurt sezierte „Bullshit“ [11], d. h. ein Gerede, das sich gar nicht um die Wahrheit kümmert. Der Begriff „pseudowissenschaftlich“ wiederum wäre in diesem Koordinatensystem noch einmal anders zu positionieren, z. B. im Hinblick auf historische Beispiele auch ernsthaft motivierter Forschung mit unangemessenen Begriffen und Methoden [20].