

Daniel Sanin

## Das Problem „Passivrauchen“ als Extremauswuchs neoliberaler Präventionslogik

### *Einleitende Fragestellungen*

Beim Thema „Passivrauchen“ scheint es eine Pflicht zum Bekenntnis zu geben, dass mensch nicht selbst „süchtig“ ist und infolgedessen die Sucht durch eine\_n schreibt – und dass mensch nicht im Sold der Tabakindustrie steht und infolgedessen das Geld durch eine\_n schreibt. Ich werde mich diesem Bekenntnisdruck widersetzen. Stattdessen möchte ich einige zentrale Fragen aufwerfen, die mich bei der Beschäftigung mit dem Themenkomplex „Rauchen/Gesundheit“ begleiten und anleiten und die ich soweit wie möglich auch zu beantworten versuchen werde.

Die erste Frage ist jene nach den Gründen für die Vehemenz im Kampf gegen das Rauchen: Wie kommt es, dass eine doch recht verbreitete Verhaltensweise, das Zigarettenrauchen, derart in die Aufmerksamkeit des Staates und seiner ausführenden Organe gelangt ist und in jene zentraler gesellschaftlicher Institutionen.

Eine weitere Fragestellung ist jene nach dem Wesen von „Gesundheit“ und des Diskurses, der sich um diesen Begriff dreht und auf materieller und Bedeutungsebene Wirkmächtigkeit entfaltet.

Eine weitere zentrale Frage, die uns hier beschäftigen sollte, ist jene nach dem materialen Apriori der Kritischen Psychologie, nämlich dass der Mensch nicht bewusst selbst sich schaden könne (Holzkamp 1985, 350). Das Rauchen ist aber bekannterweise sehr wohl schädlich, was schon fast zum Alltagswissen gehört wie das heliozentrische Weltbild oder die Evolutionstheorie. Angesichts der Penetranz dieser Botschaft samt dazugehörigen Ekelbildern und der Vehemenz des Widerstandes, die einer/einem entgegenschlägt, wenn versucht wird, Sachlichkeit in die Diskussion einzuführen, ohne das Rauchen gleich in Bausch und Bogen zu verdammen, erscheint das Ansprechen der Tatsache, dass es sich beim Nikotinrauchen und gewissen Erkrankungen um einen korrelativen Zusammenhang und nicht um einen zwangsläufig-kausalen handelt, fast schon als Körperverletzung, als wolle mensch quasi die Leute einer Todesgefahr aussetzen, indem mensch ihnen die Wahrheit zumutet. Solch eine Haltung gegenüber dem Rauchen führt mitunter zu absurden Situationen wie jener eines zum Tode Verurteilten in Kalifornien, dem die letzte Zigarette verweigert wurde (Schmieder 2003, 100).

*Die große Umcodierung: Von der Kultur zur Krankheit*

In den letzten Jahrzehnten sind wir also Zeug\_innen eines durchaus faszinierenden gesellschaftlichen Umcodierungsprozesses hinsichtlich des Rauchens. War das Rauchen in seinen europäischen Anfängen etwas Kultiviertes, mit „Ruhe, Behäbigkeit, Kontemplation, Konzentration usw.“ Verbundenes (Schivelbusch 1990, 115) und von Denkern Geschätztes (ebd., 119), ist es heute etwas, das „als exkrementartiges Ärgernis des Anderen diskutiert und mit entsprechenden Verboten aus dem öffentlichen Raum verbannt“ wird (Pfaller 2008, 109). Das Rauchen war in gewissen Kreisen und bei bestimmten Tätigkeiten (Schreiben, Denken) ein Muss. Die für sich stehende Tätigkeit des Tabakblätter-Verbrennens und Deren-Rauch-Aufsaugens, eine Tätigkeit angesiedelt zwischen Aktivität und Passivität (Klein 1995, 91ff), eine Geste, die Handeln begleiten könne, aber selbst keines sei (ebd., 68), scheint für viele Denker\_innen eine (notwendige) unterstützende Funktion (gehabt) zu haben (vgl. Schivelbusch 1990, 119ff). Freud schrieb an einen Freund: „Seit ich nicht mehr frei rauchen kann, will ich auch nichts mehr schreiben“ (zitiert nach Schneider 2008, 68). Inzwischen ist das Rauchen jedoch, wie Klein schon 1995 konstatierte, zur Obszönität geworden (Klein 1995, 277).

Dabei ist das Rauchen im öffentlichen Raum etwas, das im 19. Jhd. erst erkämpft werden musste (Schivelbusch 1990, 141) und das ein Symbol war für Emanzipation (ebd.) und mondänes Leben (Pfaller 2008, 109). Rauchen in der Öffentlichkeit galt lange Zeit als verpönt, außerdem war es wegen der Feuergefahr durch die mehrheitlich aus Holz gebauten Häuser verboten. Als diese noch nachvollziehbaren Gründe immer weniger zutrafen, wurde das Rauchverbot in der Öffentlichkeit zunehmend als Unterdrückung empfunden (Schivelbusch 1990, 137ff). Das Recht auf Rauch in der Öffentlichkeit gehörte zu den politischen Forderungen im Vormärz (ebd.) und die Behauptung, das Rauchverbot sei aufgehoben, beschwichtigte eine aufgebrachte Menschenmasse in Berlin 1848 (Schmieder 2003, 114). Außerdem bildeten die Zigarrendreher die militante Avantgarde der Arbeiterbewegung und gründeten die erste Gewerkschaft Deutschlands (Schivelbusch 1990, 141).

Eine ähnliche Emanzipationsbewegung hinsichtlich des Rauchens kann anhand feministischer Forderungen gezeigt werden: Berühmte Feministinnen wie George Sand oder Lola Montez eroberten für sich das Rauchen in der Öffentlichkeit, was in einem Zeitungsartikel aus den 1840er Jahren folgendermaßen kommentiert wurde: „Viele dieser Miniatur-George-Sand verschmähen schon jetzt die Zigarre nicht; neulich kam es sogar vor, daß eine elegante Dame einen Herrn mit brennender Zigarre auf offener Straße anhielt, um die ihrige anzuzünden. Alles köstliche Aussichten! Wie

lange wird's noch dauern, so legen sie noch Hosen an, treiben die Männer mit der Reitpeitsche in die Küche und säugen ihre Kinder zu Pferde! Kleinigkeit für Emanzipierte!“ (ebd., 132)

Rauchen war bis vor kurzem ein breit akzeptiertes und verwendetes Mittel, um dazuzugehören: zu einer Gruppe, einer Szene, einem Lebensstil. Inzwischen ist es ein Laster, das seine Lässigkeit und seine Subversivität verloren zu haben scheint. Die Zigarette ist nicht mehr ein Türöffner, sondern immer mehr ein Schreckgespenst. Sie ist nicht mehr etwas, das dich erhebt (vgl. Klein 1995, 91ff), sondern etwas, das dich erniedrigt: Du bist süchtig, unkultiviert, egoistisch, ungebildet.

### *Der unzwiespältige Gesundheitsbegriff im Neoliberalismus*

Dem Gesundheitsbegriff kommt eine gewisse Natürlichkeit zu. Ähnlich wie im Identitätsdiskurs, in welchem ebenfalls jede\_r qua „Besitz“ einer „Identität“ zum Sprechen über diese befähigt wird, ist es im alltäglichen Gebrauch des Gesundheitsbegriffs unhinterfragt, dass „Gesundheit“ gegeben ist und abhanden kommen kann, dass „das Schicksal“ oder der Körper eine\_n der Gesundheit berauben kann. „Hauptsache gesund!“ ist ja eine bekannte und oft getätigte Aussage, „Bleib gesund!“ ein häufig übermittelter Wunsch (vgl. Franke 2008, 27f).

Wie Gesundheit in einem konkreten Kontext definiert wird, muss immer einzeln analysiert werden. Gesundheit kann z. B. als bloße Abwesenheit von Krankheit definiert werden oder aber auch als viele Bereiche des Lebens umspannendes Ideal, wie in der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die meint, Gesundheit sei – neben dem Fehlen von Krankheit – auch ein „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ (zitiert nach Callahan 2012, 191). Bei einer Straßenbefragung hinsichtlich der Definition von Gesundheit käme wohl bei vielen als Antwort, Gesundheit sei das Gegenteil von Krankheit, also die Abwesenheit letzterer. Das wäre eine somatische Definitionsebene, eine eigentlich a-gesellschaftliche, „natürliche“: Es wird durch was auch immer ein Prozess ausgelöst, der mich auf körperlicher Ebene verändert, einschränkt, unangenehmen Empfindungen oder Schmerzen aussetzt usw. Der Krankheitsbegriff kann als zentraler im Begriffssystem der Medizin gesehen werden, vergleichbar dem Massebegriff in der Physik (vgl. Hucklenbroich 2012, 136). Außerdem stellt er ein Bindeglied dar zwischen theoretischer und praktischer Medizin. Zu bedenken ist jedoch, dass auch wenn in der theoretischen Medizin oder der Medizinphilosophie klar sein mag, was „Krankheit“ als abstrakter Begriff definieren soll, dies in der prak-

tischen Medizin nicht automatisch ebenso sein muss. In der Praxis ist die moderne westliche Medizin oft darauf zurückgeworfen, mehr oder weniger im Trial-and-Error-Verfahren Möglichkeiten der Intervention zu finden, bestimmte Prozesse rückgängig zu machen oder zu versuchen, sie zumindest aufzuhalten. Schlimmstenfalls kann es zu einer bloßen Linderung oder Erträglichmachung kommen, ohne die „Krankheit“ vertreiben zu können (Palliativmedizin). Im optimalen Fall jedoch kommt es zur „Heilung“, also der Wiederherstellung von Gesundheit durch Abwesenheit von Krankheit: „Sie sind gesund, Sie können nach Hause gehen!“, heißt es dann.

Allerdings können mit einem derartigen Gesundheitsbegriff Leute, die unter bestimmten chronischen Zuständen „leiden“, nie gesund sein, z. B. Diabetiker\_innen oder „Süchtige“.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat – wie schon erwähnt – schon 1946 Gesundheit als einen Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloß von Abwesenheit von Krankheit definiert (vgl. Franke 2008, 29). Nichtsdestotrotz produziert und verbreitet die WHO auch eine internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD), die als Standardwerk für Praktiker\_innen wie Forscher\_innen die gewünschte Normierung bzw. Vergleichbarkeit liefert. Diese Klassifikation ist jedoch keine bloße Auflistung „gefundener“ Krankheiten, sondern Ergebnis eines sozialen Aushandlungsprozesses, in welchen Einzel- und Gruppeninteressen sowie diverse Welt- und Menschenbilder einfließen (vgl. Caplan 1995 zum anderen großen Klassifikationssystem, dem der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung). So wurde beispielsweise Homosexualität erst 1992 aus dem ICD genommen, während Ende der 1980er Jahre Koffein und Nikotin zu den Substanzabhängigkeiten hinzukamen (vgl. Kolte & Schmidt-Semisch 2003, 6f).

Der Diskurs über den Gesundheitsbegriff ist immer auch der Diskurs darüber, was historisch-kulturell als das „gute Leben“ gelten soll. Das in den westlichen Industriegesellschaften aktuell gültige und vorherrschende Modell der Subjektivierung samt dazugehöriger Werte ist jenes des Neoliberalismus. Eigenverantwortung, Fitness, Leistungsbereitschaft, Flexibilität, Ehrgeiz und Opferbereitschaft sind einige der zentralen Eigenschaften und Werte, die Konjunktur haben. Durch die Erosion der Sozialsysteme samt dazugehöriger Institutionen ist es auch für „Kranke“ notwendig, diese Eigenschaften zu mobilisieren (vg. Haug 2003). Wir sind in eine Anordnung eingespannt, die uns bezüglich unseres Gesundheitsverhaltens zur Ordnung ruft (Hofmeister 2008, 224). Die neoliberale Ökonomie ist eine des Risikos und verlangt nach entsprechenden Subjekten: mündigen Patient\_innen und souveränen Konsument\_innen (ebd.).

Der Gesundheitsbegriff erweist sich somit als ideologisch besetzt und aufgeladen. Eine „gute Gesundheit“ könnte als Bedingung für (verallgemeinerte) Handlungsfähigkeit gelten: Nur wenn ich nicht mit einer krankheitsbedingten Einschränkung zu kämpfen habe, kann ich mich um mich und meine Angelegenheiten ausreichend kümmern und eventuell sogar versuchen, die Verfügung über die Bedingungen meiner Existenz zu erweitern. Auf meine „Gesundheit“ zu achten, sorgsam mit mir umzugehen, die „evidence-based“ Tipps zu beherzigen (z. B. zwei Liter Wasser am Tag trinken, wenig Fleisch und Alkohol zu sich nehmen, viel Bewegung etc.), all das unterstützt mich also auf dem Weg zu mehr „Empowerment“ und Selbstbestimmung, da ich so zumindest einige der relevanten Bedingungen meines Wohlbefindens unter Kontrolle habe.

Wenn wir nochmals auf das Beispiel Homosexualität zurückkommen, fällt auf, dass diese ziemlich genau dann „aufhörte“ eine „Krankheit“ zu sein, als eine andere Krankheit um sich griff, die in ihren Anfängen unter anderem „Schwulenpest“ hieß: AIDS. Der HIV-AIDS-Diskurs prägt den Diskurs um „schwule Gesundheit“ seit den 1980er Jahren und unterwirft sie einem Ordnungsruf. Peter Schneider stellt die These auf, dass diese Unterwerfung schwuler Lebensweisen unter die Maxime der Gesundheitsprävention überhaupt erst „den“ Schwulen gesellschaftliche Akzeptanz brachte (Schneider 2008, 71).

Homosexuelle sind zwar noch lange nicht mit der heterosexistischen Norm kompatibel, trotzdem sind sie am Weg in die Mitte der Gesellschaft und verändern diese auch maßgeblich, allerdings nicht in ihren Grundfesten betreffend Heterosexismus, Warenform, Lohnarbeit und Rassismus. Die Unterwerfung unter das Gesundheitsdispositiv hätte dann – so Schneiders These zutrifft – das emanzipatorische Potential der Schwulenbewegung kanalisiert und gewissermaßen gebändigt.

Das wäre somit eine Schattenseite des allgemein positiv konnotierten Gesundheitsdiskurses, nämlich gesellschaftlich-soziale Akzeptanz durch Unterwerfung unter eine neoliberale Präventionslogik. Zu Recht mahnt Hofmeister daher an, dass der Begriff „Gesundheit“ (in seinen relevanten Dimensionen) reinterpretiert gehört. Die relevanten Dimensionen wären die physiologische, die psychische, die soziale und die gesellschaftliche (Hofmeister 2008, 228).

Wenden wir uns nun der Diagnose „Sucht“ zu, wie sie in der klinischen Praxis angewandt wird. In meiner täglichen Lohnarbeit in einer Suchtberatungsstelle habe ich es oft mit Menschen zu tun, die nach ICD-Kriterien als krank eingestuft sind. Die medizinische Behandlung, z. B. mit „Substitutionstherapie“ bei Opiatabhängigkeit und mit Psychopharmaka bei anders Abhängigen, hat „Heilung“ zum Ziel, also Ende der „Sucht“. Wo

das nicht möglich erscheint, nennt sich die Behandlung „palliativ“, soll also das Leben mit der „Krankheit“ so erträglich wie möglich machen, ohne von dieser befreien zu können. D. h. dass diese Menschen akut bzw. chronisch als krank eingestuft werden, obwohl sie oft keinerlei sicht- oder spürbare Einschränkung aufweisen.

Im ICD gibt es auch die Diagnose „Abhängigkeit von XY, gegenwärtig abstinente“ (F1X.0), wodurch die Krankheit gar nicht erst verschwindet, sondern in einen Lauerzustand zurückweicht. Den Betroffenen ist es unter den herrschenden Bedingungen nicht möglich, die gesellschaftlich gesetzte Diagnose loszuwerden. So mag deutlich werden, was geschieht, wenn der Gesundheitsbegriff nicht analytisch zerlegt wird.

Es gibt den Spruch „Das Leben ist eine sexuell übertragbare Krankheit, die tödlich verläuft“, der in unserer westlichen Gesellschaft jedoch nicht die Kraft eines Leitmotivs zu entfalten vermag. Es scheint so, dass wir (implizit) dem Bild einer „säkularen Unsterblichkeit“ anhängen (Pfaller 2012, 23), die zum höchsten Gut avanciert und allen in diesem Zusammenhang relevanten Begriffen und Konzepten wie „Nachhaltigkeit“, „Gesundheit“, „Sicherheit“ usw. höchste Priorität einräumt zum Preis der Einschränkung befreiender Transgressivität, z. B. in Form von Rausch, Gesetzesübertretung, Ekstase. Die unzwispältige Gesundheit bezahlen wir mit Askese, Moral und Verboten, die wir als solche gar nicht erkennen, sondern als Verbesserungen unserer Lebensbedingungen feiern und begrüßen (vgl. Pfaller 2008; 2011; 2012). Eine Distanz zu gewissen Verhaltensweisen, beispielsweise dem Rauchen, ist nicht mehr möglich, denn die Prävention im Dienste der Gesundheit versteht keinen Spaß (Schneider 2008, 68). Langlebigkeit ist zum primären Kriterium eines „guten“ Lebens geworden (Klein 1995, 290) und dieses bloße Überleben, das die schädlichen, zwispältigen, schmutzigen Genüsse meidet und verachtet, wird zu einem Faktor moralischer Überlegenheit (ebd., vgl. auch Schneider 2008, 106).

### *Raucher\_innen als Mörder\_innen*

Diese moralische Überlegenheit bildet wohl auch den Hintergrund für den sehr weit verbreiteten Vorwurf der Schädigung Anderer: Ich schade mit meinem Zigarettenrauchen nicht nur mir selbst, sondern gefährde auch noch die Menschen um mich herum. Dass „Passivrauchen“ schädlich sei, scheint unbestritten. Die führenden nationalen und internationalen Institutionen sagen es, Fachleute bestätigen es. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) behauptet, dass jährlich 600.000 Todesfälle weltweit auf das Konto des Passivrauchens gehen. Die Faktenlage ist allerdings längst nicht so eindeutig, wie das gemeinhin angenommen wird.

Wer jedoch die aktuell gültige Wahrheit anzweifelt, wird schnell moralisch beurteilt und in ein verdächtiges Eck gestellt. Dabei wäre ein genauer Blick auf die Passivrauchforschung dringend geboten. Beda Stadler hat das überblicksmäßig versucht und kommt zum Ergebnis, dass hier mit (bewusster oder unbewusster) Verzerrung, Übertreibung und Vertuschung gearbeitet wird. Beispielsweise wurde anhand einer Studie in den USA behauptet, dass durch „second hand smoke“ (= Passivrauch) Tausende getötet würden (Stadler 2008, 55). Diese Hochrechnung (also keine absoluten Zahlen) seien Interpretationen aus Metastudien, die im Endeffekt kaum ein erhöhtes Risiko nachweisen konnten. 2006 wollte dann das US-Gesundheitsministerium die Angelegenheit von ihren wackeligen auf sichere Beine stellen und verkündete anhand eines 700seitigen Berichts, dass die Passivrauchdebatte nun erledigt sei. Stadler nahm die größte der im Bericht zitierten Studien genauer unter die Lupe, in welcher über einen Zeitraum von 39 Jahren 35.561 nichtrauchende Menschen mit rauchenden Partner\_innen untersucht wurden. Es konnte kein kausaler Zusammenhang zwischen Passivrauchen und Sterblichkeit nachgewiesen werden (ebd., 56). Trotzdem wird diese Studie als Beweis für die Gefährlichkeit des Passivrauchens geführt, da die Autoren darin behaupten, dass ein kleiner Effekt durch Passivrauch möglich sei: “The results of the California CPS I cohort do not support a causal relation between exposure to environmental tobacco smoke and tobacco related mortality, although they do not rule out a small effect.” (Enstrom et al. 2003). Die Daten untermauern das aber gar nicht: “Given the limitations of the underlying data in this and the other studies of environmental tobacco smoke and the small size of the risk, it seems premature to conclude that environmental tobacco smoke causes death from coronary heart disease and lung cancer.” (ebd.)

Ganz ähnlich argumentiert auch Grieshaber (2012). Als Beispiel mag eine Studie dienen, die in der Passivrauchforschung als gesichertes Wissen gilt und nur mehr sekundärzitiert wird (Invernizzi et al. 2004). In dieser hatten italienische Forscher\_innen „herausgefunden“, dass Zigarettenrauch mehr Feinstaub verursache als ein Dieselmotor. Allerdings verwendeten sie dafür ein Messgerät, das die sehr feinen Dieselpartikel erst ab einer gewissen Größe erfasste (Grieshaber 2012, 24). Die größeren Tabakpartikel hingegen landeten alle im Filter des Gerätes und so kam es zum bekannten Ergebnis. Grieshaber und Kolleg\_innen reproduzierten den Versuch (BGN 2007), jedoch auch mit einem alternativen Messgerät, das die Diesel- und Tabakpartikel gleichermaßen registrierte, woraufhin die Dieselpartikel als bis zu viermal belastender sich herausstellten (ebd., 3). Grieshaber führt eine ganze Reihe häufiger Fehler bzw. Mängel an, die in den diversen Stu-

dien zur Passivrauchforschung sich häufen, von ungeeigneten technischen Herangehensweisen bis hin zu methodischen Ungenauigkeiten (z. B. der oft fehlenden Unterscheidung zwischen Nicht- und Nie-Raucher\_innen; Grieshaber 2012, 36f.). Das hindert die internationalen und nationalen Institutionen nicht daran, den „Krieg“ gegen den Tabak und die Raucher\_innen auch mit diesen Zahlen und Ergebnissen fortzuführen.

### *Der „Krieg gegen den Tabak“*

Knapp 170 Staaten der ganzen Welt haben ein Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs unterschrieben und sich vertraglich zu gewissen Schritten verpflichtet, u. a. zur Verminderung des Angebots durch Verkaufsbeschränkungen und Preiserhöhungen (WHO 2003, 10), der Anerkennung, dass Passivrauchen zu Tod und Invalidität führt (ebd., 11), der Reglementierung der Bezeichnungen und Verpackungen von Tabakwaren (ebd., 12); Werbeverbote bzw. -einschränkungen (ebd., 15) u.v.m.

Beim Lesen dieses Papiers hat mensch leicht den Eindruck, als stünde mensch einer wirklich gefährlichen weltumspannenden Problematik gegenüber, welche Raucher\_innen direkt, aber auch alle anderen indirekt betrifft, sei es durch Passivrauch oder den Schaden durch Tabakanbau. Die Vertragspartner verpflichten sich zu de facto immer weiter führenden Maßnahmen. Norwegen beispielsweise hatte eine der höchsten Tabaksteuern der Welt und ein umfassendes Rauchverbot. Als die WHO wollte, dass das Rauchen selbst in Privaträumen verboten wird, wurde jedoch auch dort Kritik laut (Berglund 2010).

Anfang des 17. Jahrhunderts, als sich Kaffee und Tabak ziemlich rasch über weite Teile der Welt verbreiteten, reagierten manche Regierungen auf deren Konsum ziemlich drastisch, teilweise mit Gefängnis und sogar Todesstrafe (Austin 1982, 122). An diesem Punkt sind wir schon lange nicht mehr, aber wohl an einem, der mit „Krieg gegen den Tabak“ betitelt werden kann. Raucher\_innen werden nicht von Behörden mit Todesurteilen belegt, wohl aber mit Todesprognosen und sie werden auch für den Tod und das Elend anderer verantwortlich gemacht. Raucher\_innen handeln somit verantwortungslos, moralisch verwerflich. Ihre Argumente sind jenen von Nichtraucher\_innen und Gesundheitspräventionsfachkräften moralisch unterlegen (s.o.) und auf jeden Fall hinsichtlich ihrer Beweggründe verdächtig.

Im folgenden möchte ich mich mit dem Artikel „Evidenz in Interessenkonflikten: Das Beispiel Passivrauchen“ von Joseph Kuhn (2012) beschäftigen, der im FKP 55 erschienen ist, da an diesem m. E. gut ersichtlich wird, wie der sich positiv und im Allgemeininteresse auftretende

Gesundheitsdiskurs ein Kontroll- und Disziplinardispositiv bedient und sich letzten Endes in einem restriktiven Modus bewegt.

### *Die Erledigung der Widersprechenden*

Im betreffenden Artikel versucht Kuhn einer Art „Raucher\_innenlobby“, bestehend aus Tabakindustrie und Raucher\_innen, nachzuweisen, dass diese aus jeweils unterschiedlich gearteten, aber im Ziel geeinten Interessen, die Erkenntnisse der Wissenschaft über das Rauchen von Nikotin und dessen Schäden für andere zu relativieren bzw. zu widerlegen trachten. Die Tabakindustrie tue dies aus handfesten Kapitalinteressen, die Raucher\_innen betrieben die Untergrabung der wissenschaftlichen Ergebnisse als „Konfliktbewältigung“ (ebd., 148). Kuhn nennt das „denialism“ als eine „Form des Alltagsbewusstseins“ (ebd., 143). „Denialism“ bezeichne „das systematische Verleugnen und Bestreiten der wissenschaftlichen Evidenz zu einem Sachverhalt“ (ebd., 141). Rauchverbotsgegner\_innen werden mittels des Konzeptes „denialism“ in eine illustre Gesellschaft gebracht: „irrationale Impfgegner“ (ebd., 145), Klimawandelskeptiker\_innen, HIV-Skeptiker\_innen, Kreationist\_innen, Kritiker\_innen der Relativitätstheorie, Anhänger\_innen der sogenannten Hohlwelttheorie, welche der Meinung sind, dass die Erde mehr oder weniger eine Scheibe sei, und schließlich noch, als argumentativer Gnadenstoß, Holocaustleugner\_innen (ebd., 146).

Der Autor moniert an mehreren Stellen (ebd., 143, 144, 146, 148, 149), dass die „Denialist\_innen“ „Tatsachen“ verdrehen oder ausblenden, mithin der wissenschaftlichen Beweislage keinen Respekt zollen bzw. gewissermaßen unfair agieren („Manipulation der Wissenschaft“; ebd., 144). Dabei geht Kuhn selbst äußerst selektiv in seiner Argumentation vor und lässt keine Gelegenheit aus, jegliches Argument der „Raucher\_innenlobby“ zu diskreditieren. Die Tatsache, dass die Medizin zwar viel an Wissen angehäuft hat und in vielen Bereichen mit systematischen Theorien arbeitet, dennoch aber gerade im Hinblick auf kausale Zusammenhänge oft im Dunkeln tappt und im Endeffekt in doch einigen Bereichen auf das Prinzip „trial and error“ zurückgeworfen ist, wird nicht einmal in Betracht gezogen (vgl. dazu Franke 2008; Hucklenbroich 2012). Stattdessen wird die Feststellung, „Krankheiten hätten viele Ursachen, in der Tabakforschung würde jedoch Tabakrauch als einzige Ursache isoliert“ als denialistisches Argument identifiziert und somit letztlich als irrational abgewehrt (Kuhn 2012, 143).

Da sich die Kritische Psychologie ja in einem Begründungsdiskurs bewegt, ist „Irrationalität“ als Zuschreibung an Handlungs begründungen Anderer keine Zuflucht. Die subjektive Funktionalität menschlicher

Handlungen ist nicht suspendierbar (Markard 2009, 188) und somit gibt es auf individueller Ebene keine Irrationalität, sondern diese schneidet, als Verdikt, eine Verständigung über Prämissen-Gründe-Zusammenhänge ab. „Irrationalität“ ist nicht als positives Analyseergebnis zu sehen, sondern als Ergebnis des Abbruchs von Analyse (ebd., 189).

Andererseits kann es im konkreten Fall ja auch sein, dass die Verleugnung „wissenschaftlicher Erkenntnisse“ nicht „irrational“ ist, sondern – wie im „denialism“-Konzept implizit mitgedacht – gute Gründe hat, z. B. von meiner „Sucht“ abzulenken oder davon, dass ich von der Tabaklobby finanziert werde. Im Falle Kuhns sind das anscheinend keine guten Gründe, da eben entweder „irrational“ oder nicht „objektiv“ (also „gekauft“, „interessengeleitet“).

Wir landen also bei einem objektivistisch-positivistischen Bild von Wissenschaft, welche „gutes“ bzw. verlässliches Wissen produziere. Umso erstaunlicher, dass Kuhn im Zusammenhang mit dem Schlagwort „wissenschaftliche Tatsache“ (144) Ludwik Fleck anführt, der Wissenschaft als Produkt von Denkkollektiven sah und nicht als Produktion absoluter Wahrheit (Fleck 1980).

Dabei geht es in der Kritik der Passivrauchforschung nicht um eine prinzipielle Ablehnung im Sinne einer automatischen, reflexhaften Verleugnung von Ergebnissen, sondern es geht um das Aufzeigen fehlerhafter, verzerrter oder falsch interpretierter Ergebnisse. Der Vorwurf der Verleugnung dient somit, könnte behauptet werden, seinerseits der Verleugnung, nämlich von Kritik an den Ergebnissen bzw. dem „gesicherten“ Wissen des eigenen Denkkollektivs.

Solche Art von Vorwurf, also von „denialism“, entspricht daher nicht einem Handeln im Sinne „verallgemeinerter Handlungsfähigkeit“, da nicht gemeinsam Bedingungen/Bedeutungen und die eigenen Handlungsprämissen in ihrer Widersprüchlichkeit analysiert, sondern – wie von Kuhn angeführt, aber nicht auf sich bzw. das „eigene Lager“ angewendet – in einem Freund-Feind-Schema (ebd., 147) als Munition zum Sieg verwendet werden. Dabei mag es durchaus unzulängliche Kritiker\_innen der Passivrauchforschung geben, die ihrerseits kein Interesse an seriösen Forschungsdaten zu diesem Thema haben, allerdings bringen taube Ohren für berechtigte Kritik eine\_n in unmittelbare Nähe des selbstdefinierten „feindlichen Lagers“.

Es muss aber möglich bleiben, die Forschungsdaten kritisch zu hinterfragen, ohne gleich als beliebig oder anti-wissenschaftlich zu gelten. Wissenschaft produziert ihre Ergebnisse ja aus bestimmten gesellschaftlichen Positionen heraus, mit bestimmten impliziten und expliziten Weltbildern. Außerdem ist jede Naturwissenschaft ein menschliches Unternehmen und

somit immer auch interessengeleitet. Es scheint mir aber, als würde Kuhn im vorliegenden Text die Ergebnisse der Passivrauchforschung als richtig und wahr annehmen. Wissenschaft produziert demnach (vorläufig) wahres Wissen, dessen Produktionsbedingungen hinsichtlich gesellschaftlicher Macht-konstellationen, Interessenlagen, Prämissen etc. nicht hinterfragt zu werden brauchen. Holzkamp hat sich intensiv mit Wissenschaftstheorie beschäftigt (vgl. ders. 1972) und attestiert beispielsweise dem sogenannten kritischen Rationalismus, an welchen mich die Herangehensweise Kuhns erinnert und der inzwischen nur mehr in den mehrheitlich quantitativ operierenden Sozialwissenschaften Anklang findet (vgl. Wieser 2012), bloß „blinder Kritizismus“ (Holzkamp 1972, 192) zu sein, da er nicht zwischen Geschichte als Naturprozess und menschlicher Geschichte unterscheidet (ebd.). Erkenntnis bleibe aber immer Teil gesellschaftlicher Praxis und verändere diese (ebd., 193). Da der Kritische Rationalismus dies nicht erkenne, sei er in seiner Kritik richtungslos. Ich würde ergänzen: „richtungslos“ nicht im Sinne von „interesselos“, sondern in jenem von „subjektlos/objektivistisch“.

Zumindest bestünde noch die Möglichkeit, im Falle der „gekauften“ Wahrheit die Verstäudigung aus politischen Gründen abzurechnen: Wissen zu verleugnen, das anderen Leid ersparen könnte bzw. sie sogar retten, kann als verwerflich bezeichnet werden. Voraussetzung ist hier allerdings die bewusste Verleugnung, also das Zuwiderhandeln gegen besseres Wissen (zum Schaden anderer).

### *Psychologische Dimensionen*

Auf psychologischer Ebene ist Acht zu geben, dass mensch zur „Erklärung“ des Rauchens nicht (explizit oder implizit) auf das Suchtkonzept zurückgreift, da dieses dann die Subjektrolle übernehme (vgl. Sanin 2011, 156ff, 2012). Als möglichen Grund, warum „Raucher\_innen“ (in Kuhns Logik scheinen ja nur diese und von der Tabakindustrie Gekaufte vorzukommen), wenn sie denn welche sind, sich gegen die Ergebnisse der Passivrauchforschung stellen, sieht Kuhn nur jenen der Konfliktbeseitigung, nämlich dass mensch das schlechte Gewissen, anderen zu schaden, verleugnet, indem „Wahrheit“ als Lüge entlarvt wird: Um nicht die Schuld auf sich zu laden, mit den beim Rauchen erzeugten Schwaden andere zu schädigen, „ist eine mögliche Lösung dieses Dilemmas, Hinweise auf die schädlichen Wirkungen des Passivrauchens auszublenden oder zu verharmlosen.“ (Kuhn 2012, 148) Gleichzeitig kann mensch sich als Widerstandskämpfer\_in gegen den Mainstream fühlen (ebd.).

So begründete Handlungen wären ganz klar als Variante restriktiver Handlungsfähigkeit zu analysieren, weil ich meine Vorteile auf Kosten

anderer durchsetze, was verleugnet werden muss, da es letztlich nicht in meinem Interesse sein kann, auf die Verfügung über die Bedingungen meiner Existenz in einem verallgemeinerten Sinne zu verzichten.

„Denialism“ wäre in diesem Sinne aber nur dann ein Aspekt restriktiver Handlungsfähigkeit, wenn wirklich von der Gesicherheit der Ergebnisse der Passivrauchforschung ausgegangen werden könnte, was – wie wir sehen konnten – nicht der Fall ist. Gleichzeitig ist es wahrscheinlich, dass auch im Falle der „Wahrheit“ besagter Forschung Individuen und Gruppen deren Ergebnisse bestreiten würden, in welchem Fall dann der Vorwurf bzw. die Kategorisierung „denialism“ gesondert aufs Neue zu prüfen wäre, allerdings nicht als bloße Zuschreibung.

Indem jedoch der Verleugnungsvorwurf pauschal auf alle angewendet wird, die (begründete) Zweifel an dieser Forschung haben oder sich nicht von einem neoliberalen Gesundheitsregime gängeln lassen wollen, welches „Gesundheit“ zum höchsten Gut erhebt – ohne sich darum zu kümmern, ob dieser „Zustand“ auch von Zufriedenheit, Glück, Befriedigung, Spaß etc. begleitet ist –, kippt die Bezeichnung „denialism“, als ursprünglich vielleicht gut gemeinte Kritik einer Variante restriktiver Handlungsfähigkeit (auch wenn Kuhn diese Analysemöglichkeit gar nicht ergreift), in ihr Gegenteil, wird nämlich selbst ein Ausdruck restriktiver Handlungsfähigkeit. Dadurch, dass die Verständigung abgeschnitten wird und „den anderen“ unlautere oder irrationale Motive unterstellt werden, während mensch selbst sich auf der „guten“ und „richtigen“ Seite befindet, wird das eigene Arrangement unter gegebenen Bedingungen abgesichert bzw. wird dazu beigetragen, bloß bestimmte Bedingungen zu verändern ohne sich selbst bzw. den eigenen „Denkstil“ in seiner Eingebettetheit in gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge zu reflektieren.

Wie schon angeführt, muss ja laut Kuhn das Wissen, andere mit meinem Verhalten zu schädigen, verleugnet bzw. verdrängt werden (s. o.). Wie ist es aber dann mit dem Schaden, den ich mir selbst zufüge? Laut Holzkamp ist es ja nicht möglich, sich bewusst selbst zu schaden (1985, 350). Allerdings hat schon Markard (2009, 195f) darauf hingewiesen, dass ein Schaden, der bekannt ist, einkalkuliert werden kann, wenn die Interessen, die betreffende Handlung trotzdem auszuführen, als stärker eingestuft werden. Die Selbstschädigung kann hier bewusst sein, da sie insofern in je meinem Interesse liegt, als sie untrennbarer Teil der Tätigkeit ist – also des Rauchens – die ich unbedingt ausführen will. Dieser Gedankengang kann allerdings nur solange Gültigkeit beanspruchen, als das Suchtkonzept abgelehnt wird. Ist nämlich dieses in Anschlag gebracht, kapert es den Begründungsdiskurs und führt ihn in einen Bedingtheitsdiskurs über. Die Bewusstheit oder Un-

bewusstheit spielt dann keine Rolle mehr, da sie in eine Zwangsläufigkeit oder zumindest einen Automatismus eingespannt ist.

Aber auch im Begründungsdiskurs bleibend klingt es doch sehr rationalistisch, dass ich den Schaden einkalkuliere, um die gewünschte Handlung durchzuführen. Wohl jede\_r Raucher\_in ist mit dem Vorgang aktiver (bewusster) Verdrängung vertraut angesichts des Anzündens einer Zigarette im Bewusstsein der Selbst- und der (unterstellten) Fremdschädigung. D. h. dass das Rauchen ein ambivalenter Akt ist mit sich zuwiderlaufenden Emotionen und Gedanken.

Ob dieses „schlechte Gewissen“ allerdings auch unter Bedingungen aufträte, in welchen das Rauchen noch etwas Erhabenes, Kultiviertes wäre und nicht etwas „exkrementartiges“ (s. o.), „fremdschädigendes“ etc., sei dahingestellt.

### *Rauchen als Anachronismus*

Abgesehen davon, dass, wie wir sehen konnten, das letzte Wort in der wissenschaftlichen Debatte zu diesem Thema noch längst nicht gesagt ist, finde ich die Frage vorrangig, warum eine solch nebensächliche und eigentlich private Tätigkeit wie das Zigarettenrauchen derart die Gemüter erhitzt und rund um den Globus zu strikten Gesetzgebungen führt, selbst in Ländern mit ausgeprägter Rauchkultur wie Spanien und Italien. Gleichzeitig führen andere gesellschaftliche Praktiken, die weitaus desaströsere Auswirkungen auf Gesundheit und Glück der Menschen haben, zu oft geringeren bis gar keinen Reaktionen. Das Zigarettenrauchen allerdings scheint nicht zum neoliberalen Subjekt zu passen. Während andere schädliche Elemente wie Erdöl, Plastik, Fast Food, Naturausbeutung, Massentierhaltung, Mobilität, Flexibilität etc. notwendig sind für das Funktionieren des aktuellen Kapitalismus, ist die Zigarette ein Relikt aus einer anderen Zeit. Sie steht für Auszeit, Pause, Müßiggang, Kreativität, KünstlerInnendasein, Flanieren usw. Das leistungsbereite, gesunde, fitte neoliberale Subjekt kann sich nicht mit etwas die eigene Fitness derart Untergrabendem abgeben. Die Zigarette definiere „den Unterschied zwischen dem Neuen Menschen und dem der Antike,“ zitiert Klein (1995, 58) Pierre Louÿs, da sie „das einzige neue Genußmittel [ist], das der moderne Mensch [...] erfunden hat“. Aber der neue, moderne Mensch ist nun schon Vergangenheit und der postmoderne, neoliberale Mensch hat keine Verwendung mehr für die Zigarette. „In der Geschichte des Rauchens zeigt sich die Beschleunigung in der Vereinfachung und Verkürzung des Rauchvorganges“, schreibt Schivelbusch (1990, 123) „Der Ruhe- und Konzert-

rationsstandard einer Epoche läßt sich am jeweils herrschenden Rauchgerät ablesen. [...] Für den Raucher im 20. Jahrhundert enthält die Zigarette, die in 5-7 Minuten zu Ende geraucht ist, soviel Muße und Konzentration wie für den Raucher des 19. Jahrhunderts eine über fast eine halbe Stunde hin gerauchte Zigarre.“ (ebd., 127) Das neoliberale Subjekt hat nun also nicht mal mehr diese 5-7 Minuten übrig. Stets fit und einsatzbereit hält es sich nicht mit Phantasmen auf, die sich in Rauch auflösen.

### *Erkenntnis: Das verlorene Potential*

Der Aspekt „Erkenntnis durch Rausch“ ist ein zentraler beim Thema „Drogen“. Heutzutage werden „Drogen“ so gut wie ausschließlich mit Schlagworten wie „Party“, „Spaß“, „Vergiftung“, „Überdosis“, „Flucht“, „Probleme“, „Kriminalität“, „Gesundheit“, „Sucht“ usw. in Verbindung gebracht. Das Thema Erkenntnis ist hingegen verschwunden, obwohl es in der Geschichte der Substanzen die viel zentralere und dominantere Rolle spielt, wie die Ethnologie zu berichten weiß (vgl. Schivelbusch 1990, Gelpke 2008, Völger & von Welck 1982).

Ein halluzinogener Effekt tritt bei Nikotin nur bei hoher Dosis auf (Walther 1982, 375) und kann eher durch das Trinken von Tabakwasser erzielt werden (Hartmann 1982, 417). Bei einigen Gesellschaften Südamerikas wurde in der „Tabaknarkose“ spezielles Wissen gesammelt oder konnte durch sie auch die „Schattenseele“ auf Wanderschaft gehen (ebd.). Der Rausch wurde somit auch dazu benutzt, für alle relevantes Wissen zu gewinnen, z. B. wie gewisse Zeichen zu interpretieren seien oder was auf die Gemeinschaft zukomme. Dieser Aspekt von Rausch, also ein erkenntnisleitender, ist in den aktuellen westlichen Gesellschaften verloren gegangen. Auf sozialer Ebene jedoch kam dem Rauchen – und dem Kaffeetrinken – in der Vergangenheit durchaus eine gesellschaftskritische Dimension zu, z. B. in Form der sogenannten penny universities, einer Bezeichnung für Kaffeehäuser in England, weshalb der Konsum dieser Substanzen u. a. auch kriminalisiert und verfolgt wurde (s.o.).

### *Schlussbemerkung*

Diese kollektive Dimension des Substanzgebrauchs ist heutzutage unauffindbar, konsumierende Kollektive gibt es nur mehr als statistische Agglomerate, gebildet von einzeln süchtigen Individuen, für die spezielle Maßnahmen, Programme, Rahmenbedingungen geschaffen werden. Das Schicksal, das die meisten psychoaktiven Pflanzen teilen, nämlich von einem Kulturelement zu einem Krankheitsfaktor zu werden, widerfährt

gerade dem Tabak. Anstatt Regeln und Rituale auszubauen und zur Diskussion zu stellen, wird das Rauchen mit teilweise schwachen wissenschaftlichen Argumenten und einer autoritären Ideologie im Hintergrund aus der Mitte der Gesellschaft verbannt. Sich dagegen aufzulehnen, liegt nicht nur im Interesse von Raucher\_innen, sondern aller, da der Kampf gegen den „Passivrauch“ nur ein Aspekt einer umfassenderen Tendenz innerhalb gesundheitspräventiv orientierter Strategien zur Optimierung der Subjekte im Kapitalismus ist.

### Literatur

- Austin, Gregory (1982). Die europäische Drogenkrise des 16. und 17. Jahrhunderts. In Völger, Gisela & von Welck, Karin (Hrsg.). *Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich, Band 1*, Hamburg: Rowohlt, 115-132.
- Berglund, Nina (2010). Doctors against smoking ban at home. Verfügbar unter <http://www.newsinenglish.no/2010/09/10/doctors-against-smoking-ban-at-home/>; 6.1.2013
- BGN (Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten, Hrsg.) (2007). Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten (BGN) bestätigt ihre Aussagen zur Passivrauchproblematik. Erläuterungen zur Stellungnahme des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle zur Pressemitteilung der BGN vom 26.10.2007, Anlage 2, Garagenversuch. Verfügbar unter: [http://www.tabak-mittelstand.de/tl\\_files/mut4all.de/downloads/BGN5.pdf](http://www.tabak-mittelstand.de/tl_files/mut4all.de/downloads/BGN5.pdf); 6.1.2013
- Callahan, Daniel (2012 [1973]). Die Gesundheitsdefinition der WHO. In Schramme, Thomas (Hrsg.). *Krankheitstheorien*. Berlin: Suhrkamp, 191-204.
- Caplan, Paula (1995). *They Say You're Crazy: How the World's Most Powerful Psychiatrists Decide Who's Normal*. Reading: Addison-Wesley.
- Enstrom, James E.; Kabat, Geoffrey C. & Smith, Davey (2003). Environmental tobacco smoke and tobacco related mortality in a prospective study of Californians, 1960-98. *BMJ* 2003;326:1057. Verfügbar unter: <http://www.bmj.com/content/326/7398/1057?sid=0a438674->; 6.1.2013
- Fleck, Ludwik (1980). *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache: Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Franke, Alexa (2008). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.
- Gelpke, Rudolf (2008). *Vom Rausch in Orient und Okzident*. Köln: Anaconda
- Grieshaber, Romano (2012). *Passivrauchen – Götterdämmerung der Wissenschaft*. Kassel: PubliKom Z.
- Hartmann, Günther (1982). Tabak bei südamerikanischen Indianern. In Völger, Gisela & von Welck, Karin (Hrsg.). *Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich, Band 1*, Hamburg: Rohwolt, 402-419.
- Haug, Frigga (2003). Patientin im neoliberalen Krankenhaus. *Forum Kritische Psychologie*, 46, 37-51.
- Hofmeister, Arnd (2008). Dimensionen eines kritisch-psychologischen Gesundheitsbegriffs. In Huck, Lorenz; Kaindl, Christina; Lux, Vanessa; Pappritz, Thomas; Reimer, Katrin & Zander, Michael (Hrsg.). *Abstrakt negiert ist halb kapiert. Beiträge zur marxistischen Subjektwissenschaft. Morus Markard zum 60. Geburtstag*. Marburg: BdWi, 221-231.
- Holzcamp, Klaus (1972). „Kritischer Rationalismus“ als blinder Kritizismus. In Ders. *Kritische Psychologie. Vorbereitende Arbeiten*. Frankfurt/M.: Fischer, 173-205.
- Holzcamp, Klaus (1985). *Grundlegung der Psychologie*. Frankfurt/M.: Campus.

- Hucklenbroich, Peter (2012). Die Wissenschaftstheorie des Krankheitsbegriffs. In Schramme, Thomas (Hrsg.). *Krankheitstheorien*. Berlin: Suhrkamp, 135-158.
- Invernizzi, G.; Ruprecht, A.; Mazza, R.; Rossetti, E.; Sasco, A.; Nardini, S. & Boffi R. (2004). Particulate matter from tobacco versus diesel car exhaust: an educational perspective. *Tobacco Control* 2004;13:219–221. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1747905/pdf/v013p00219.pdf>; 6.1.2013
- Klein, Richard (1995). *Schöner blauer Dunst. Ein Lob der Zigarette [orig.: Cigarettes are Sublime]*. München: Carl Hanser.
- Kolte, Brigitta & Schmidt-Semisch, Henning (2003). Vom Tabakgenuss zur Nikotinsucht – und zurück. Ein Plädoyer wider den therapeutisch induzierten Fatalismus. In Legnaro, Aldo & Schmieder, Arnold (Hrsg.). *Rauchzeichen. Zum modernen Tabakkonsum. Jahrbuch Suchtforschung Band 3/02*. Münster: LIT, 5-24.
- Kuhn, Joseph (2012). Evidenz in Interessenkonflikten: Das Beispiel Passivrauchen. *Forum Kritische Psychologie* 55, 140-151.
- Markard, Morus (2009). *Einführung in die Kritische Psychologie*. Hamburg: Argument.
- Pfaller, Robert (2008). *Das schmutzige Heilige und die reine Vernunft. Symptome der Gegenwartskultur*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Pfaller, Robert (2011). *Wofür es sich zu leben lohnt. Elemente materialistischer Philosophie*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Pfaller, Robert (2012). *Zweite Welten. Und andere Lebenselixiere*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Sanin, Daniel (2011). Suchtprävention als Selbstdisziplinierung: Auf der Suche nach den Subjekten. In Weber, Klaus (Hrsg.). *Sucht. Texte Kritische Psychologie* 2. Hamburg: Argument, 155-180.
- Sanin, Daniel (2012). In süchtiger Gesellschaft. *Phase 2. Zeitschrift gegen die Realität*, 44, 15-16.
- Schmieder, Arnold (2003). Verflüchtigung der Rauchzeichen: Hintergründe des Wechsels zu einem neoliberalen Paradigma. In Legnaro, Aldo & Schmieder, Arnold (Hrsg.). *Rauchzeichen. Zum modernen Tabakkonsum. Jahrbuch Suchtforschung Band 3/02*. Münster: LIT, 99-125.
- Schneider, Peter (2008). „Seitdem ich nicht mehr frei rauchen kann...“ Über Rauchen, Nichtrauchen, Passivrauchen, Homosexualität, Aids und andere verwandte Gegenstände. In Bittermann, Klaus & Dobler, Franz (Hrsg.). *Smoke Smoke Smoke that Cigarette. Eine Verherrlichung des Rauchens*. Berlin: Edition Tiamat, 68-71.
- Schivelbusch, Wolfgang (1990 [1980]). *Das Paradies, der Geschmack und die Vernunft. Eine Geschichte der Genussmittel*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Stadler, Beda (2008). Die Risiken des Passivrauchens. In Bittermann, Klaus & Dobler, Franz (Hrsg.). *Smoke Smoke Smoke that Cigarette. Eine Verherrlichung des Rauchens*. Berlin: Edition Tiamat, 54-57.
- Völger, Gisela & von Welck, Karin (Hrsg.). (1982). *Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich, 3 Bände*, Hamburg: Rohwolt
- Walther, Elisabeth (1982). Kulturhistorisch-ethnologischer Abriß über den Gebrauch von Tabak. In Völger, Gisela & von Welck, Karin (Hrsg.). *Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich, Band 1*, Hamburg: Rohwolt, 374-386.
- WHO (2003). Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs Verfügbar unter: <http://www.aerzteinitiative.at/FCTCdeutsch.pdf>; 25.09.2012
- Wieser, Martin (2012). Das Unbehagen in der Psychologie. Von Nutzen und Nachteil der Wissenschaftstheorie für die Psychologie – oder: Popper und kein Ende? *Malmoe*, 60, 24. Verfügbar unter <http://www.malmoe.org/artikel/funktionieren/2469>; 6.1.2013