

II-7887 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen
des Nationalrates XVIII. Gesetzgebungsperiode



BUNDESMINISTER
für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz
DR. MICHAEL AUSSERWINKLER

A-1031 Wien, Radetzkystraße 2
Telefon: 0222/711 72
Teletex: 322 15 64 BMGSK
DVR: 0649856

18 DEZ. 1992

GZ 114.140/125-I/D/14/a/92

Herrn
Präsidenten des Nationalrates
Dr. Heinz FISCHER

Parlament
1017 Wien

3515 IAB

1992 -12- 02

zu 3540 IJ

Die Abgeordneten zum Nationalrat Mag. Dr. Madeleine Petrovic und FreundInnen haben am 2. Oktober 1992 unter der Nr. 3540/J an mich beiliegende schriftliche parlamentarische Anfrage betreffend die "Bedenken in der Fluor-Kariesprophylaxe" gerichtet.

Diese Anfrage beantworte ich wie folgt:

Zu Frage 1:

Da die vorliegende Anfrage zur Fluor-Karies-Prophylaxe im wesentlichen die gleichen Fragen enthält wie die vorangegangene Anfrage Nr. 2831/J, verweise ich grundsätzlich auf meine Beantwortung vom 17. Juni 1992.

Den bereits in der Präambel der Anfrage erhobenen Vorwürfen, meine Anfragebeantwortung vom 17. Juni 1992 sei "unwahr, sachlich falsch, unvollständig und fachlich unqualifiziert" muß ich jedenfalls auf das entschiedenste entgegentreten.

Dies gilt insbesondere für den Vorwurf, die darin wiedergegebenen Expertenmeinungen aus dem In- und Ausland sowie die Empfehlungen internationaler Gremien (insbesondere auch Weltgesundheits-

- 2 -

organisation und Europarat) stützten sich auf falsche und naturwissenschaftlich längst widerlegte Behauptungen einer "international organisierten Fluor-Lobby".

Ich möchte zunächst ergänzend auf einige Punkte eingehen, die sich auf die in der Anfrage zur Argumentation herangezogenen Arbeiten beziehen.

Wie die in der Anfrage angeführten Literaturzitate zeigen, werden zur Stützung der Argumentation fast ausschließlich Arbeiten von Ing. Ziegelbecker herangezogen. Es liegen aber wesentlich mehr wissenschaftliche Arbeiten zum Thema Wirksamkeit von Fluoriden in der Kariesprophylaxe vor, als in der Anfrage zitiert und berücksichtigt werden (allein über 50 Publikationen in den Jahren 1990 - 1992).

Auch zur Frage der karzinogenen Wirkung beim Einsatz von Fluoriden zur Kariesprophylaxe wird die Argumentation wieder vorwiegend auf die Darstellung der Kritik anderer Forschungsarbeiten durch Ing. Ziegelbecker gestützt und angegeben, daß diese Ergebnisse hochsignifikant und unwidersprochen seien. Zu dieser Thematik liegen aber Untersuchungen, u.a. eine Meta-Analyse der IARC, vor, die die gegenteilige Position belegen.

Ich habe Ihre Anfrage auch dem Österreichischen Statistischen Zentralamt zugeleitet, wobei mir mitgeteilt wurde, daß die der Anfrage zugrundeliegende sogenannte "Meta-Analyse" zu viele Unkorrektheiten in der methodischen Anwendung enthält, als daß die Hypothese "Fluoride in der Kariesprophylaxe sind nicht nur wirkungslos, sondern auch gefährlich" ausreichend gestützt erscheint. In einer solchen kontroversen Thematik widerspricht es statistisch-wissenschaftlichen Grundsätzen, fast ausschließlich Arbeiten eines Autors zu zitieren, ohne auch zu Arbeiten mit gegenteiligen Ergebnissen wissenschaftlich korrekt Stellung zu nehmen.

- 3 -

Der Vorwurf des Lobbyismus allein als Gegenargument für Forschungshypothesen und -ergebnisse widerspricht einer wissenschaftlichen Vorgangsweise.

Die Angabe, daß weltweit die Karieshäufigkeit steigt und dafür der Zuckerkonsum verantwortlich ist, ist in dieser Form nicht nachvollziehbar. Mir liegen Angaben vor, wonach die Karieshäufigkeit in einzelnen Regionen unterschiedliche Trends zeigt, weltweit eher sinkt, jedenfalls aber von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst wird. Ich kann mich aber Ihrer Ansicht durchaus anschließen, daß aus präventivmedizinischer Sicht auch die Förderung einer gesundheitsbewußten Ernährung der Bevölkerung eine wichtige Zielsetzung darstellt.

In der Anfrage wird auch unter anderem ein Gutachten von Univ.Prof. GÖLLES aus dem Jahr 1983 zitiert, das angeblich eine vernichtende Kritik der Arbeiten zur Wirksamkeit von Fluoridierungsmaßnahmen enthält. Ich darf dieses Gutachten ebenfalls zitieren, und zwar jene Passage, die zu den als wissenschaftlichen Gegenbeweis eingebrachten Arbeiten Stellung nimmt: "Jene Arbeiten, auf die Ing.ZIEGELBECKER hinweist, daß sie den Nachweis erbringen, daß zwischen Fluoridierungsmaßnahmen und Karieshemmung kein Zusammenhang besteht, müßten einer statistisch-medizinischen Analyse unterzogen werden." Insgesamt läßt das Gutachten von Univ.Prof.GÖLLES die Frage der Nicht-Wirksamkeit von Fluoriden zur Kariesprophylaxe weiterhin offen.

Ausdrücklich feststellen möchte ich, daß für mich als Arzt und Gesundheitsminister nicht die isolierte Durchführung von Fluoridierungsmaßnahmen im Vordergrund steht, sondern vielmehr eine wirkungsvolle Verbesserung der Zahngesundheit der Bevölkerung.

- 4 -

Wie ich bereits in meiner Anfragebeantwortung Nr.2831/J vom 17.Juni 1992 einleitend hervorgehoben habe, stellt die Anwendung von Fluorid-Ionen im Rahmen der Kariesprophylaxe nur eine der vier präventiven Interventionen dar, die die anderen Maßnahmen - Hygiene, Ernährung und zahnärztliche Kontrolle - nicht ersetzen kann, aber unterstützt.

Da aber meiner Ansicht nach das Instrument der parlamentarischen Anfragen als Plattform wissenschaftlicher Kontroversen über präventive Maßnahmen nicht geeignet erscheint, werde ich eine Studie zur Bewertung von kariesprophylaktischen Maßnahmen, insbesondere der neuerlichen Bewertung von Fluoriden in der Kariesprophylaxe, in Auftrag geben.

Im Rahmen dieser Studie sollen die vorhandenen Arbeiten zur gegenständlichen Thematik - im Hinblick auf beide Standpunkte - neuerlich aufgearbeitet und auch eine Neubewertung der Prioritätensetzung hinsichtlich unterschiedlicher Kariesprophylaxeprogramme vorgenommen werden. In diesem Zusammenhang werde ich auch die in Vollziehung des Arzneimittelgesetzes tätigen Gutachter beauftragen, eine neuerliche Nutzen- Risiko-Bewertung vorzunehmen.

Zu Frage 2:

Bezüglich der Fragestellung im Zusammenhang mit dem Obersten Sanitätsrat verweise ich auf die Ausführungen in der Anfragebeantwortung Nr.2831/J und darf folgende durch die nunmehr vorliegende Anfrage gebotene Ergänzungen hinzufügen:

a1:

Grundsätzlich darf ich festhalten, daß es einerseits immer Spezialfragen geben wird, in denen erforderlichenfalls nicht dem OSR

- 5 -

angehörnde Experten beigezogen werden müssen, und andererseits der OSR nicht das einzige beratende Organ des Bundesministers ist, der im übrigen auch "nicht institutionalisierte" Experten bzw. Expertenkommissionen zur Beratung heranziehen kann.

Die derzeitige Zusammensetzung des OSR habe ich bei meinem Amtsantritt vorgefunden. Ob eine generelle Erweiterung des Sachverständigenkreises im OSR für die Bewältigung seiner Aufgabenstellungen erforderlich ist, werde ich auf Grund der in der laufenden Funktionsperiode gewonnenen Erfahrungen beurteilen.

b1:

Die Empfehlungen des OSR im Zusammenhang mit der Fluorprophylaxe sind ebenso wie die mit diesen im Einklang stehende Durchführung der Maßnahmen zur Kariesprophylaxe in den Ländern sowohl der Öffentlichkeit als auch den Abgeordneten bekannt bzw. bekannt gegeben worden. Von "Geheimwissenschaft" kann daher nicht gesprochen werden.

Schriftliche oder mündliche Berichte einzelner Mitglieder des OSR sowie andere interne Aufzeichnungen, wie Sitzungsprotokolle, sind nach der Geschäftsordnung grundsätzlich nicht zur Weitergabe bestimmt. Ungeachtet dessen werde ich aber gemeinsam mit den Mitgliedern des OSR Überlegungen anstellen, in welcher Weise die fachlichen Erwägungen, die einer Empfehlung vorangehen, auch einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden können.

c1:

Der auf Seite 3 der Anfragebeantwortung vom 22.Juni 1992 genannte Termin der Empfehlung in der Vollversammlung des OSR vom 22.Juni 1974 ist zutreffend.

- 6 -

In der Aufzählung der Termine auf Seite 10 ist dieser - bereits auf Seite 3 genannte - Termin nicht mehr angeführt worden. Ich bedaure, daß dies zu Unklarheiten geführt hat.

Der - nach Ihren Unterlagen - in einem Brief von Prof.KRAUPP an Ing. ZIEGELBECKER erwähnte Termin 14.11.1974 muß ein Irrtum sein, da an diesem Tag keine Vollversammlung des OSR stattfand.

e.1:

Der Sitz der ÖAV war ab Gründung jeweils am Amtssitz des Gesundheitsministeriums, d.h. zunächst im Regierungsgebäude 1010 Wien, Stubenring 1 und seit der Übersiedlung des Gesundheitsministeriums in 1031 Wien, Radetzkystraße 2.

e.2:

In der ÖAV sind derzeit keine aktiven Beamten des Gesundheitsministeriums als Funktionäre tätig. Min.Rat i.R.Kurt Zelinsky als aktiver Beamter in der Zeit von Ende 1989 bis Ende April 1992 und Dr.A.Krassnigg von 1984 bis Ende 1992 als Sektionschef im Ruhestand waren in das Präsidium kooptiert.

Diese Tätigkeiten wie auch die anderer Funktionäre der ÖAV erfolgten ausschließlich ehrenamtlich.

e.3. und 4.:

Die finanziellen Mitteln der ÖAV werden gemäß ihren Statuten durch Subventionen, Spenden, Beitrittsgebühren, Mitgliedsbeiträge sowie durch freiwillige Zuwendungen von Förderern aufgebracht.

- 7 -

Welche Vereinbarungen der Verein mit welchen Stellen bezüglich Finanzierung von Vorhaben trifft, ist Vereinssache. Welche Förderungen das Gesundheitsressort und für welche Zwecke gewährt hat ist folgender Tabelle zu entnehmen:

1974	Weiterführung der Tätigkeit	S	150.000,--
	Feier des		
	Weltgesundheitsstages	S	18.177,36

		S	168.177,36
1975	Weiterführung der Tätigkeit	S	150.000,--
	Feier des		
	Weltgesundheitsstages	S	10.560,10

		S	160.560,10
1976	Weiterführung der Tätigkeit	S	150.000,--
	Feier des		
	Weltgesundheitsstages	S	34.757,08
	Film für Weltgesundheitsstag	S	2.712,72

		S	187.469,80
1977	Öffentlichkeitsarbeit	S	150.000,--
	Feier des		
	Weltgesundheitsstages	S	13.433,18

		S	163.433,18
1978	Öffentlichkeitsarbeit	S	150.000,--
	Weltgesundheitsstag	S	91.737,15

		S	241.737,15

- 8 -

1979	Öffentlichkeitsarbeit	S	150.000,--
	Weltgesundheitsstag	S	117.538,74

		S	267.538,74
1980	Öffentlichkeitsarbeit	S	150.000,--
	Weltgesundheitsstag	S	123.118,32
	Veröffentlichung zum Thema "Alkohol- und Drogenproblem"	S	10.000,--

		S	263.118,32
1981	Öffentlichkeitsarbeit	S	150.000,--
	Weltgesundheitsstag	S	125.640,41

		S	275.640,41
1982	Öffentlichkeitsarbeit und Seminar	S	200.000,--
	Weltgesundheitsstag	S	96.937,62
	Projekt Moosham	S	100.000,--
	Pilzmodell	S	75.000,--

		S	471.937,62
1983	Öffentlichkeitsarbeit	S	200.000,--
	Weltgesundheitsstag	S	136.037,99

		S	336.037,99
1984	Öffentlichkeitsarbeit	S	200.000,--
	Weltgesundheitsstag	S	86.000,--

		S	286.000,--

- 9 -

1985	Öffentlichkeitsarbeit	S	200.000,--
	Weltgesundheitsstag	S	155.329,51
	Hör- und Sehtestgeräte	S	618.000,--

		S	973.329,51
1986	Öffentlichkeitsarbeit und Betrieb	S	200.000,--
	Weltgesundheitsstag	S	212.076,18
	Hör- und Sehtestgeräte	S	560.000,--

		S	972.076,18
1987	Öffentlichkeitsarbeit	S	200.000,--
	Weltgesundheitsstag	S	185.000,--

		S	385.000,--
1988	Öffentlichkeitsarbeit und Tonbanddienst	S	200.000,--
	Weltgesundheitsstag	S	130.000,--
	Österr. Arbeitsring für Lärm- bekämpfung	S	100.000,--

		S	430.000,--
1989	Öffentlichkeitsarbeit, Ton- banddienst, Personalkosten	S	290.000,--
	Weltgesundheitsstag	S	250.000,--
	Hör- und Sehtestgeräte	S	150.000,--
	Österr. Arbeitsring für Lärm- bekämpfung	S	125.000,--

		S	815.000,--

- 10 -

1990	Öffentlichkeitsarbeit	S	300.000,--
	Seminar Gesunde Städte	S	125.000,--
	Weltgesundheitsstag	S	160.000,--
	Personalkosten	S	164.000,--
	Österr. Arbeitsring für Lärmbekämpfung	S	200.000,--
	Geräte für Tagungen	S	90.000,--
	Hör- und Sehtestgeräte	S	155.000,--

		S	1.194.000,--
1991	Öffentlichkeitsarbeit	S	300.000,--
	Enquete Sterben in Österreich	S	250.000,--
	Weltgesundheitsstag inkl. Zeichenwettbewerb	S	325.000,--
	Österr. Arbeitsring für Lärm- bekämpfung	S	200.000,--
	Personalkosten	S	177.000,--

		S	1.252.000,--
1992	Öffentlichkeitsarbeit	S	400.000,--
	Personalkosten	S	240.000,--
	Hör- und Sehtestgeräte	S	286.000,--
	Österr. Arbeitsring für Lärm- bekämpfung	S	200.000,--
	Projekt Gesunde Schule	S	140.000,--
	Weltgesundheitsstag	S	150.000,--

		S	1.416.000,--

Konkrete Aufzeichnungen über an die ÖAV gewährte Subventionen liegen ab 1974 vor.

- 11 -

Der Weltgesundheitstag wurde zunächst nur in Wien gefeiert, dann wurden die Feiern auch in den Bundesländern organisiert.

Die Mittel für Öffentlichkeitsarbeit sind nicht einem speziellen Fachzweck zugeordnet. Aussendungen der ÖAV zur Propagierung der Fluorprophylaxe sind meinem Ressort nicht bekannt.

e.5.:

Die Tätigkeit des Präsidenten der ÖAV erfolgt seit Gründung statutengemäß ausschließlich ehrenamtlich.

e.6.:

Die Organisation der administrativen Angelegenheiten der ÖAV stellt eine interne Vereinsangelegenheit dar.

Zu Frage 3:

3.1.:

Die Gesamtkosten für die Fluoraktionen in Österreich sind mir nicht bekannt. Die Fluortablettenaktion ist eine Maßnahme der Bundesländer, die von meinem Ressort unterstützt wird. Welche Mittel das Gesundheitsressorts seit Einführung der Aktion jährlich dafür aufgewendet hat, wurde bereits in der Anfragebeantwortung Nr.2831/J dargelegt.

3.2.:

Welche Beträge die Firma Gebro erhalten hat, ist mir nicht bekannt.

Welche Beträge das Gesundheitsressort für den Ankauf von Fluortabletten (Erzeuger Fa.Gebro, Bezug Rosenapotheke Kitzbühel) aufgewendet hat, ist der Beantwortung der Anfrage Nr. 2831/J auf den Seiten 12 und 13 zu entnehmen.

- 12 -

3.3.:

Diesbezüglich darf ich auf die oben angeführten Ausführungen zu Frage 2 (e.2.) verweisen.

3.4.:

Der Fragestellung ist nicht zu entnehmen, von wem Ihrer Meinung nach Werbeaktionen der ÖGZ finanziert worden sein sollen.

Aus den Budgetaufzeichnungen des Gesundheitsressorts, die bis in das Jahr 1973 zurückreichen, ergibt sich jedenfalls kein Hinweis auf eine Zuwendung durch das Gesundheitsressort.

3.5.:

a):

Hiezu ist festzuhalten, daß jedenfalls seit 1985 keine Beamten des Gesundheitsressorts dem Vorstand der AGZ angehören. Für die Zeit davor liegen mir keine Unterlagen vor.

b):

Wie die AGZ ihre Vorhaben finanziert, entzieht sich meiner Kenntnis.

Wie bereits zu a) erwähnt, ist das Ministerium nicht in der AGZ vertreten.

c):

Die Zahlungen des Ressorts an die AGZ sind auf den Seiten 13 und 14 der Beantwortung der Anfrage Nr. 2831/J angeführt.

- 13 -

Wie aus dieser Darstellung zu entnehmen ist, erfolgten nach 1985 keine Zahlungen mehr an die AGZ.

3.6.:

a):

Die in der Anfragebeantwortung Nr. 2831/J für das Jahr 1988 angegebenen 2,694.000 S waren nur für den Bereich der Kariesprophylaxe bestimmt.

Nach dem Schwerpunkt Krebs (1989) folgte erst 1990 der - von Ihnen angesprochene - Schwerpunkt Herzkreislauf/Schlaganfall.

b):

Die 1988 durchgeführte Zahnstatuserhebung des "Fonds Gesundes Österreich" an 6- und 12-jährigen Kindern wurde aus dem genannten Subventionsbeitrag abgedeckt; nach Angaben des Fonds "Gesundes Österreich" wurden

- für die bundesweite Erhebung an 6-jährigen Kindern S 1,126.584,-- aufgewendet;
- für die Erhebung in den Bundesländern Tirol, Steiermark und Wien an 12-jährigen Kindern wurden S 14.110,70 aufgewendet.

c):

Die Subvention des Bundes an den Fonds "Gesundes Österreich" betrug ab 1989

1989 : S 3,000.000,-- (Krebskampagne)

1990 : S 3,000.000,-- (HerzKreislauf/Schlaganfallkampagne).

1991 erfolgte keine Subventionierung.

- 14 -

Die Höhe der Subventionierung für 1992 beträgt S 2,244.000,--.

d):

Frau Dr. Lindi Kalnoky ist 1.Stellvertretende Vorsitzende des Fonds "Gesundes Österreich", Projektleiterin für das Zahnkariesprophylaxeprogramm.

Die in Zeitungsartikeln erwähnten, vom Fonds geleisteten Zahlungen als Abgeltung für Arbeitszeit, Sachaufwand und Reisespesen für die Jahre 1988 und 1989 sind an die Steirische Gesellschaft für Gesundheitsschutz ergangen und nicht an Frau Dr. Kalnoky. Die Steirische Gesellschaft ist 1990 vom Landesrechnungshof geprüft und vollständig entlastet worden.

1992 ist Frau Dr.Kalnoky nach Angaben des Fonds 18mal mit ihrem privaten PKW nach Wien gereist. Davon sind 6 Fahrten Graz-Wien-Graz (insgesamt 2.400 km) vom Fonds abgegolten worden (4,--S pro km plus 20% MWST, insgesamt S 11.520); auf die restlichen Kilometergelder hat Frau Dr.Kalnoky zugunsten des Fonds verzichtet.

e):

Vorsitzender des Fonds war 1988 Herr Bundesminister Dr.Franz Löschnak, das Ressort hatte Frau Dr.Lindi Kalnoky und Herrn Univ.Prof. Dr.Stacher in den Fonds entsendet. Ferner wurde der Leiter der Sektion Volksgesundheit, Sektionschef Univ.-Doz. Dr. Liebeswar, den Sitzungen des Kuratoriums beigezogen.

Derzeit übe ich die Funktion des Vorsitzenden aus, seitens des Ressorts sind jetzt Frau Dr.Lindi Kalnoky und der Leiter der Sek-

- 15 -

tion Gesundheitswesen meines Ressorts, Sektionschef Univ.Doiz Dr. Liebeswar, in den Fonds entsendet. Ferner wird die Leiterin der Abteilung für Gesundheitsförderung, MinR Dr. Brigitte Svoboda, den Sitzungen des Kuratoriums beigezogen.

3.7.:

a):

In den Jahren 1988 bis 1991 wurden keine Verträge mit der Steirischen Gesellschaft für Gesundheitsschutz geschlossen.

b):

Sämtliche Zahlungen, die seitens des Gesundheitsressorts im gegebenen Zusammenhang geleistet wurden, sind in der Anfragebeantwortung Nr. 2831/J dargelegt.

c):

Die Initiative zu dieser Aktion ging von der Steirischen Gesellschaft für Gesundheitsschutz aus; die Förderungswürdigkeit dieser mit großem Einsatz durchgeführten Aktion war gegeben.

3.8.:

Sämtliche Ausgaben für Aufklärungsschriften im gegebenen Zusammenhang sind in der Anfragebeantwortung Nr. 2831/J dargelegt; nach 1985 erfolgten keine weiteren Ausgaben des Ressorts für Aufklärungsschriften der in Rede stehenden Art.

Wie bereits ausgeführt, erfolgten in den Jahren 1986 bis 1991 überhaupt keine Zahlungen an die AGZ.

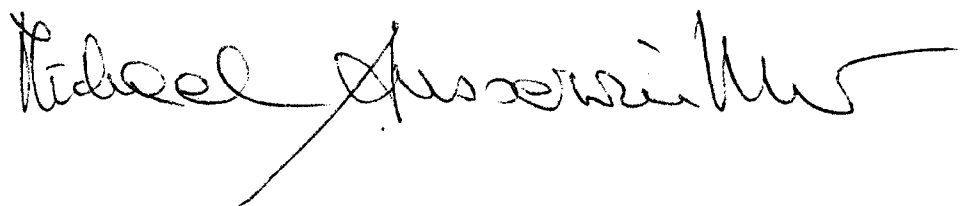
- 16 -

3.9.:

Zu dem Schriftverkehr zwischen Bundespräsident Dr. Kirchschläger und Bundesminister Dr. Salcher bzw. Bundesminister Dr. Steyrer habe ich in der Anfragebeantwortung Nr. 2831/J ausführlich Stellung genommen.

Wie bereits in der seinerzeitigen Anfragebeantwortung festgehalten, beruhen meine Informationen hiezu lediglich aufgrund mir noch zur Verfügung stehender Akten bzw. Recherchen und Auskünften von Beamten; weitere Recherchen bezüglich diverser Schriftwechsel bzw. Gespräche meiner Amtsvorgänger mit Ing. Ziegelbecker sind mir daher in dieser über 10 Jahre zurückliegenden Angelegenheit nicht möglich.

Abschließend darf ich aber meiner Zuversicht Ausdruck verleihen, daß die von mir eingangs erwähnte Studie zur Bewertung von kariesprophylaktischen Maßnahmen, insbesondere der neuerlichen Bewertung von Fluoriden in der Kariesprophylaxe, nach ihrer Fertigstellung eine fundierte Grundlage für die weitere Diskussion der Prioritätensetzung im Bereich der Kariesprävention sein wird.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Rudolf Huserwiler', with a long horizontal stroke extending to the right.

Nr. 3540 N

1992 -10- 02

A N F R A G E

der Abgeordneten Mag.Mag.Dr. Madeleine Petrovic und FreundInnen
an den Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz
betreffend die "Bedenken in der Fluor-Kariesprophylaxe"

Wir haben unsere ausführliche parlamentarische Anfrage vom 23. April 1992 unter Nr. 2831/J zu obigem Thema mit dem Ziel eingebracht, in Ihrem Ressort eine sorgfältige Überprüfung und einen Umdenkprozeß in dieser weltweit umstrittenen Angelegenheit einzuleiten, um den ungesetzlichen Vorgängen, der Täuschung der Bevölkerung, und der Geschäftemacherei mit Scheinerfolgen und fragwürdigen Medikamenten einen Riegel vorzuschieben.

Wir sind dabei von der Tatsache ausgegangen, daß die Behörde zur Wahrnehmung des Grundsatzes der materiellen Wahrheit von Amts wegen verpflichtet ist.

Ihre Anfragebeantwortung vom 17. Juni 1992, GZ 114.140/52-I/D/14/a/92, unter Nr. 2795/AB vom 22. Juni 1992, spiegelt nach altem Strickmuster früherer Anfragebeantwortungen in der causa eine "heile Welt" vor. Sie erscheint uns in wesentlichen Punkten unwahr, sachlich falsch, unvollständig und fachlich unqualifiziert. Sie stützt sich auf falsche und naturwissenschaftlich längst widerlegte Behauptungen einer international organisierten Fluor-Lobby, erscheint teilweise als Auszug aus deren Propagandamaterial, setzt medizinische Dogmen und Wunschdenken an die Stelle von naturwissenschaftlich belegten Tatsachen, weicht wesentlichen Fragen aus und läßt viele Fragen überhaupt unbeantwortet. Das Krebsproblem wird unvertretbar beschönigt und nicht ernsthaft abgehandelt.

Wir sehen daher unsere parlamentarische Anfrage vom 23. April 1992 als nicht ausreichend beantwortet und Ihre Beantwortung vom 17./22. Juni 1992 in wesentlichen Punkten den Amtspflichten und dem Bestreben, die Angelegenheit zumindest in Österreich zum Schutze der Bevölkerung in Wahrnehmung der geltenden Gesetze auf eine objektive, rechtlich korrekte sowie sachlich und naturwissenschaftlich fundierte Basis zu stellen, entgegenlaufend an.

Falsche Gutachten und "Geheimwissenschaft", "Autoritäten" statt Tatsachen, und sorgloser Umgang sind keine seriöse Basis für gesundheitspolitische Maßnahmen. Um der von Ihrem Ressort in der Fluorsache bisher praktizierten Beschönigung und Verschleierung von Tatsachen entgegenzuwirken und mehr Transparenz für das Parlament und die Öffentlichkeit zu schaffen, haben wir wesentliche Punkte und Fragen ausführlich wissenschaftlich dokumentiert.

Die unterfertigten Abgeordneten stellen daher an den Herrn Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz folgende weiterführende

A n f r a g e

Zu Ihrer Beantwortung unserer Frage 1:

1.) Auf unsere Fragen nach den Rechtsgrundlagen der Fluortablettenaktion und anderer Fluoridierungsmaßnahmen (Frage 1, lit. a-d)) antworten Sie ausweichend und unvollständig unter Hinweis auf Art. 10 Z 12 B-VG und die Zuständigkeitsordnung des Bundesministeriengesetzes 1986, BGBl. Nr. 76 idgF.

Art. 10 Z 12 B-VG besagt jedoch nur, daß Angelegenheiten des Gesundheitswesens in Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache sind. Die Zuständigkeitsordnung regelt nur die Kompetenzen zwischen den Ministerien. Die von Ihnen angeführten Bestimmungen sagen überhaupt nichts über die Rechtsgrundlagen der Einführung und Durchführung der Fluortablettenaktion und anderer Fluoridierungsmaßnahmen in Österreich aus, nach denen wir gefragt haben.

Wir betrachten daher unsere Anfrage vom 23. April 1992 in diesen Punkten (Frage 1, a-d)) als nicht beantwortet.

Da es sich, wie Sie in Ihrer Anfragebeantwortung (S. 2) vom 17./22. Juni 1992 selbst zugeben, bei den Fluortabletten und anderen Fluorpräparaten um zugelassene Arzneispezialitäten handelt (z.B. Zymafluor-Tabletten: Spez. Reg. Nr. 8433; Zymafluor 1 mg-Tabletten: Spez. Reg. Nr. 11.027; Fluodont-Tabletten 1,0 mg: Spez. Reg. Nr. 12.339; Elmex-Zahngel: Z. Nr. 1-18093), ist jedenfalls u. a. auch das Arzneimittelgesetz anzuwenden.

Die Fluortabletten enthalten Natriumfluorid (NaF) als einzigen Wirkstoff. Eine Packung des zugelassenen Elmex-Zahngel enthält u. a. eine für Kinder bereits tödliche Menge an Natriumfluorid und ist rezept- und apothekenpflichtig. Die Fluortabletten waren wegen ihres Natriumfluoridgehaltes bis 1974 jahrzehntelang ebenfalls rezeptpflichtig. Der Wirkstoff Natriumfluorid ist ein schweres Enzym-, Zell- und Speichergift. Beim Menschen hemmt Natriumfluorid die Blutgerinnung, d. h. es fördert Blutungen und stellt damit eine gewisse Gefahr für Bluter dar.

NaF findet in der Schädlingsbekämpfung verbreitet Anwendung (Fungizide, Herbizide, Insektizide, Rodentizide, Bakterizide). In der Veterinärmedizin wird NaF zur Spulwurmbekämpfung bei Schweinen verwendet (Natriumfluorid - "Osip" Pulver ad us. vet.: Spez.Reg. Nr. 10.231 gegen Askariasis bei Schweinen) und ist dort nach wie vor rezeptpflichtig. Die Abgabe des Präparates darf nur fünfmal wiederholt werden.

Tierexperimentell wird Fluorid heute mit Krebs in Zusammenhang gebracht. Beim Menschen gibt es unwiderlegte hochsignifikante Zusammenhänge zwischen Fluoridierung und Krebs schon bei "kariesprophylaktischen" Dosierungen.

Eine solche, in ihrer Wirksamkeit gegen Zahnkaries überdies höchst umstrittene Substanz unkontrolliert und ohne echte medizinische Indikation nach dem Gießkannenprinzip über die Kinder zu streuen und damit "Pillenfütterung" zu betreiben, wie dies seit Jahren unter dem Vorwand der "Gesundheitsvorsorge" von staatlicher Seite geschieht, widerspricht u. a. dem Arzneimittelgesetz und erscheint uns geradezu verantwortungslos.

Wir stellen daher erneut die

Frage 1, lit. a-d) unserer Anfrage vom 23. April 1992, 2831/J zur korrekten Beantwortung, wobei wir Wert auf eine detaillierte Antwort in allen 4 Punkten (lit. a-d) und nicht auf eine Zusammenfassung legen.

a1) Sind Sie darüber hinaus bereit, die von uns in diesen Punkten aufgezeigten Mißstände sofort abzustellen und den Gesetzen zum Durchbruch zu verhelfen?

b1) Sie stellen die eindeutig gesetzwidrige Fluor-Tablettenaktion in den Schulen als "Angebot" dar, dessen Annahme auf "freiwilliger Basis" erfolgt, und wenden hierfür nicht unerhebliche Mittel auf, wie aus Ihrer Anfragebeantwortung auf den Seiten 12 - 14 hervorgeht. Wobei die für dieses "Angebot" in Österreich insgesamt aufgewendeten Mittel nach unseren Recherchen mindestens 20mal so hoch sind wie die von Ihnen angeführten Millionenbeträge, die Eltern nachweislich wahrheitswidrig und unvollständig über die Vor- und Nachteile, die Wirkungen und Nebenwirkungen der Fluortabletten-Aktion informiert werden, und die Abgabe der Medikamente an die Kinder zwecks medizinischer Behandlung ohne medizinische Indikation sowie unbefugt und unkontrolliert durch fachlich inkompetente Personen erfolgt.

Halten Sie es als Arzt und Gesundheitsminister grundsätzlich für gesundheitlich unbedenklich und medizinisch indiziert, ein wissenschaftlich überaus umstrittenes Medikament, das jahrzehntelang aus guten Gründen unter Rezeptpflicht stand und dessen einziger Wirkstoff (NaF) ein Kunstprodukt (u.a. industrieller Sondermüll aus der Kunstdüngerherstellung) ist und in der Natur praktisch nicht vorkommt, in einer ärztlich völlig unkontrollierten und unkontrollierbaren Dauermedikation Tag für Tag und Jahr für Jahr gegen eine allenfalls selbst verschuldete Krankheit, die nicht durch einen Mangel an Fluor (Zahnkaries ist keine Fluormangelkrankheit), sondern hauptsächlich durch einen Überschuß an Zucker- und Süßwarenkonsum entsteht, durch Laien nach dem "Gießkannenprinzip" über die Kinder zu streuen und "Pillenfütterung" zu betreiben?

c1) Sie versuchen mit Ihrer Behauptung, wonach die Abgabe der Arzneimittel über öffentliche Apotheken erfolge, sodaß die einschlägigen Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes jedenfalls eingehalten würden, den falschen Eindruck zu erwecken, die Fluortabletten zu 1 mg für die Schulaktionen seien - wie im Falle aller anderen zugelassenen Arzneyspezialitäten - in jeder öffentlichen österreichischen Apotheke erhältlich und würden dort für die Schulaktionen nach den Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes ordnungsgemäß gelagert und an die Verbraucher abgegeben.

In Wirklichkeit sind die für die Schulaktionen bestimmten Fluor-Tabletten in den öffentlichen Apotheken nicht erhältlich. Sie werden, wie Ihnen bekannt ist, entgegen den Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes außerhalb der Apotheken von fachlich nicht qualifizierten Personen (LehrerInnen, KindergartnerInnen) an die Verbraucher, das sind die Schüler und eventuell die Eltern als Erziehungs- und Sorgeberechtigte, abgegeben. Der Vorgang verläuft folgendermaßen:

Der private Verein "Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheitserziehung" (AGZ) verschickt jeweils im Frühjahr an die Schuldirektionen und Kindergärten unter Hinweis auf das kommende Schuljahr und den Einschreibetermin "Im Auftrag der Gesundheits- und Schulbehörden sowie mehrfach vorgetragenen Anregungen zufolge" sogenannte "Elternbriefe", "Einverständniserklärungen", "Info-Material", diverse andere Fluor-Propaganda, und eine "Anforderungskarte" zur Anforderung weiterer solcher Fluor-Propagandaschriften.

Dieses einseitig abgefaßte Propagandamaterial, das eine Reihe sachlich falscher und irreführender Behauptungen über die Fluoridierung enthält, soll den Eltern schon beim Einschreibetermin für das kommende Schuljahr übergeben werden und sie zur Abgabe der Zustimmungserklärung zur Teilnahme ihrer Kinder an der Fluortablettenaktion veranlassen.

Jeweils im Mai verschickt dieser private Verein AGZ unter Bezugnahme auf Erlasse der Landesregierungen zusätzlich eine sogenannte Vorrats- bzw. Meldekarte an die Schuldirektionen und Kindergärten, mit der diese unter Fristsetzung (z.B. 31. Mai 1991) die Gesamtkinder- und Teilnehmerzahl (für die 2.-4. Klassen ist die bereits ermittelte Teilnehmerzahl heranzuziehen) sowie die Vorräte an Fluor-Tabletten an die Bezirkshauptmannschaften zu melden haben.

Die Bezirkshauptmannschaften melden sodann den Bedarf an Fluortabletten an die Ämter der Landesregierungen. Diese bestellen die entsprechende Anzahl Fluortabletten direkt bei der Pharmafirma GEBRO G.Broschek KG, Abt. Fluoraktion, in Fieberbrunn/Tirol z.B. mit dem Auftrag, 90% der Tabletten direkt an die in Betracht kommenden Pflichtschulen und die restlichen 10% für die dortigen Depots an die Bezirksverwaltungsbehörden zur Deckung vorübergehender Bedarfsspitzen zu liefern.

(Früher mußten die Fluortabletten mittels einer Bestellkarte, die die mit der organisatorischen Durchführung der Fluortablettenaktion an den Schulen betraute Pharmafirma GEBRO übermittelte, von den Schuldirektionen bei der Pharmafirma GEBRO direkt bestellt werden. Die Durchführung der Fluortablettenaktion in den Schulen und Kindergärten wurde früher von Pharmavertretern der Firma GEBRO direkt kontrolliert. Später, als diese ungesetzliche Sache aufflog, wurde 1974 der private Verein "Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheitserziehung" (AGZ) gegründet und dieselben Pharmavertreter dann von diesem Verein in die Schulen geschickt.)

Erfolgt durch die Schul- oder Kindergartenleitung keine Meldung an das Amt der Landesregierung, so wird die Rücksendung der "im Auftrag der Landesregierung" vom privaten Verein AGZ Anfang Mai (z.B. 1992) übersandten, bereits mit Empfänger- und Absenderanschrift versehenen und mit einer Briefmarke frankierten "Vorrats-Erhebungskarte" nicht von diesem Amt, sondern Ende Juni (z.B. 29.6.1992) wieder vom privaten Verein AGZ urgiert (z.B.: "...Leider ist diese Karte bis heute nicht bei uns eingelangt. Daher würden wir Sie ersuchen, beiliegendes Zweitstück mit den erforderlichen Daten versehen an uns zurückzusenden. Wir brauchen diese dringend als Unterlage für eine etwaige Belieferung Ihres Kindergartens."...)

Die Lieferung der bei der Pharmafirma GEBRO, Abteilung Fluor-Aktion bestellten Fluortabletten erfolgt sodann (mit Lieferschein der Rosen-Apotheke Kitzbühel, Abteilung Fluor-Aktion) direkt an die Schuldirektionen bzw. Kindergärten bzw. ein kleiner Teil auch an die Bezirkshauptmannschaften.

Aus diesen Vorgängen ist ersichtlich, daß diese Arzneispezialität, die jahrzehntelang aus guten Gründen unter Rezeptpflicht stand, nicht nur ohne jede ärztliche Untersuchung und ohne jede medizinische Indikation von Laien bestellt und an den Kindern angewendet wird (Schulleitungen, Lehrerinnen, KindergärtnerInnen), sondern daß viele Millionen solcher Tabletten Jahr für Jahr über eine einzige, mit einem Monopol ausgestattete Apotheke (Rosen-Apotheke Kitzbühel) zwecks Lagerung und Abgabe an die Verbraucher (Schüler,

Kindergärten) an hierzu weder fachlich kompetente noch rechtlich befugte Stellen (Schulen, Kindergärten) geliefert werden.

Auf diese Weise kommt es zu einer Hortung von riesigen Mengen eines Arzneimittels in Schulen und Kindergärten. Z.B. müssen in einer größeren Schule mit 1.000 Pflichtschülern der 1. - 4. Schulstufe und 200 Schultagen ca. 200.000 Zymafluor 1 mg - Tabletten bzw. Fluodont-1,0 mg - Tabletten durch fachlich inkompetentes Personal sachgerecht gelagert und dem Verbrauch, d. h. der Abgabe an die Schüler und Kindergartenkinder zugeführt werden.

Abgesehen davon, daß die Schulen und Kindergärten für die Hortung und Abgabe solcher Mengen von zugelassenen Arzneyspezialitäten weder fachlich kompetent noch gesetzlich befugt sind und kaum über die Möglichkeit sachgerechter Lagerung verfügen, verfügt wohl keine einzige Apotheke in Österreich über einen derart gewaltigen Lagerbestand von einem einzigen Arzneimittel zur Abgabe an die Verbraucher wie die hierzu nicht kompetenten Schulen.

Wenn die Apotheken rechtlich auch als kaufmännische Betriebe gelten, so ist doch eine spezielle fachmännische Ausbildung des zur Abgabe von Arzneimitteln befugten Personals (Pharmazeuten) erforderlich, über die die Schuldirektionen und LehrerInnen keinesfalls verfügen, und existieren umfangreiche gesetzliche Vorschriften über die Lagerung von Arzneimitteln in Apotheken und die Abgabe an die Verbraucher, die in den Schulen und Kindergärten jedenfalls nicht eingehalten werden (können).

Es steht daher außer Zweifel, daß das Arzneimittelgesetz entgegen Ihrer Behauptung in der Anfragebeantwortung vom 17./22. Juni 1992 mehrfach gravierend verletzt wird.

Sind Sie bereit, diesen gesetzwidrigen Zustand und Umgang mit zugelassenen Arzneyspezialitäten unverzüglich abzustellen und diese "Pillenfütterung" der Kinder in den Schulen und Kindergärten sofort zu sistieren?

Wenn ja, was werden Sie konkret veranlassen?

Wenn nein, durch welche konkreten Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes und anderer einschlägiger Gesetze und Verordnungen sind diese Vorgänge gesetzlich gedeckt?

d1) Sie sprechen in Ihrer Anfragebeantwortung vom 22. Juni 1992 irreführend von "Gebieten, in denen eine ausreichende Fluoridversorgung der in Frage kommenden Bevölkerung, z.B. durch Trinkwasser, gegeben ist".

Sie suggerieren damit, daß die "Fluoridversorgung" in Gebieten mit fluorarmen Trinkwässern nicht "ausreichend" sei, obwohl Ihnen bekannt ist, daß die Höhe des Kariesbefalls nicht vom Fluoridgehalt der Trinkwässer abhängt, die weitaus meisten Trinkwässer in Österreich (99,7%) von Natur aus schon immer fluorarm waren und sind, und die Bevölkerung trotzdem früher viel gesündere Zähne hatte als jetzt seit dem stark angestiegenen Zuckerkonsum.

Die von der Pharmafirma GEBRO bereits 1972/73 durchgeführten Untersuchungen des natürlichen Fluoridgehaltes von 9.111 Trinkwasserversorgungen in Österreich ergaben schon vor nunmehr 20 Jahren folgende Werte:

mg Fluorid/Liter	Einwohner	% d. Bevölk. Österreichs	Anzahl der Wasserproben	Prozent
<0,04			1.239	13,60%
0,05 - 0,24	7,053.252	94,59%	6.557	71,97%
0,25 - 0,49	319.667	4,29%	991	10,88%
0,50 - 0,74	61.160	0,82%	157	1,72%
0,75 - 0,99	7.085	0,09%	64	0,70%
1,00 - 2,50	14.096	0,19%	88	0,97%
über 2,50	1.440	0,02%	15	0,16%

Der Anteil der Kinder mit natürlich erhöhtem Fluoridgehalt im Trinkwasser ist entsprechend der Altersverteilung noch viel geringer. In vielen Fällen (Hausbrunnen) sind überhaupt nur ein oder einige wenige Kinder betroffen.

Daher ist es völlig absurd und wissenschaftlich unqualifiziert, im Umkehrschluß anzunehmen, der "liebe Gott" hätte gewissermaßen die Wasserversorgungen der weitaus überwiegenden Bevölkerung und weitaus meisten Kinder in Österreich mit einem viel "zu niedrigen" Fluoridgehalt ausgestattet. Deshalb müsse man den Kindern schon in Mütterberatungen, Kindergärten und Schulen täglich oder wöchentlich fluorhaltige Arzneimittel (Fluortabletten und Fluor-Gel) zur angeblichen "Verhinderung" einer hauptsächlich durch erhöhten Zuckerkonsum und häufige süße Zwischenmahlzeiten selbst verschuldeten Krankheit (Zahnkaries; sie ist keine Fluormangelkrankheit) verabreichen.

In den letzten fünf Jahrzehnten wurde von Zahngesundheitsbeamten und Zahnärzten weltweit immer wieder versucht, in epidemiologischen Studien einen Zusammenhang zwischen der natürlichen Fluoridkonzentration im Trinkwasser und dem Kariesbefall (insbesondere) bei Kindern einen signifikanten bzw. kausalen Zusammenhang zu konstruieren. Durch diese zahnärztlichen Studien, die durchwegs mathematisch-statistisch sowie naturwissenschaftlich gesehen gravierende Fehler aufweisen und in ihren Schlußfolgerungen wissenschaftlich völlig unhaltbar sind, hat sich in Zahnärzte- und Ärztekreisen die Meinung herausgebildet und als Folge unzähliger Wiederholungen der falschen Studien in "fachkompetenten" Zeitschriften einschließlich Publikationen der WHO und des Europarates sowie Gutachten und Empfehlungen zahnärztlicher und ärztlicher Fach- und Standesorganisationen zementiert, eine Erhöhung des Fluoridgehaltes im Trinkwasser würde die Karies entsprechend senken.

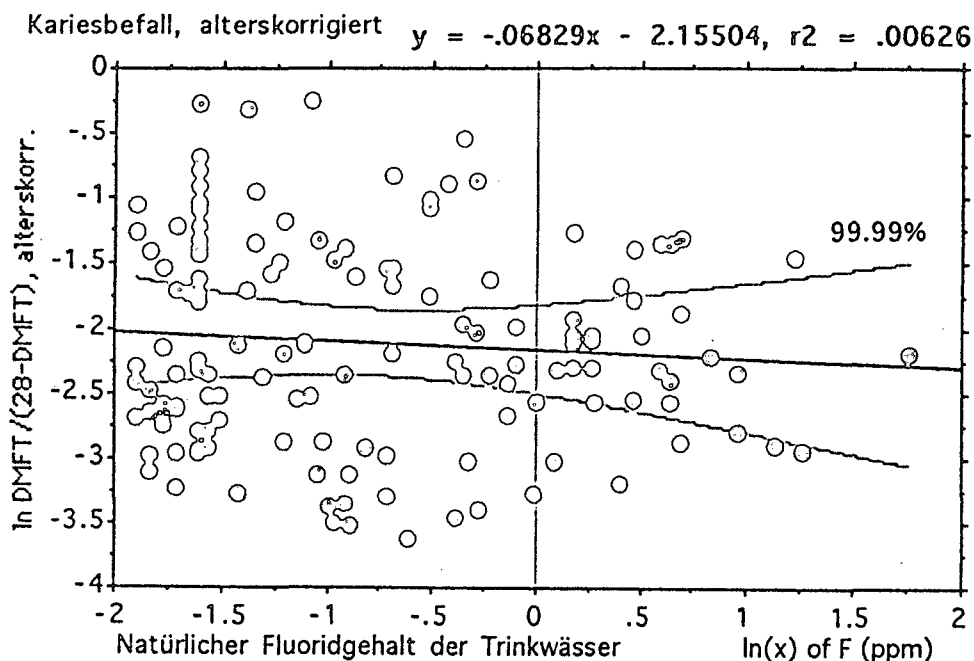
In diesen zahnärztlichen Studien sind sowohl die natürlichen Verteilungen der Fluorid- und der Kariesvorkommen als auch die Einflüsse maßgeblicher Faktoren auf das Kariesgeschehen vernachlässigt und die angeblichen Zusammenhänge zwischen Fluorid und Karies mittels unzulässigen bewußten und unbewußten Datenselektionen konstruiert und damit statistische Artefakte produziert worden. Anhand dieser nicht existenten und aus statistischen Artefakten konstruierten Zusammenhänge wurden dann "Wirkungstheorien" für Fluoride entwickelt, mit denen die in Wirklichkeit nicht existenten Zusammenhänge (Kariesreduktionen) zwischen Fluorid und Karies "erklärt" wurden.

Berücksichtigt man die insbesondere bei sehr niedrigen Fluoridkonzentrationen (< 0,15 ppm F) von den Autoren vorgenommenen Datenselektionen, enormen Meßungenauigkeiten des Fluoridgehaltes und großen Rundungsfehler sowie die natürliche Karies- und Fluoridverteilung (beschränkte lognormale Verteilung), so läßt sich ein erheblicher Teil der übrigen Daten aus diesen Daten in einer Meta-Analyse verwenden und der von den Zahnärzten behauptete Zusammenhang

(inverse Relation) zwischen der natürlichen Fluoridkonzentration im Trinkwasser und dem Kariesbefall von Kinderzähnen untersuchen.

Der in der folgenden Analyse zur Anwendung gelangende problemadäquate Modellansatz (beschränkte lognormale Verteilung) für den Kariesbefall läßt sich theoretisch gut begründen und anhand umfangreicher Daten hervorragend bestätigen. Darauf kann hier nicht näher eingegangen werden. Die in der Meta-Analyse ausgewerteten Kariesdaten (DMFT-Index) stammen aus 22 von Zahnärzten und Zahngesundheitsbeamten weltweit durchgeführten epidemiologischen Studien an rund 48.000 12- bis 14jährigen Kindern beiderlei Geschlechts aus 144 Orten bei natürlichen Fluoridkonzentrationen im Trinkwasser von 0,15 - 5,8 ppm Fluorid und können als weitgehend zufällig verteilt angesehen werden.

Wie die oben angeführte Tabelle über die Häufigkeit bestimmter Fluoridkonzentrationen im Trinkwasser aus 9.111 Wasserversorgungen in Österreich zeigt, liegen die häufigsten Werte im Konzentrationsbereich 0,05 - 0,24 mg F/l, d. h. in der Umgebung von 0,15 mg F/l. Ähnlich sind die natürlichen Fluoridvorkommen in anderen Ländern (z.B. Ungarn, ex-DDR, BRD, Dänemark, USA, usw.) verteilt. Für die Fragestellung, ob eine wesentliche Erhöhung der Fluoridkonzentration etwa um das Fünffache und darüber (auf 1 mg F/l und darüber) den zahnärztlich behaupteten signifikanten Einfluß auf den Kariesbefall (Kariesreduktion) hat oder nicht, sind Fluoridkonzentrationen unterhalb 0,15 mg F/l, denen außerdem noch weitgehend unbekannte und meist deutlich höhere Fluoridaufnahmen aus anderen Quellen (Ernährung, etc.) überlagert sind, wie sich aus Harnanalysen in fluorarmen Gebieten ergibt, ohne Relevanz. Es ist daher auch aus dieser Sicht berechtigt, die aus den weiter oben angeführten Gründen notwendige Einschränkung des Konzentrationsbereiches auf 0,15 mg F/l nach unten in der folgenden Meta-Analyse vorzunehmen.



Ergebnis der Meta-Analyse: Relation zwischen der natürlichen Fluoridkonzentration im Trinkwasser im Konzentrationsbereich von 0,15 - 5,8 ppm F und dem alterskorrigierten Kariesbefall von 12- bis 14jährigen Kindern beiderlei Geschlechts aus 144 Orten. Es besteht kein Zusammenhang zwischen Fluorid und Karies.

Das Diagramm und die hier nicht dargestellte Residuenanalyse zeigen, daß die Höhe des Kariesbefalls durch andere Faktoren bestimmt wird als durch Fluorid.

Die Kennzahlen für die Regressionsanalyse lauten folgendermaßen:

Simple Regression X_1 : $\ln(x)$ of F (ppm) Y_1 : $\ln \text{ DMFT}/(28\text{-DMFT})$, alterskorr.

Count:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	RMS Residual:
144	.07913	.00626	-.00074	.77559

Analysis of Variance Table				
Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	.5382	.5382	.89469
RESIDUAL	142	85.41927	.60154	p = .3458
TOTAL	143	85.95746		

Residual Information Table			
SS[e(i)-e(i-1)]:	e ≥ 0:	e < 0:	DW test:
35.71479	67	77	.41811

Simple Regression X_1 : $\ln(x)$ of F (ppm) Y_1 : $\ln \text{ DMFT}/(28\text{-DMFT})$, alterskorr.

Beta Coefficient Table					
Variable:	Coefficient:	Std. Err.:	Std. Coeff.:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	-2.15504				
SLOPE	-.06829	.0722	-.07913	.94588	.3458

Confidence Intervals Table				
Variable:	95% Lower:	95% Upper:	99.99% Lower:	99.99% Upper:
MEAN (X,Y)	-2.2289	-1.97334	-2.35988	-1.84235
SLOPE	-.21103	.07445	-.35735	.22076

Residual : Column 43 Fitted : Column 44

[Literaturnachweis zu den obenstehenden und folgenden Überlegungen, Berechnungen und Darstellungen: ZIEGELBECKER, R. (1969): Kritischer Beitrag zu den Grundlagen der Kariesprophylaxe mit Fluoriden. Int. J. Vitalstoffe-Zivilisationskrankheiten 14 (6) 229-233; OTTESTAD, P. (1970): ReFluoridation of Drinking Water in Norway. Int. J. Vitalstoffe-Zivilisationskrankheiten 15 (4) 145-149; ZIEGELBECKER, R. (1971): Über die Hypothesen der Kariesprophylaxe mit Fluoriden. Int. J. protectio vitae 16 (3) 105-109; ZIEGELBECKER, R. (1974): Rechtfertigen kariesprophylaktische Erfolge in der Relation zur Schadensmöglichkeit Fluoreinsatz? In U. RHEINWALD: Zahnkaries und Fluoride - ein Diskussionsgespräch. A. W. Gentner Verlag Stuttgart (1974) 53-106; ZIEGELBECKER, R. (1980): Fragenkatalog. Fluor-Enquete der Stmk. Landesregierung, Graz 1980; ZIEGELBECKER, R. (1981): Fluoridated Water and Teeth. Fluoride 14 (3) 123-128; ZIEGELBECKER, R. (1981): Natürlicher Fluoridgehalt des Trinkwassers und Karies. gwf-Wasser/Abwasser 122 (11) 495-497; ZIEGELBECKER, R. (1982, 1986): Zur Beurteilung der Fluoridbelastung in der Umwelt. Proceedings of the IVth international conference BIOINDICADORES DETERIORISATIONIS REGIONIS 1982. Czechoslovak Academy of Sciences. Ceske Budejovice 1986, 355-371; ZIEGELBECKER, R. (1987): On the Problem of Data Selections in Fluoridation Statistics. XVIth Conference of the International Society for Fluoride Research 1987, ZYMA Auditorium, NYON (Schweiz); ZIEGELBECKER, R. Ch. (1988, 1989): Lognormal distributions - a theoretical model for biomonitoring. Proceedings of the Vth international conference BIOINDICADORES DETERIORISATIONIS REGIONIS. Czechoslovak Academy of Sciences. Ceske Budejovice 1989, 37-43; ZIEGELBECKER, R. (1989): Natural Water Fluoridation: Multifactorial Influences on Dental Caries in 21 Cities Study.

XVIIth Intern. Conf. of the International Society for Fluoride Research. Budapest 1989; ZIEGELBECKER, R. (1991): Manuskript und Protokoll der Fluor-Enquete der Stmk. Landesregierung. Graz 1991; ZIEGELBECKER, R. (1991): Die beschränkte log-normale Verteilung als Modellansatz in der Epidemiologie - insbesondere auch der Zahnkaries und Zahnfluorose. Intern. Biometrische Gesellschaft, Region Österr.- Schweiz, Seminar Epidemiologie, 5. März 1991, Universität Graz]

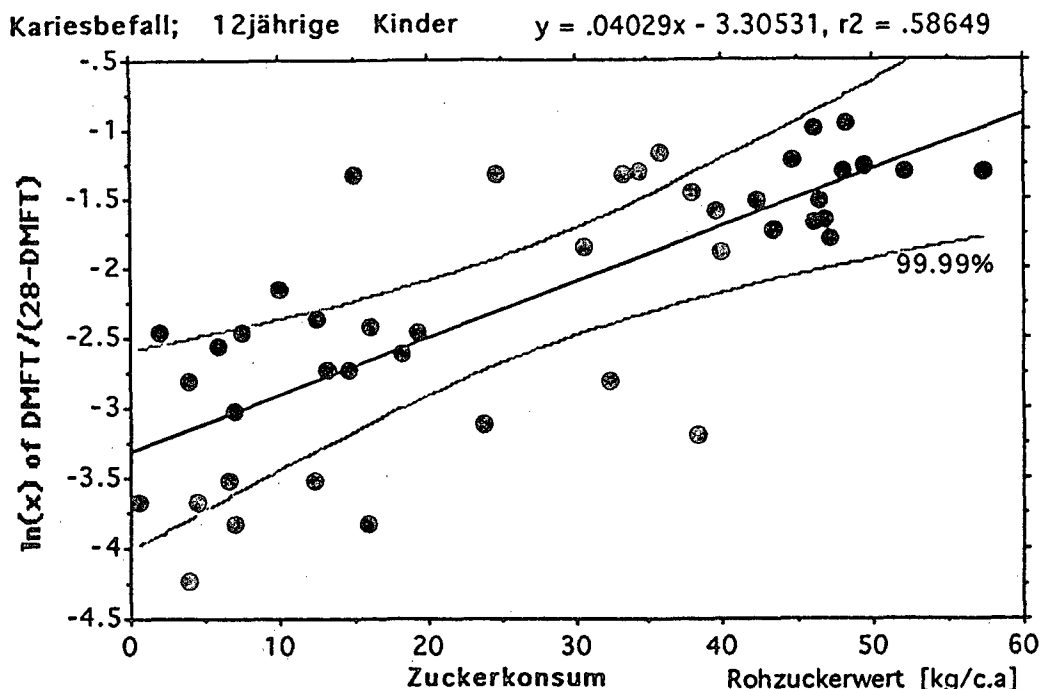
Das obige Diagramm und die Tabelle zeigen, daß zwischen dem natürlichen Fluoridgehalt des Trinkwassers und der Zahnkaries bei Kindern, entgegen den zahnärztlichen Behauptungen und den sich auf diese Behauptungen stützenden Empfehlungen diverser zahnärztlicher und ärztlicher Gremien einschließlich öffentlicher Gesundheitsdienste, des Obersten Sanitätsrates und der WHO, kein Zusammenhang besteht und die Fluoridierung daher nutzlos und sinnlos ist.

Wie aus dem obigen Diagramm und der (hier nicht dargestellten) Residuenanalyse weiters hervorgeht, sind für die Höhe des unabhängig von der Fluoridkonzentration stark streuenden Kariesbefalls andere Faktoren als Fluorid verantwortlich. Dies gilt übrigens auch für die bekannten Trinkwasserfluoridierungsexperimente wie jene von Grand Rapids (USA), Basel, Karl-Marx-Stadt (Chemnitz; ex-DDR) und viele andere, auf deren Analyse hier nicht weiter eingegangen werden soll.

BUSSE und BERGMANN (BGA Berlin) haben die obigen Karies- und Fluoriddaten unter Einbeziehung des Konzentrationsbereiches unterhalb 0,15 ppm (0,00 - 0,14 ppm F) ausgewertet. Der dabei verwendete, nur scheinbar "multifaktorielle" Modellansatz wurde von den Autoren so gewählt (Fluorid im Nenner), daß eine von den Zahnärzten bei der Datenerhebung durch Selektion erzeugte scheinbare Kariesabnahme bei Fluoridanstieg als "karieshemmender Fluorideffekt" erscheint, obwohl die Mängel der Daten und die Untauglichkeit des Modells für diese Daten längst bekannt waren. Die Vorgangsweise von BUSSE und BERGMANN ist absolut unzulässig und unverantwortlich und die betreffende Arbeit [BUSSE, H., BERGMANN, E., und BERGMANN, K. (1987): Fluoride and Dental Caries: Two Different Statistical Approaches to the Same Data Source. Statistics in Medicine 6, 823-842] hochgradig irreführend.

Während aus dem obigen Diagramm (und aus anderen, hier nicht dargestellten Untersuchungen) ersichtlich ist, daß Fluoridkonzentrationen von 0,15 - 5,8 ppm (mg F/l) keinen Einfluß auf den Kariesbefall haben, stellt sich in den beiden folgenden Diagrammen der Zuckerkonsum als Hauptfaktor für den Kariesbefall heraus. Eine Einschränkung des Zuckerkonsums führt demnach zweifelsfrei zu einer entsprechenden Einschränkung des Kariesbefalls.

Das erste Diagramm zeigt den Zusammenhang zwischen dem durchschnittlichen Zuckerkonsum und dem Kariesbefall bei 12jährigen Kindern in 44 Ländern [Albanien, Bulgarien, CSSR, Finnland, DDR, Ungarn, Island, Norwegen, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz, UdSSR, Jugoslawien, Österreich, Kanada, USA, Bahamas, Bolivien, Chile, Mexiko, Algerien, Angola, Äthiopien, Gambia, Ghana, Liberia, Mozambique, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Swasiland, Tanzania, Togo, Uganda, Zambia, Burundi, Malawi, Kenya, Ivory Coast, Australien, Japan, Neuseeland]. Die Zuckerdaten stammen vom International Sugar Council, London, die Kariesdaten von der Weltgesundheitsorganisation WHO, Genf. Die Streuung der Kariesbefunde rührt hauptsächlich von unterschiedlichen Lebensbedingungen in den Ländern und nicht immer für das Land repräsentativen, zahnärztlich erhobenen Kariesbefunden her. Oberhalb des Konfidenzbereiches liegen vor allem Ostblockländer und Japan, unterhalb afrikanische Länder.



Simple Regression X_1 : Rohzucker [kg/c.a] Y_1 : $\ln(x)$ of DMFT/(28-DMFT)

Count:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	RMS Residual:
44	.76583	.58649	.57664	.59452

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	21.05514	21.05514	59.56928
RESIDUAL	42	14.84516	.35346	p = .0001
TOTAL	43	35.9003		

Residual Information Table

SS[e(i)-e(i-1)]: $e \geq 0$:		$e < 0$:		DW test:
28.37037	24	20		1.91108

Simple Regression X_1 : Rohzucker [kg/c.a] Y_1 : $\ln(x)$ of DMFT/(28-DMFT)

Beta Coefficient Table

Variable:	Coefficient:	Std. Err.:	Std. Coeff.:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	-3.30531				
SLOPE	.04029	.00522	.76583	7.71811	.0001

Confidence Intervals Table

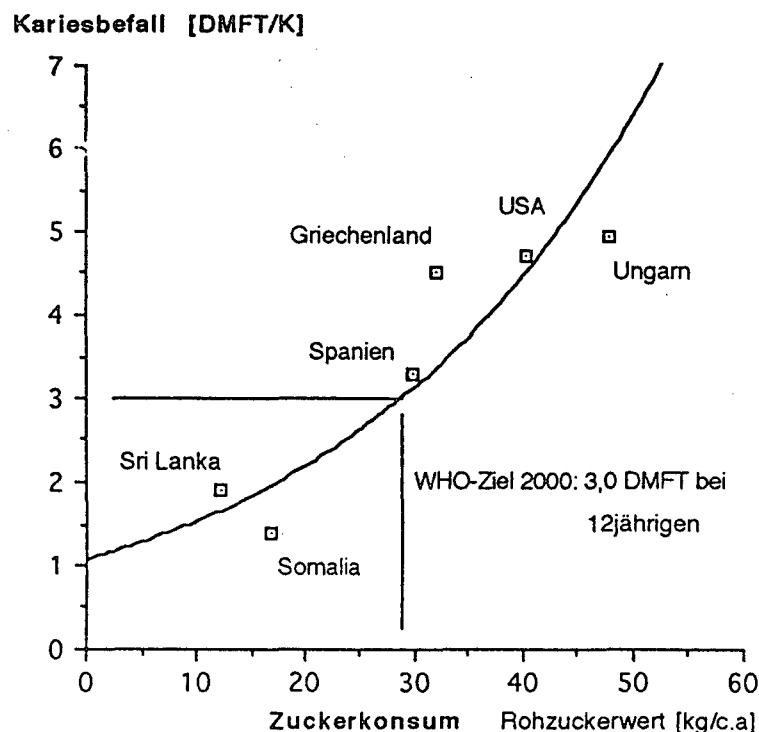
Variable:	95% Lower:	95% Upper:	99.99% Lower:	99.99% Upper:
MEAN (X,Y)	-2.40138	-2.03959	-2.6057	-1.83528
SLOPE	.02975	.05083	.01785	.06273

Während für das obige Diagramm nicht immer repräsentative Durchschnittswerte für den Kariesbefall (DMFT-Index) bei 12jährigen Kindern in einzelnen Orten aus 44 Ländern herangezogen werden mußten, stehen für das folgende Diagramm aus der "WHO - Global Oral Data Bank" umfangreiche durchschnittliche Kariesbefunde für 12jährige Kinder in zahlreichen Orten aus weiteren 6 Ländern [USA, Ungarn, Griechenland, Spanien, Sri Lanka, Somalia] zur Verfügung. Aus diesem Datenmaterial kann für jedes Land die Kariesverteilung ermittelt, ein für das Land repräsentativer Zentralwert des Kariesbefalls bestimmt und dem Zuckerkonsum des Landes zugeordnet werden.

Das auf dieser Datenbasis berechnete folgende Diagramm zeigt die starke Abhängigkeit des Kariesbefalls vom Zuckerkonsum.

Ohne Zuckerkonsum ist bei 12jährigen Kindern im Durchschnitt ein Kariesbefall von 1,04 DMFT/K zu erwarten (durch andere Einflüsse wie Kohlehydrate, etc.). Bei ca. 28,5 kg/c.a Rohzuckerwert entsprechend ca. 26,2 kg/c.a Weißzuckerwert (im Landesdurchschnitt) wird das WHO-Ziel 2.000 von durchschnittlich nur 3,0 DMFT-Zähnen bei 12jährigen Kindern allein durch eine entsprechende Zuckerrestriktion erreicht.

Die Kurve hat einen Wendepunkt bei 14 DMFT/K und 81,58 kg/c.a Rohzucker. Ein Vergleich der Regressionskonstanten in den vorhergehenden und nachfolgenden Tabellen zeigt, daß zwischen den anhand der Karies- und Zuckerdaten in den 44 Ländern und den unter anderen Voraussetzungen (repräsentative Kariesbefunde) aus 6 Ländern errechneten Werten recht gute Übereinstimmung besteht.



Abhängigkeit des Kariesbefalls bei 12jährigen Kindern vom durchschnittl. Zuckerkonsum (12jähr. Durchschnitt) pro Kopf und Jahr.
 Weißzuckerwert = $0,92 \times$ Rohzuckerwert

Simple Regression X_1 : Rohzuckerwert [kg/c.a] Y_1 : $\ln(x)$ of DMFT/(28-DMF...

Count:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	RMS Residual:
6	.90822	.82486	.78107	.27836

Analysis of Variance Table				
Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	1.45973	1.45973	18.83848
RESIDUAL	4	.30995	.07749	p = .0122
TOTAL	5	1.76968		

Residual Information Table			
SS[e(i)-e(i-1)]:	e ≥ 0:	e < 0:	DW test:
.6858	4	2	2.21263

Note: 7 cases deleted with missing values.

Simple Regression X_1 : Rohzuckerwert [kg/c.a] Y_1 : $\ln(x)$ of DMFT/(28-DMF...

Beta Coefficient Table					
Variable:	Coefficient:	Std. Err.:	Std. Coeff.:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	-3.25284				
SLOPE	.03987	.00919	.90822	4.34033	.0122

Confidence Intervals Table				
Variable:	95% Lower:	95% Upper:	99.99% Lower:	99.99% Upper:
MEAN (X,Y)	-2.3783	-1.74716	-3.82919	-.29627
SLOPE	.01436	.06538	-.10292	.18266

Residual : Column 5 Fitted : Column 6 Predicted : Column 7

[Literaturnachweis für die obigen Diagramme und Berechnungen: ZIEGELBECKER, R. (1989): Natural Water Fluoridation: Multifactorial Influences on Dental Caries in 21 Cities Study. XVIIth Intern. Conf. of the International Society for Fluoride Research. Budapest 1989; ZIEGELBECKER, R. (1991): Manuskript und Protokoll der Fluor-Enquete der Stmk. Landesregierung. Graz 1991; ZIEGELBECKER, R. (1991): Die beschränkte log-normale Verteilung als Modellansatz in der Epidemiologie - insbesondere auch der Zahnkaries und Zahnfluorose. Intern. Biometrische Gesellschaft, Region Österr.- Schweiz, Seminar Epidemiologie, 5. März 1991, Universität Graz]

Aus den Ausführungen, Darstellungen und Berechnungen ergibt sich eindeutig:

1. Hauptfaktor für den Kariesbefall ist der Zuckerkonsum.
2. Zahnkaries ist keine Fluormangelkrankheit.
3. Zusätzliche Fluoridgaben sind zumindest im Konzentrationsbereich von 0.15 - 5,8 ppm F gegen Zahnkaries wirkungslos und daher nicht zu verantworten.
4. Die maßgeblichen Erfolgsstudien der Zahnärzte und Zahngesundheitsbeamten, auf die sich die österreichischen und internationalen Gutachten und Fluor-Empfehlungen einschließlich jener des Obersten Sanitätsrates, der Gesundheitsbehörden und der Weltgesundheitsorganisation WHO stützen, sind naturwissenschaftlich unhaltbar.
5. Die Zulassung der Fluortabletten zu 0,25 mg und 1,0 mg F als Arzneyspezialitäten beruht auf falschen Prämissen und ist nach dem Arzneimittelgesetz unzulässig.

Diese Tatsachen sind jederzeit naturwissenschaftlich und mathematisch-statistisch nachprüfbar und Ihrem Ressort bekannt. Ihr Ressort verletzt daher seine Amtspflichten, wenn es wie bisher dem von amtswegen wahrzunehmenden Grundsatz der materiellen Wahrheit weiterhin nicht nachkommt.

Es geht nicht an, daß die unter falschen Voraussetzungen eingeführte und auf Phantasieerfolge gegründete Fluortablettenaktion und die damit verbundene Geschäftemacherei in Schulen und Kindergärten aus Prestige Gründen weiterhin auf dem Rücken der Kinder, LehrerInnen, KindergärtnerInnen, Bevölkerung und Steuerzahler ausgetragen und fortgeführt wird.

In Ihrer Anfragebeantwortung vom 22. Juni 1992 behaupten Sie unter Punkt j) bzw. l) bzw. o) wahrheitswidrig, die erwähnte Veröffentlichung von Dr. VOLK liege Ihnen nicht vor bzw. die Stellungnahme von Univ.Prof. Dr. PFLUG sei Ihnen nicht übermittelt worden bzw. die Arbeiten, die die Ergebnisse der Professoren MARTHALER und KÖNIG an Schweizer Schulkindern wissenschaftlich widerlegen, seien Ihnen nicht bekannt.

Die negative Stellungnahme des früheren Leiters der Linzer Schulzahnklinik, Dr. VOLK, ist Ihrem Ressort und dem Obersten Sanitätsrat nachweislich schon seit langem bekannt und liegt Ihnen zusätzlich im Fragenkatalog zur Fluor-Enquete der Stmk. Landesregierung vom 22. September 1980, S. 152, 152 a- c, im vollen Wortlaut vor.

Die Stellungnahme von Univ.-Prof. Dr. PFLUG, Leiter der Abteilung für Statistik und angewandte Mathematik an der Universität Wien, der fluorbefürwortenden Autoren u.a. "Sorglosigkeit" vorwirft und die sich u.a. auf Studien von Prof. MARTHALER und Berichte der Wiener Schulzahnkliniken und der Stadt Wien bezieht, wurde Ihnen im Zusammenhang mit der Fluor-Enquete der Stmk. Landesregierung vom 24.1.1991 mit Schreiben des zuständigen Gesundheitsreferenten, Landeshauptmannstellvertreter Prof. Kurt JUNGWIRTH, vom 8.5.1991, GZ: 17 Fl 01-U, nachweislich übermittelt.

Die kritischen Stellungnahmen und wissenschaftlichen Widerlegungen zu den Fluortablettenstudien der Zahnprofessoren MARTHALER und KÖNIG liegen Ihrem Ressort und dem Obersten Sanitätsrat nachweislich seit langem vollinhaltlich vor und wurden von folgenden Persönlichkeiten abgegeben:

- 1) Prim.Dr.med. Anton CELEDIN, Facharzt für Zahnheilkunde und Leitender Arzt der Schulzahnambulatorien, Stadtschulamt Graz
- 2) Univ.-Prof. Dr.rer.nat. Ulrich DIETER, Vorstand der Instituts für Mathematische Statistik der Technischen Universität Graz
- 3) Univ.-Prof. Dr.med.dent. Carlos GEYER, em. Leiter der Abteilung für Zahnerhaltung der Universitäts- Zahn-, Mund- und Kieferklinik der Freien Universität Berlin, mit dem speziellen Arbeitsgebiet Zahnkaries und Spurenelemente
- 4) Univ.-Prof. Dr.med.Dr.med.dent. Ewald HARNDT, em. Direktor der Zahn-, Mund- und Kieferklinik Freie Universität Berlin, war Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Leiter der Zahnärztlichen Fortbildung für das gesamte Bundesgebiet und Berlin, Mitglied des Deutschen Nationalen Komitees in der FDI (Fédération Dentaire Internationale), Schriftleiter der DZZ (Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift)
- 5) Univ.-Prof. Dr.med. Anton HOLASEK, Vorstand des Instituts für Medizinische Biochemie der Universität Graz

- 6) Univ.-Prof. Dr.med. Thomas KENNER, Vorstand des Physiologischen Instituts der Universität Graz
- 7) Univ.Prof. Dr.med. Peter MARQUARDT, Vorstand des Instituts für Experimentelle Therapie der Universität Freiburg, Ernährungswissenschaftler und Toxikologe, Vertreter in wissenschaftlichen Gremien der EWG und WHO, Membre du Comité scientifique de l' alimentation humaine; Commission des Communautés Européennes (Bruxelles) (vice-président)
- 8) Univ.-Prof. Dr.med. Gerhard PLISCHKA, Leiter des Departments für Zahnersatzkunde an der Universitätszahnklinik Graz
- 9) Prof.Dr.med.Dr.med.dent. Ulrich RHEINWALD, em. ärztl. Direktor, Katharinenhospital Stuttgart, Präsident der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg, Vorsitzender der Wissenschaftlichen Vereinigung für Zahnheilkunde Stuttgart, spezielles Arbeitsgebiet: Kariesforschung (Prof. Rheinwald hat die Korrosionstheorie der Zahnkaries entwickelt)
- 10) Dr.rer.nat. W.P. ROELOFS, Chemiker, Soest (Niederlande)
- 11) Dr.phil. Gerd SALLER, Physiker, gerichtl. beeideter Sachverständiger für Angewandte Physik, Leiter des III. Eichaufsichtsbezirkes Steiermark-Kärnten des Bundesamtes für Eich- und Vermessungswesen, Graz
- 12) Dipl.Ing. Dr. techn. Johann THEURL, Assistent am Institut für Mathematische und Numerische Geodäsie (früher am Institut für Angewandte Informationsverarbeitung), Technische Universität Graz, Spezielles Arbeitsgebiet: Stochastische Simulation; jetzt Univ.-Prof. für Informatik und EDV, Leiter des EDV-Referates der TU Graz
- 13) Dipl.Ing.Dr.techn. Christian WEBER, Oberassistent am Institut für Biochemie, Nahrungsmittelchemiker (jetzt Univ.-Prof.), Technische Universität Graz
- 14) Univ.-Prof. Dr. Rudolf GUNZERT, Direktor des Instituts für Sozialforschung an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/Main, geschäftsführender Leiter des Wahlamtes der Stadt Frankfurt, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Städteforschung, Berufsstatistiker, Professur für "Statistische Methoden der empirischen Sozialforschung", langjähriges persönliches ordentliches Mitglied des Internationalen Statistischen Instituts, usw
- 15) Prof. Dr.med., Dr.phil., Dipl.chem. Wilhelm ZIMMERMANN, Direktor des Instituts für Hygiene und Mikrobiologie der Saaruniversität, Homburg/Saar
- 16) Ing. Rudolf ZIEGELBECKER, Physiker, Institut für Umweltforschung am Forschungszentrum Graz, Fluorexperte, zahlreiche einschlägige wissenschaftliche Veröffentlichungen und Vorträge.

Ebenso ist Ihrem Ressort weitere umfangreiche und u.a. im Fragenkatalog zur Fluor-Enquete der Stmk. Landesregierung vom 22.9.1980 dokumentierte und bis heute unwiderlegte wissenschaftliche Kritik an anderen Fluortablettenaktionen einschließlich jener an der Studie von Prof. KÜNZEL bekannt.

Prof. KÜNZEL mußte selbst zugeben, daß das von ihm unter besten Bedingungen groß angelegte und bestens kontrollierte, an mehr als 7.000 Kindern über 4 1/2 Jahre durchgeführte Fluortablettenexperiment in städtischen und ländlichen Gebieten erfolglos war, die Karies in den Kontrollgemeinden in gleicher Weise zurückgegangen ist wie in den Fluorgemeinden und kein karieshemmender Effekt der Fluortabletten festgestellt werden konnte.

Prof. KÜNZEL mußte übrigens später auch zugeben, daß die 8jährige Trinkwasserfluoridierung in Spremberg (Kreis Cottbus) ebenfalls erfolglos war und die Karies bei den 6-, 7- und 8jährigen Kindern sogar zugenommen statt abgenommen hat.

Ihre Anfragebeantwortung vom 22. Juni 1992 unter Pkt. m) betreffend die Ergebnisse von Prof. KÜNZEL erscheint im obigen Zusammenhang irreführend und vom wahren Sachverhalt ablenkend.

Unter Punkt k) Ihrer Anfragebeantwortung vom 22. Juni 1992 geben Sie zu, daß Ihnen das Gutachten von Univ.-Prof. Dr. GÖLLES bekannt ist und argumentieren in der Folge damit, daß Ihrem Ressort auch gegenteilige Gutachten von namhaften Wissenschaftlern bekannt seien.

Da im Gutachten von Univ.-Prof. Dr. GÖLLES eben jene "gegenteiligen" Gutachten angesprochen und einer vernichtenden Kritik unterzogen wurden, auf die sich Ihr Ressort ebenso wie die diversen Fluorempfehlungen einschließlich jener des Obersten Sanitätsrates und der WHO berufen, entbehrt es jeder Logik und seriösen Argumentation, wenn Sie sich nun als Gegenargument wieder auf die gleichen und naturwissenschaftlich längst widerlegten Gutachten berufen.

In Summe ergibt sich, daß die Fluortablettenaktion offenbar keine wissenschaftliche und gesundheitspolitische Berechtigung hat und dies Ihrem Ressort längst bekannt ist und bekannt sein muß.

Sind Sie daher bereit, den Tatsachen Rechnung zu tragen, die überdies ungesetzliche und kostspielige Fluortablettenaktion in Kindergärten und Schulen auch gegen den Widerstand gewisser Pharma- und Zahnärztekreise und des Fonds "Gesundes Österreich" umgehend einzustellen und die betreffenden zugelassenen Arzneispezialitäten (Zymafluor-Tabletten: Spez. Reg. Nr. 8433; Zymafluor 1 mg-Tabletten: Spez. Reg. Nr. 11.027; Fluodont-Tabletten 1,0 mg: Spez. Reg. Nr. 12.339; Fluodont-Tabletten 0,25 mg: Spez. Reg. Nr. 12.338) gemäß den Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes aus dem Verkehr zu ziehen?

e1) *Sind Sie weiters bereit, den amtswegigen Grundsatz der materiellen Wahrheit zu beachten und eine Untersuchung wegen des Verdachtes des Amtsmißbrauches und der falschen Gutachten einzuleiten?*

f1) Im Gegensatz zu dem von Ihnen in Ihrer Anfragebeantwortung vom 22. Juni 1992 vermittelten Eindruck haben wir nicht behauptet (Pkt. c)), daß Amtsärzte im Zusammenhang mit der Fluortablettenaktion den Schulbehörden Weisungen erteilen würden, sondern daß Schulbehörden über Betreiben von Amtsärzten Weisungen an Lehrpersonal erteilt haben.

Sind Sie bereit, dafür Sorge zu tragen, daß Amtsärzte in dieser Angelegenheit keinerlei Einfluß mehr auf Schulbehörden sowie LehrerInnen und KindergärtnerInnen nehmen und es diesen freigestellt bleibt, welche Meinung diese zu Fluoridierungsaktionen haben und äußern und ob sie daran teilnehmen oder nicht?

g1) Sie behaupten, die der Zustimmungserklärung zur Verabreichung von Fluor-Tabletten beigefügten Informationsblätter für Eltern bzw. Erziehungsberechtigte seien inhaltsgleich mit der Gebrauchsinformation und es würden daher keine Nebenwirkungen dieser Medikamente verschwiegen.

Ihre Behauptung ist unrichtig und trifft weder für die Information auf der "Zustimmungserklärung" noch für das dem Formular beigelegte Merkblatt zu.

So fehlt der in der Gebrauchsinformation vorhandene Hinweis: "Die Tabletten dürfen in Orten mit einem hohen Fluorgehalt des Trinkwassers nicht

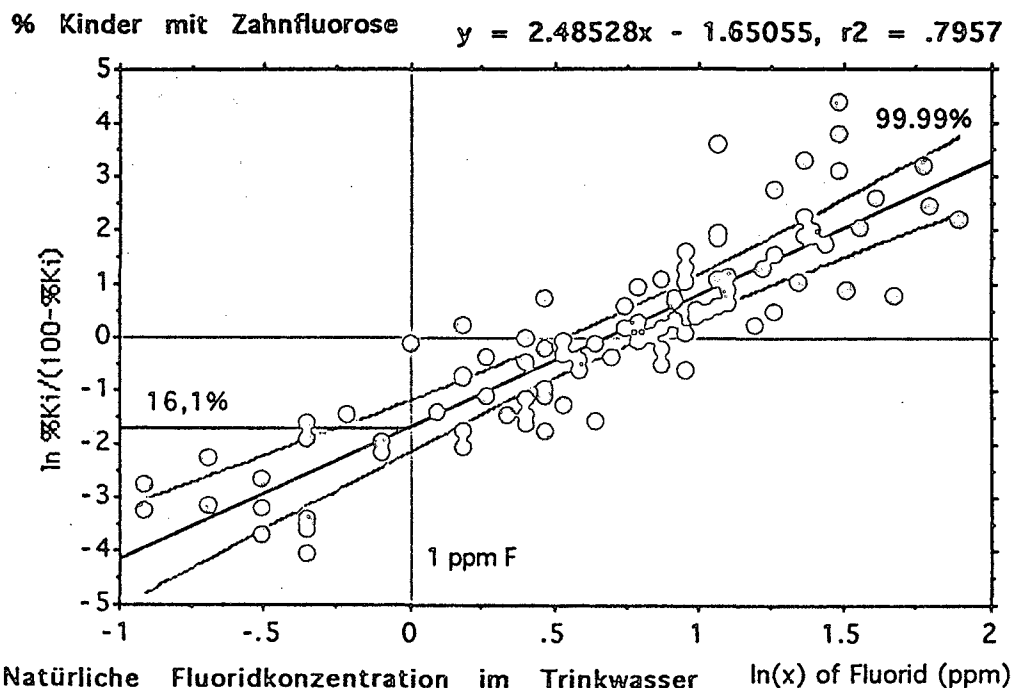
eingegenommen werden. Andere fluorhaltige Präparate dürfen gleichzeitig nicht eingenommen werden."

Ferner fehlt jeder Hinweis, daß aus den Gründen der Gefahr einer Überdosierung gleichzeitig auch keine fluorreichen Mineralwässer getrunken bzw. bei Konsumation derselben keine Fluortabletten und andere Fluorpräparate eingenommen werden dürfen.

Es fehlt (auch in der Gebrauchsinformation) jeder Hinweis darauf, daß Kindern nach Einnahme von Fluortabletten übel werden und sich im Magen durch Dissoziation des Natriumfluorid die stark ätzende und gefährliche Flußsäure (HF) bilden kann, die die Magenschleimhäute angreift und Mikroschäden verursacht.

Es fehlen die Hinweise, daß ein Teil der Kinder Zahnfluorose - d.h. einen mikroskopisch oder sogar makroskopisch sichtbaren Schaden am Zahnschmelz - als Zeichen einer Fluorintoxikation des Skeletts (die Zähne sind ein sichtbarer Teil des Skeletts) bekommt und sich Fluorid unerwünscht anreichert. Mit steigender Fluorkonzentration des Skeletts kommt es in diesem zu einer Abnahme des wichtigen Citratgehaltes und des CO-Gehaltes und somit zu einer unerwünschten Störung des Skelettstoffwechsels.

Über die Häufigkeit des Auftretens von sichtbarer Zahnfluorose in Abhängigkeit von der Fluoraufnahme (natürliche Fluoridkonzentration im Trinkwasser) gibt das nachfolgende Diagramm Auskunft:



% Kinder mit Zahnfluorose in Abhängigkeit vom natürlichen Fluoridgehalt des Trinkwassers. Bei 1 ppm F haben 16,1% der Kinder Zahnfluorose zu erwarten.

Das Diagramm zeigt die Abhängigkeit des Anteils (%-Satz) an Kindern mit sichtbarer Zahnfluorose aus 99 Orten vom natürlichen Fluoridgehalt des Trinkwassers im Konzentrationsbereich 0,4 - 6,6 ppm F. Bei der zahnärztlich und gesundheitsbehördlich empfohlenen Konzentration von 1 ppm F haben im Durchschnitt 16,1% der Kinder sichtbare Zahnfluorose zu erwarten (ca. 12.000 untersuchte Kinder). Der Zusammenhang zwischen Fluorid und Zahnfluorose als sichtbares Zeichen einer Fluorintoxikation ist hochsignifikant.

Die statistischen Kennzahlen sind den folgenden Tabellen zu entnehmen.

Simple Regression X_1 : $\ln(x)$ of Fluorid (ppm) Y_1 : $\ln \%Ki/(100-\%Ki)$

Count:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	RMS Residual:
99	.89202	.7957	.7936	.82139

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	254.89681	254.89681	377.8024
RESIDUAL	97	65.44424	.67468	p = .0001
TOTAL	98	320.34105		

Residual Information Table

SS[e(i)-e(i-1)]:	e ≥ 0:	e < 0:	DW test:
77.78754	47	52	1.18861

Simple Regression X_1 : $\ln(x)$ of Fluorid (ppm) Y_1 : $\ln \%Ki/(100-\%Ki)$

Beta Coefficient Table

Variable:	Coefficient:	Std. Err.:	Std. Coeff.:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	-1.65055				
SLOPE	2.48528	.12786	.89202	19.43714	.0001

Confidence Intervals Table

Variable:	95% Lower:	95% Upper:	99.99% Lower:	99.99% Upper:
MEAN (X,Y)	-.16621	.16151	-.33736	.33266
SLOPE	2.23148	2.73908	1.9664	3.00416

Residual : Column 66 Fitted : Column 67

[Literaturnachweis: ZIEGELBECKER, R. (1981): Fluoridated Water and Teeth. Fluoride 14 (3) 123-128; ZIEGELBECKER, R. (1981): Natürlicher Fluoridgehalt des Trinkwassers und Karies. gwf-Wasser/Abwasser 122 (11) 495-497; ZIEGELBECKER, R. (1982, 1986): Zur Beurteilung der Fluoridbelastung in der Umwelt. Proceedings of the IVth international conference BIOINDICADORES DETERIORISATIONIS REGIONIS 1982. Czechoslovak Academy of Sciences. Ceske Budejovice 1986, 355-371; ZIEGELBECKER, R. (1987): On the Problem of Data Selections in Fluoridation Statistics. XVIth Conference of the International Society for Fluoride Research 1987, ZYMA Auditorium, NYON (Schweiz); ZIEGELBECKER, R. Ch. (1988, 1989): Lognormal distributions - a theoretical model for biomonitoring. Proceedings of the Vth international conference BIOINDICADORES DETERIORISATIONIS REGIONIS. Czechoslovak Academy of Sciences. Ceske Budejovice 1989, 37-43; ZIEGELBECKER, R. (1989): Natural Water Fluoridation: Multifactorial Influences on Dental Caries in 21 Cities Study. XVIIth Intern. Conf. of the International Society for Fluoride Research. Budapest 1989; ZIEGELBECKER, R. (1991): Manuskript und Protokoll der Fluor-Enquete der Stmk. Landesregierung. Graz 1991; ZIEGELBECKER, R. (1991): Die beschränkte log-normale Verteilung als Modellansatz in der Epidemiologie - insbesondere auch der Zahnkaries und Zahnfluorose. Intern. Biometrische Gesellschaft, Region Österr.- Schweiz, Seminar Epidemiologie, 5. März 1991, Universität Graz]

Sind Sie bereit, eine Überprüfung der betreffenden Arzneyspezialitäten zu veranlassen, die Gebrauchsinformation richtigzustellen und zu vervollständigen und die "Zustimmungserklärungen" mitsamt den Merkblättern zurückzuziehen?

g1) Weder in der Gebrauchsinformation noch in den Elterninformationen zur "Zustimmungserklärung" finden sich irgendwelche Hinweise auf die Tatsache, daß es sowohl im Tierversuch als auch insbesondere beim Menschen hochsignifikante und unwiderlegte Zusammenhänge zwischen Fluoridierung und Krebs gibt und das Thema nach wie vor zur wissenschaftlichen Diskussion steht.

Sie behaupten in Ihrer Anfragebeantwortung vom 22. Juni 1992, Arbeiten, die einen Zusammenhang zwischen Fluoridanwendung und Krebsentstehung vermuten ließen, seien seitens Ihres Ressorts "stets mit größter Sorgfalt geprüft worden".

Bei diesen "sorgfältigen Prüfungen" muß es sich wohl um eine Art "geheimer Vorgänge" und "Geheimwissenschaft" gehandelt haben, denn außer ein paar allgemein gehaltenen und durch Nichts belegten kurzen Dementis jeden Zusammenhanges zwischen Fluoriden und Krebs ist von diesen "mit größter Sorgfalt" durchgeführten "Prüfungen" bisher nichts bekannt geworden.

In Ihrer Anfragebeantwortung vom 22. Juni 1992 sprechen Sie auch die aufwendigen Tierversuche des NATIONAL TOXICOLOGY PROGRAM (NTP) der USA an F344/N-Ratten und B6C3F1-Mäusen zur Untersuchung eines Zusammenhanges zwischen fluoridiertem Trinkwasser und dem Krebsrisiko an und stellen die kühne, völlig aus der Luft gegriffene Behauptung auf, es "wurde nachgewiesen, daß durch die Anwendung mit Fluoriden in der Kariesprophylaxe kein Krebsrisiko entsteht".

Dieser Tierversuch ist eines von vielen Beispielen, wo von vornherein klar war und ist, daß ein negatives Resultat bei den relativ wenigen, extrem gezüchteten und extrem ernährten Ratten und Mäusen nicht auf die Menschen übertragen werden und daraus unter keinen Umständen der Beweis herausgelesen werden kann und darf, daß der untersuchte Zusammenhang (hier Fluoridierung und Krebs) beim Menschen nicht existiert.

Aber so negativ, wie ein Unkundiger aufgrund Ihrer Anfragebeantwortung vom 22. Juni 1992 meinen könnte, ist dieser Tierversuch aus der Sicht der beteiligten Forscher gar nicht ausgefallen. Es wurde nur später, offenbar unter dem Druck des betroffenen und für die Fluoridierung verantwortlichen amerikanischen Gesundheitsdienstes in einer Art "Selbstverteidigung" einiges beschönigt.

Und was bei den Forschern noch als "equivocal evidence" (unsicherer Beweis) für einen Knochenkrebs (Osteosarcoma) durch Natriumfluorid im Trinkwasser von männlichen F344/N-Ratten qualifiziert wurde (S. 95 der NTP TR 393 - Studie), wird bei den angeblich "mit größter Sorgfalt" durchgeführten "Prüfungen" Ihres Ressorts und in Ihrer Anfragebeantwortung vom 22. Juni 1992 in Umkehrung der Tatsachen ganz einfach zur (unwahren) Behauptung, es "wurde nachgewiesen, daß durch die Anwendung mit Fluoriden in der Kariesprophylaxe kein Krebsrisiko entsteht".

Neben dem dosisabhängigen Knochenkrebs bei Ratten wurden in der NTP-Studie vom 26. März/26. April 1990 auch dosisabhängige, statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen NaF im Trinkwasser und bösartigen Neubildungen (Malignant Lymphoma and Histiocytic Sarcoma, Malignant Tumors) bei weiblichen B6C3F1-Mäusen gefunden.

Derartige, offensichtlich unangenehme und unerwünschte Ergebnisse der NTP-Studie wurden später in der Diskussion und in den Schlußfolgerungen einfach mit dem Argument abgeschwächt, man hätte in Kontrollgruppen [= historical untreated controls] früherer Untersuchungen (Tierexperimente mit den gleichen Ratten- und Mäusestämmen, aber anderen Testsubstanzen) in den gleichen NTP-Laboratorien und in anderen Laboratorien ähnliche Inzidenzen gefunden wie in diesem Versuch bei den NaF-belasteten Tieren und wird betont, daß die im laufenden Versuch erhaltenen bösartigen Neubildungen im Bereich (range) der in den historical controls erhaltenen Werte liegen würden.

An anderer Stelle der NTP-Studie wird allerdings zugegeben, daß die Ernährung der Tiere in den früheren Studien höhere Fluoridpegel enthielt als im laufenden Versuch.

Im laufenden NTP-Versuch enthielt die Nahrung der Tiere eine Verunreinigung mit 8,66 ppm Fluor (fluorine) bei Schwankungen von 6,87 - 14,7 ppm F (K-7 der NTP-Studie). Diese hohe Fluorkonzentration ist in einem Versuch, in dem der Einfluß von NaF mit nur 4 Konzentrationen von 0, 25, 100, 175 ppm NaF, was nur 0,0, 11,3, 45,3, und 79,2 ppm F (fluorine) entspricht, getestet werden soll, nicht zu vernachlässigen.

Aus dem Vergleich der Testergebnisse im laufenden NTP-Versuch mit historical controls aus anderen und früheren Versuchen in eigenen und anderen Laboratorien, in denen die Nahrung der Tiere noch höhere Fluor-Kontaminationen enthielt als im jetzigen Versuch, nunmehr einen "Nicht-Zusammenhang" zwischen Fluorid und Krebs ableiten zu wollen, ist unzulässig und irreführend.

Die Haltung von Kontrolltieren in einem Versuch und damit der Versuch selbst verlieren ihren Sinn, wenn die Tiere dann in der Beurteilung der Versuchsergebnisse durch andere Kontrolltiere aus anderen Versuchen mit nicht vergleichbaren Bedingungen ersetzt werden.

Die hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf den Menschen bei der Toxizitätsprüfung chemischer Substanzen ohnehin äußerst problematischen Tierversuche verlieren überhaupt jeden Sinn und werden zur sinnlosen Tierquälerei und unverantwortlichen Alibihandlung, wenn ihre nicht genehmen Ergebnisse dann durch unzulässige Vergleiche abgeschwächt und verzerrt und behördlicherseits, in ihr Gegenteil verkehrt, auf den Menschen übertragen werden.

Nachfolgend wird eine weiterführende Auswertung von Daten der NTP TR 393 - Studie vom 26.März/26.April 1990 vorgenommen, die u.a. bei weiblichen B6C3F1-Mäusen zu folgenden Resultaten führt:

1. Der Zeitpunkt bis zum erstmaligen Auftreten (First incidence (days)) von bösartigen Neubildungen (Malignant Lymphoma and Histiocytic Sarcoma [=MLHS], all organs) bei weiblichen Mäusen verkürzt sich mit steigender NaF-Konzentration im Trinkwasser signifikant ($p = 0,018$).
2. Der %-Satz (% Overall rates) der weiblichen Mäuse mit bösartigen Neubildungen (MLHS; all organs) steigt mit der Verkürzung ihres erstmaligen Auftretens (first incidence (days)) abhängig von der NaF-Konzentration signifikant ($p = 0.033$) an.

3. Zwischen der NaF-Konzentration im Trinkwasser und dem %-Satz von Mäusen mit bösartigen Neubildungen (MLHS, all organs) besteht ein positiver Trend ($p = 0.098$).

4. Der Zeitpunkt bis zum erstmaligen Auftreten (First incidence (days)) bösartiger Tumore (Malignant Tumors [=MT]; All Organs) verkürzt sich mit steigender NaF-Konzentration im Trinkwasser weiblicher Mäuse ($p = 0.072$).

5. Der %-Satz der weiblichen Mäuse mit bösartigen Tumoren steigt mit der Verkürzung ihres erstmaligen Auftretens abhängig von der NaF-Konzentration im Trinkwasser an ($p = 0.073$).

6. Der %-Satz weiblicher Mäuse mit bösartigen Tumoren steigt mit der NaF-Konzentration im Trinkwasser signifikant an ($p = 0.037$).

7. Der %-Satz weiblicher Mäuse mit bösartigen Tumoren (Malignant Tumors) wächst abhängig von der NaF-Konzentration im Trinkwasser auf Kosten des %-Satzes weiblicher Mäuse mit gutartigen Tumoren ($p = 0.075$).

In allen 7 Fällen geht der Trend statistisch signifikant oder (noch) nicht signifikant in die Richtung eines steigenden Krebsrisikos mit steigender NaF-Konzentration im Trinkwasser.

Die vorstehenden Ergebnisse werden in den nachfolgenden Diagrammen und Berechnungen (statistischen Kennzahlen) belegt. Vorausgeschickt werden soll noch, daß sich der NTP-Tierversuch an F344/N-Ratten und B6C3F1-Mäusen in 3 Stufen abgespielt hat (1979: 14 Tage; 1980/81: 6 Monate; 1985-1987: 2 Jahre), wobei zwischen 5 und 100 Tiere je Gruppe verwendet wurden:

a) Im 14-Tage-Versuch mit Dosierungen von 0, 50, 100, 200, 400, 800 ppm NaF im Trinkwasser mit je 5 männlichen und weiblichen Ratten sind bei 800 ppm NaF nach längstens 10 Tagen sämtliche männlichen und weiblichen Ratten eingegangen. Ebenso sind 3 von 5 männlichen Mäusen nach längstens 6 Tagen eingegangen. Außerdem sind bei den Tieren schon bei niedrigeren Konzentrationen Entwicklungsstörungen aufgetreten.

Die verwendete NaF-Konzentration von 800 ppm liegt teilweise weit unter jener, wie sie in Fluorpräparaten zur lokalen Anwendung an unseren Kindern vorkommt.

b) Im 6-Monatsversuch mit niedrigeren Konzentrationen von 0, 10, 30, 100, 300 ppm NaF (300 ppm NaF entsprechen 135,75 ppm F) kam es zu beachtlichen Nebenwirkungen (pathologischen Effekten) an Zähnen, Drüsen, Magen und Skelett, Geschwüre und Gewichtsverlust. Die NaF-Konzentrationen im 6-Monatsversuch waren nur 1/4 bis 1/8 so hoch wie jene in unseren Fluorzahnpasten sind.

c) Im 2-Jahresversuch mit noch kleineren NaF-Konzentrationen von 0, 25, 100, 175 ppm (1/8 bis 1/15 der NaF-Konzentration in unseren Fluorzahnpasten) trat neben anderen Schäden - Zahnschäden bei männl. und weibl. Ratten und Mäusen, Osteosklerose bei weibl. Ratten, sowie genetische Wirkungen - bei männlichen Ratten und weiblichen Mäusen Krebs auf.

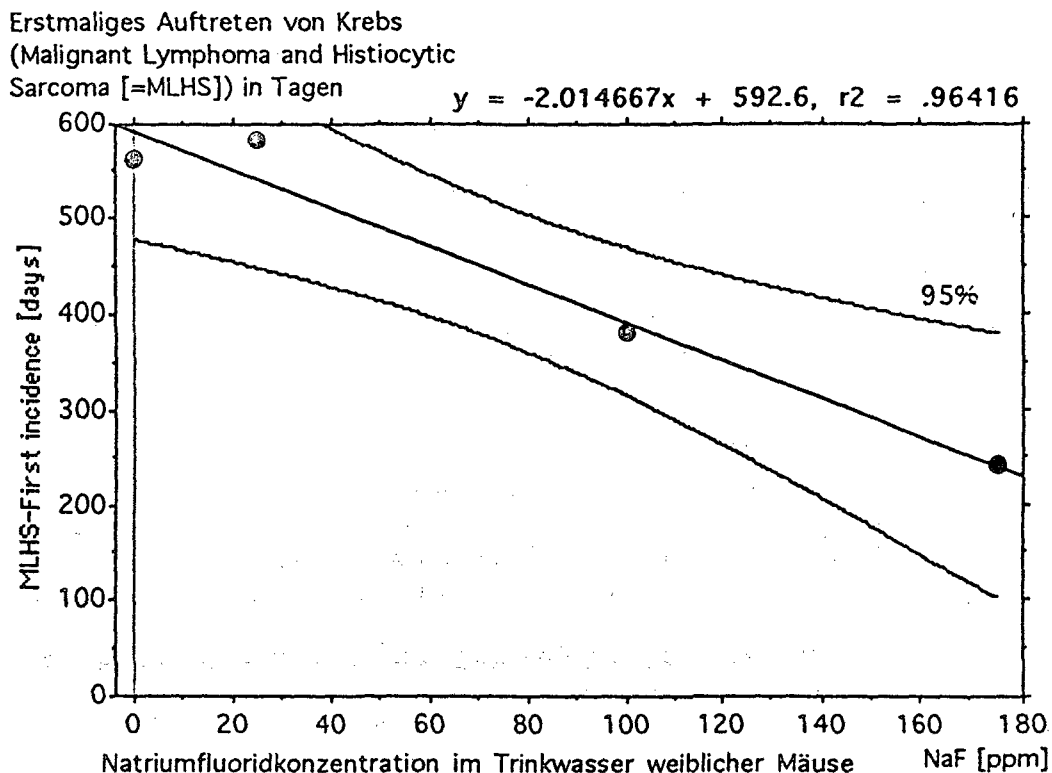
Bei männlichen Ratten kam es statistisch signifikant ($p=0.027$) zu Osteosarcoma in Knochen, die mit "equivocal" (unsicher) bewertet wurden. Aus diesem Ergebnis

an Tieren kann und darf jedoch keinesfalls geschlossen werden, daß durch Fluoridanwendung in der Kariesprophylaxe kein Krebsrisiko entsteht.

Bei weiblichen Mäusen kam es statistisch signifikant ($p = 0.023$) zu bösartigen Neubildungen (Malignant Lymphoma and Histiocytic Sarcoma, Malignant Tumors)

Eigene Darstellungen und Berechnungen anhand der NTP-Daten:

Wie das folgende Diagramm und die Berechnungen zeigen, wird die Zeit bis zum ersten Auftreten (First incidence (days)) der bösartigen Neubildungen (hier Malignant Lymphoma and Histiocytic Sarcoma; all Organs) bei weiblichen Mäusen mit steigender NaF-Konzentration immer mehr verkürzt.



Abhängigkeit des erstmaligen Auftretens von Krebs (Alle Organe: Malignant Lymphoma and Histiocytic Sarcoma [=MLHS]) von der NaF-Konzentration im Trinkwasser weiblicher B6C3F1-Mäuse. Nach Daten aus NTP TR 393 - Studie v. 26.3.1990, D-64)

Simple Regression X_1 : NaF [ppm] Y_1 : MLHS-First incidence [days]

Count:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	RMS Residual:
4	.98192	.96416	.94624	37.60962

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	76104.03333	76104.03333	53.80341
RESIDUAL	2	2828.96667	1414.48333	$p = .0181$
TOTAL	3	78933		

No Residual Statistics Computed

Simple Regression X_1 : NaF [ppm] Y_1 : MLHS-First incidence [days]

Beta Coefficient Table

Variable:	Coefficient:	Std. Err.:	Std. Coeff.:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	592.6				
SLOPE	-2.01467	.27466	-.98192	7.33508	.0181

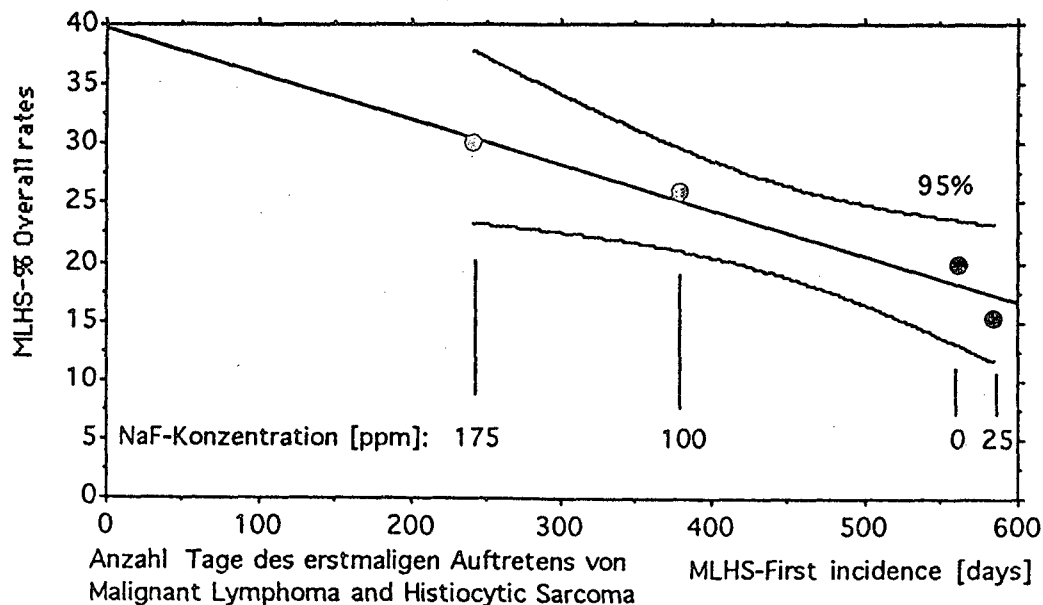
Confidence Intervals Table

Variable:	95% Lower:	95% Upper:	90% Lower:	90% Upper:
MEAN (X,Y)	360.58944	522.41056	386.59023	496.40977
SLOPE	-3.19644	-.83289	-2.81668	-1.21266

Das folgende Diagramm und die Berechnungen zeigen, daß sich die Häufigkeit des Auftretens der betreffenden bösartigen Neubildungen mit der Verkürzung der Zeit ihres erstmaligen Auftretens, d.h. mit steigender NaF-Konzentration, bei weiblichen Mäusen ebenfalls signifikant erhöht hat.

%-Satz weibl. Mäuse mit Malignant

Lymphoma and Histiocytic Sarcoma $y = -.03849x + 39.83956$, $r^2 = .93587$



Abhängigkeit des Anteiles weiblicher B6C3F1 Mäuse mit bösartigen Neubildungen (Lymphoma and Histiocytic Sarcoma) vom Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens derselben in Relation zur NaF-Konzentration im Trinkwasser. (Nach Daten der NTP TR 393-Studie vom 26.4.1990, D-64)

Simple Regression X₁: MLHS-First incidence [days] Y₁: MLHS-% Overall r...

Count:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	RMS Residual:
4	.96741	.93587	.90381	2.00172

Analysis of Variance Table				
Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	116.95451	116.95451	29.18833
RESIDUAL	2	8.01379	4.00689	p = .0326
TOTAL	3	124.9683		

No Residual Statistics Computed

Simple Regression X₁: MLHS-First incidence [days] Y₁: MLHS-% Overall r...

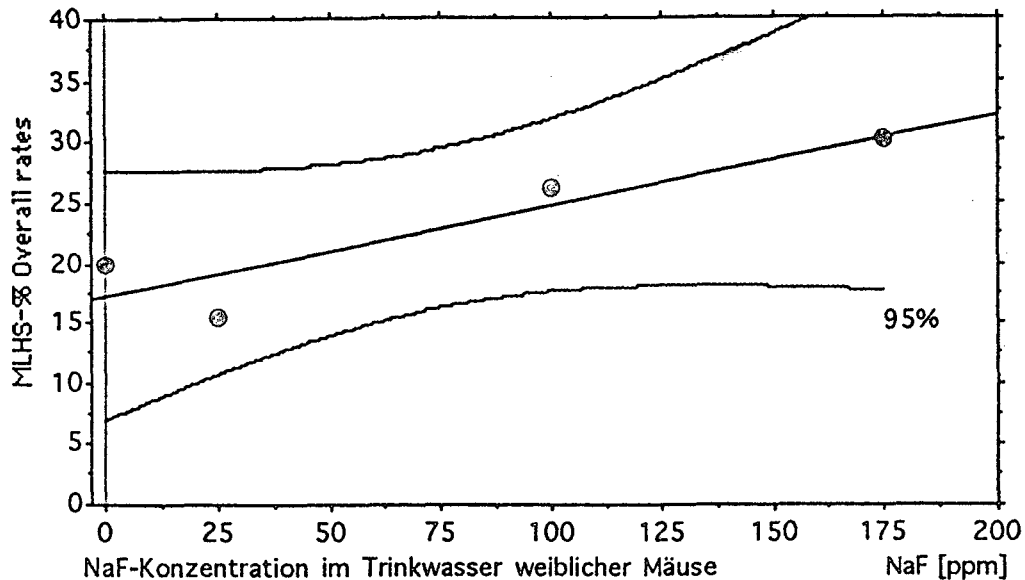
Beta Coefficient Table					
Variable:	Coefficient:	Std. Err.:	Std. Coeff.:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	39.83956				
SLOPE	-.03849	.00712	-.96741	5.40262	.0326

Confidence Intervals Table				
Variable:	95% Lower:	95% Upper:	90% Lower:	90% Upper:
MEAN (X,Y)	18.53864	27.15136	19.9225	25.7675
SLOPE	-.06915	-.00784	-.0593	-.01769

Das folgende Diagramm und die Berechnungen zeigen die Abhängigkeit der bösartigen Neubildungen (Malignant Lymphoma and Histiocytic Sarcoma [=MLHS]) bei weiblichen B6C3F1 Mäusen von der Natriumfluoridkonzentration im Trinkwasser der Mäuse. Diese Abhängigkeit ist statistisch nicht signifikant ($p = 0.0978$), nachdem schon die Ernährung der Kontrollgruppe (0 ppm F im Trinkwasser) einen relativ hohen Fluoranteil von 8,66 ppm F und einen hohen Anteil an bösartigen Neubildungen (17,3%) hatte.

%-Satz weibl. Mäuse mit bösartigen
Neubildungen (Malignant Lymphoma
and Histiocytic Sarcoma [=MLHS])

$$y = .07365x + 17.321, r^2 = .81393$$



Abhängigkeit des Anteils weiblicher B6C3F1 Mäuse mit bösartigen Neubildungen (Alle Organe: Malignant Lymphoma and Histiocytic Sarcoma) von der NaF-Konzentration im Trinkwasser im zweijährigen Versuch (Nach Daten der NTP TR 393 - Studie vom 26. April 1990, D-64)

Simple Regression X_1 : NaF [ppm] Y_1 : MLHS-% Overall rates

Count: R: R-squared: Adj. R-squared: RMS Residual:

4	.90218	.81393	.72089	3.40977
---	--------	--------	--------	---------

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	101.71525	101.71525	8.74855
RESIDUAL	2	23.25305	11.62652	p = .0978
TOTAL	3	124.9683		

No Residual Statistics Computed

Simple Regression X_1 : NaF [ppm] Y_1 : MLHS-% Overall rates

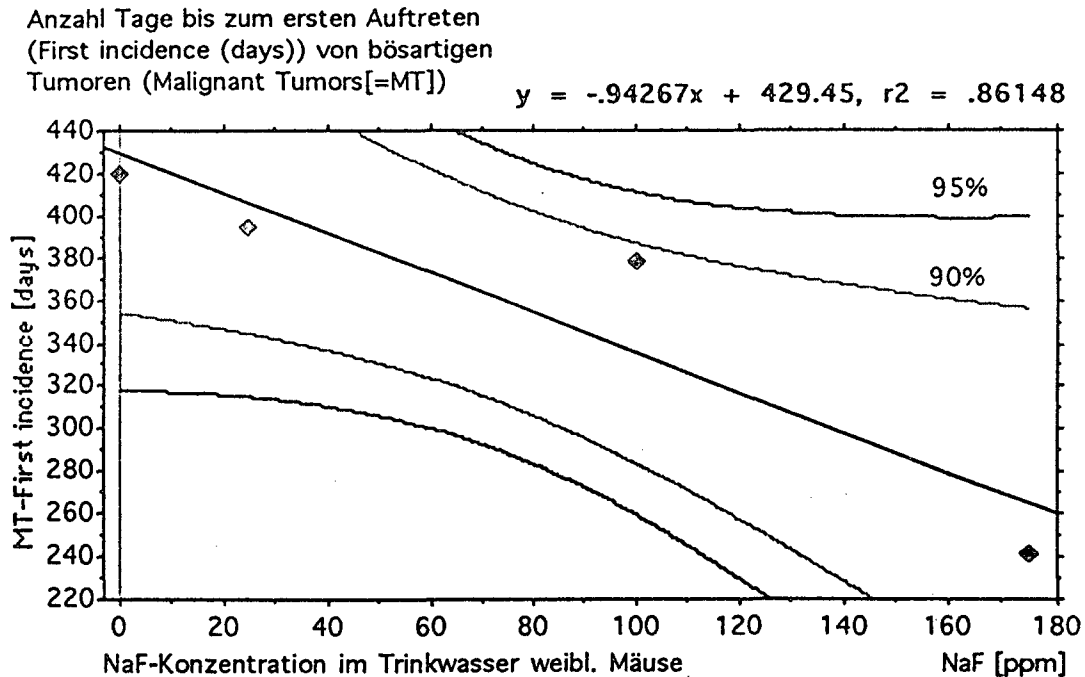
Beta Coefficient Table

Variable:	Coefficient:	Std. Err.:	Std. Coeff.:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	17.321				
SLOPE	.07365	.0249	.90218	2.9578	.0978

Confidence Intervals Table

Variable:	95% Lower:	95% Upper:	90% Lower:	90% Upper:
MEAN (X,Y)	15.50947	30.18053	17.86676	27.82324
SLOPE	-.03349	.1808	.00094	.14637

Die Abhängigkeit der Anzahl der Tage bis zum ersten Auftreten (First incidence (days)) bösartiger Tumoren (Malignant Tumors [=MT]) bei weiblichen B6C3F1 - Mäusen von der NaF-Konzentration im Trinkwasser der Mäuse ist aus dem folgenden Diagramm und den Berechnungen ersichtlich.



Abhängigkeit der Anzahl der Tage bis zum ersten Auftreten (First incidence (days)) bösartiger Tumoren (Malignant Tumors [=MT]) bei weiblichen B6C3F1 - Mäusen von der NaF-Konzentration im Trinkwasser der Mäuse. (Nach Daten der NTP TR 393 - Studie vom 26. April 1990, D-65)

Simple Regression X_1 : NaF [ppm] Y_1 : MT-First incidence [days]

Count:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	RMS Residual:
4	.92816	.86148	.79222	36.59998

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	16661.63333	16661.63333	12.43815
RESIDUAL	2	2679.11667	1339.55833	p = .0718
TOTAL	3	19340.75		

No Residual Statistics Computed

Simple Regression X_1 : NaF [ppm] Y_1 : MT-First incidence [days]

Beta Coefficient Table

Variable:	Coefficient:	Std. Err.:	Std. Coeff.:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	429.45				
SLOPE	-.94267	.26729	-.92816	3.52678	.0718

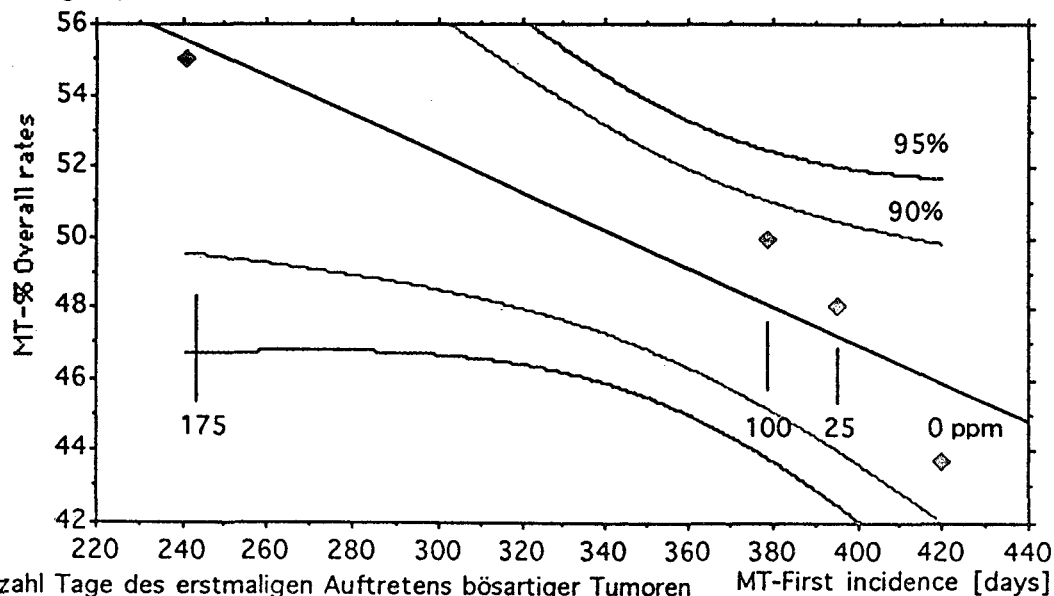
Confidence Intervals Table

Variable:	95% Lower:	95% Upper:	90% Lower:	90% Upper:
MEAN (X,Y)	280.0115	437.4885	305.3143	412.1857
SLOPE	-2.09272	.20738	-1.72315	-.16219

Zwischen dem erstmaligen Auftreten (First Incidence [days]) bösartiger Tumoren (Malignant Tumors [=MT]; All Organs) und dem %-Satz weiblicher B6C3F1 - Mäuse mit bösartigen Tumoren besteht ein auf dem 7,5%-Niveau signifikanter Zusammenhang in Abhängigkeit von der NaF-Konzentration im Trinkwasser der Mäuse, wie das folgende Diagramm und die Berechnungen zeigen.

%-Satz weibl. Mäuse mit bösartigen Tumoren (Malignant Tumors [=MT]; All Organs)

$$y = -.05383x + 68.51994, r^2 = .85916$$



Zusammenhang zwischen dem erstmaligen Auftreten (First Incidence [days]) bösartiger Tumoren (Malignant Tumors [=MT]) und dem %-Satz weiblicher B6C3F1-Mäuse mit bösartigen Tumoren in Abhängigkeit von der NaF-Konzentration im Trinkwasser der Mäuse. (Nach Daten der NTP TR 393 - Studie vom 26. April 1990, D-65)

Simple Regression X_1 : MT-First incidence [days] Y_1 : MT-% Overall rates

Count:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	RMS Residual:
4	.92691	.85916	.78873	2.14339

Analysis of Variance Table				
Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	56.04847	56.04847	12.20008
RESIDUAL	2	9.18821	4.5941	p = .0731
TOTAL	3	65.23667		

No Residual Statistics Computed

Simple Regression X_1 : MT-First incidence [days] Y_1 : MT-% Overall rates

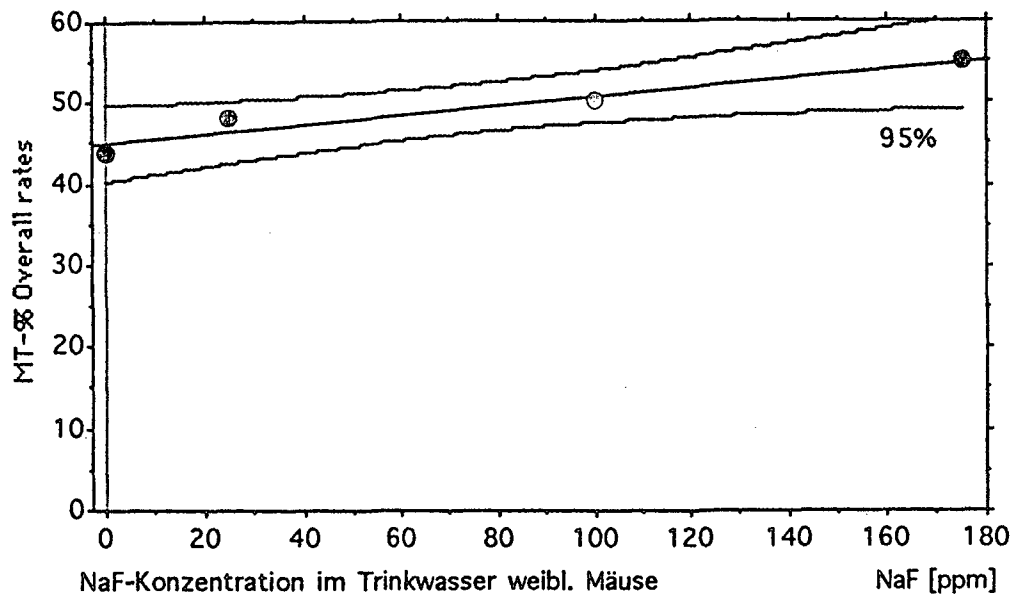
Beta Coefficient Table					
Variable:	Coefficient:	Std. Err.:	Std. Coeff.:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	68.51994				
SLOPE	-.05383	.01541	-.92691	3.49286	.0731

Confidence Intervals Table				
Variable:	95% Lower:	95% Upper:	90% Lower:	90% Upper:
MEAN (X,Y)	44.59638	53.81862	46.07817	52.33683
SLOPE	-.12015	.01248	-.09884	-.00883

Zwischen dem Anteil weibl. B6C3F1-Mäuse mit bösartigen Tumoren (Malignant Tumors (All Organs)) und der NaF-Konzentration im Trinkwasser der Mäuse besteht ebenfalls eine statistisch signifikante Abhängigkeit, wie das folgende Diagramm und die Berechnungen zeigen.

%-Satz weiblicher Mäuse mit
böartigen Tumoren (Alle organe)

$$y = .05679x + 44.9485, r^2 = .92683$$



Abhängigkeit des Anteils an weiblichen B6C3F1- Mäusen mit böartigen Tumoren (Malignant Tumors [=MT]; All Organs) von der NaF-Konzentration im Trinkwasser im zweijährigen Versuch. (Daten nach der NTP TR 393 - Studie v. 26.4.1990, D-65)

Simple Regression X_1 : NaF [ppm] Y_1 : MT-% Overall rates

Count:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	RMS Residual:
4	.96272	.92683	.89025	1.54484

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	60.4636	60.4636	25.3353
RESIDUAL	2	4.77307	2.38654	p = .0373
TOTAL	3	65.23667		

No Residual Statistics Computed

Simple Regression X_1 : NaF [ppm] Y_1 : MT-% Overall rates

Beta Coefficient Table

Variable:	Coefficient:	Std. Err.:	Std. Coeff.:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	44.9485				
SLOPE	.05679	.01128	.96272	5.03342	.0373

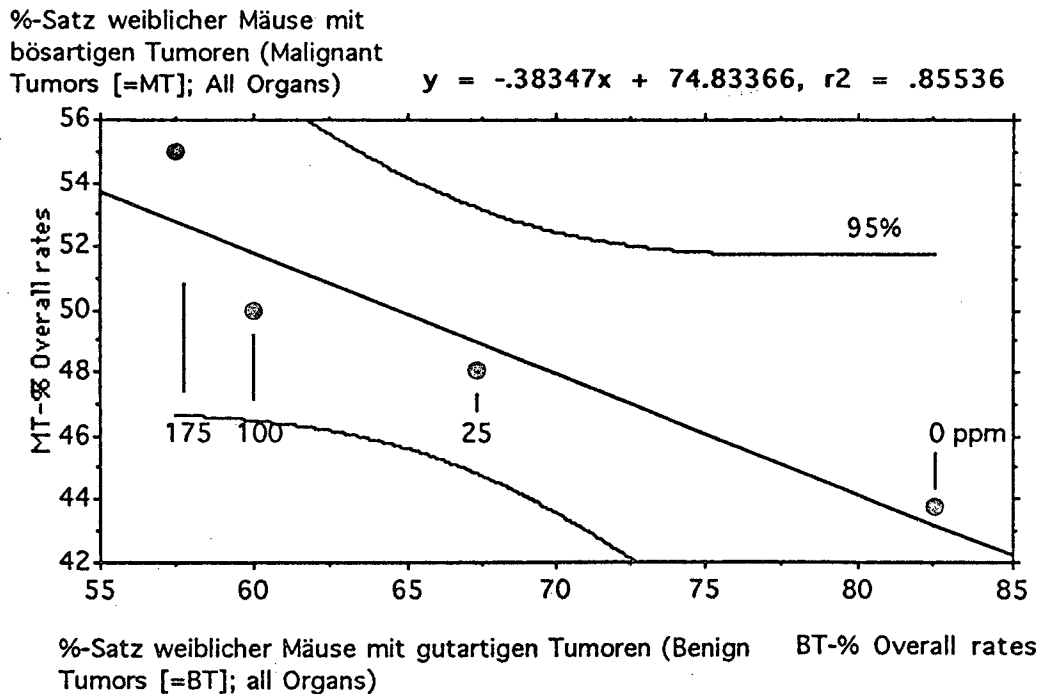
Confidence Intervals Table

Variable:	95% Lower:	95% Upper:	99.99% Lower:	99.99% Upper:
MEAN (X,Y)	45.88404	52.53096	-28.02879	126.44379
SLOPE	.00824	.10533	-1.07132	1.18489

29

Da es neben den bösartigen Tumoren auch gutartige Tumore gibt, stellt sich die Frage, ob sich am Verhältnis der gutartigen zu den bösartigen Tumoren unter dem Einfluß von NaF im Trinkwasser der weiblichen Mäuse etwas ändert.

Das folgende Diagramm und die Berechnungen zeigen, daß mit steigender NaF-Konzentration im Trinkwasser die bösartigen Tumore auf Kosten der gutartigen Tumore bei weiblichen B6C3F1 - Mäusen auf dem 7,5%-Niveau zunehmen.



Zunahme des Anteils weiblicher B6C3F1-Mäuse mit bösartigen Tumoren (Malignant Tumors) auf Kosten des Anteils gutartiger Tumore (Benign Tumors) mit steigender NaF-Konzentration im Trinkwasser. (Nach Daten der NTP TR 393 - Studie, D-64/65)

Simple Regression		X ₁ : BT-% Overall rates	Y ₁ : MT-% Overall rates		
Count:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	RMS Residual:	
4	.92486	.85536	.78304	2.17206	

Analysis of Variance Table				
Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	55.80101	55.80101	11.82768
RESIDUAL	2	9.43566	4.71783	p = .0751
TOTAL	3	65.23667		

No Residual Statistics Computed

Simple Regression X_1 : BT-% Overall rates Y_1 : MT-% Overall rates

Beta Coefficient Table

Variable:	Coefficient:	Std. Err.:	Std. Coeff.:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	74.83366				
SLOPE	-.38347	.1115	-.92486	3.43914	.0751

Confidence Intervals Table

Variable:	95% Lower:	95% Upper:	99.99% Lower:	99.99% Upper:
MEAN (X,Y)	44.5347	53.8803	-59.38721	157.80221
SLOPE	-.86322	.09628	-11.53272	10.76579

Literaturnachweis: NTP Technical Report on the TOXICOLOGY AND CARCINOGENESIS STUDIES OF SODIUM FLUORIDE (CAS NO. 7681-49-4) IN F344/N RATS AND B6C3F1 MICE (Drinking Water Studies) NTP TR 393, NIH Publication No. 90-2848. US. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health. March 26, 1990. ZIEGELBECKER, R.: Clear Evidence of Carcinogenic Activity in Female Mice, May 28, 1990. ZIEGELBECKER, R.: Fluoridation: Results of Statistical Investigations on the Link of Fluoride and Cancer; Toxic Effects, Influences. XVIIIth Congress of the International Society for Fluoride Research, Humboldt State University, Arcata, CA, USA. Aug. 1-4, 1990. ZIEGELBECKER, R.: Schriftliches und mündliches Statement zur Fluor-Enquete der Steiermärkischen Landesregierung am 24.1.1991 in Graz.

Es ist klar, daß die vorstehenden Ergebnisse der Tierversuche in Wahrnehmung des Grundsatzes der materiellen Wahrheit nach den Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes sowohl im Zulassungs- und Überprüfungsverfahren Eingang finden als auch in der Gebrauchsinformation aufscheinen müssen, sofern diese Medikamente nach Feststellung des wahren Sachverhaltes nicht ohnehin zurückgezogen werden müssen.

Zusammenhang zwischen Fluoridierung und Krebs beim Menschen:

Da Tierversuche zwar nach dem Arzneimittelgesetz zur Überprüfung von Medikamenten gefordert und nach der Tierversuchstatistik 1990/91 Tierversuche in der Kompetenz Ihres Ressorts auch massenhaft durchgeführt wurden (1990: 151.339; 1991: 424.951 Tiere), dann aber deutliche Ergebnisse aus Tierversuchen offensichtlich nicht akzeptiert werden, wenn sie nicht in die gängige Meinung und politische Linie Ihres Ressorts und seiner sogenannten "anerkannten Experten" passen, ist auch die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Fluoridierung und Krebs beim Menschen im Rahmen der "Fluor-Kariesprophylaxe" zu stellen.

Sie behaupten im letzten Absatz unter Punkt i) Ihrer Anfragebeantwortung vom 22. Juni 1992, Seite 6, ohne jede Quellenangabe, auch in Gebieten mit natürlich fluorreichen Trinkwässern, deren Fluoridgehalt in etwa mit jenem im Rahmen der gezielten Prophylaxe zu vergleichen ist, sei keine höhere Krebshäufigkeit festgestellt worden.

Eine Reihe von Pro- und Kontra-Studien, die zu dieser Frage veröffentlicht wurden, sind nach wie vor wissenschaftlich umstritten. Die Diskussion dazu ist

nicht abgeschlossen und es kann ein derartiger Zusammenhang zwischen Fluoridierung und Krebs schon auf Grund der gravierenden Mängel der "dementierenden" Studien a priori nicht ausgeschlossen werden.

So hat z.B. das Nationale Krebsforschungsinstitut der USA (NCI) in seiner auf ein "Dementi" eines Zusammenhanges zwischen Fluorid und Krebs abzielenden Studie nachweislich mit unzulässigen Vergleichen und einem spekulativen Vergleichsindex, der auf nicht überprüfbaren Prognosen beruht, gearbeitet. Z.B. wurden in der NCI-Studie in einem beachtlichen Ausmaß fluoridierte Orte als "unfluoridiert" und unfluoridierte Orte als "fluoridiert" genommen, was die Vergleichsbasis verfälscht und zu falschen Schlüssen führen kann.

In Österreich wurde eine derartige "Studie", die den Nicht-Zusammenhang zwischen Fluorid und Krebs ebenfalls "beweisen" sollte und noch heute vielfach zitiert wird, sogar von einem Zahnarzt (Dr. Binder) durchgeführt und mit der Behauptung, das Ergebnis der Studie berechtige "zu dem Schluß, daß Fluoride offensichtlich keine Erhöhung der Krebshäufigkeit bewirken" im offiziellen Organ Ihres Ressorts ("Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung") veröffentlicht.

Diese seit 15 Jahren vielzitierte und von Ihrem Ressort offenbar "abgesegnete" Krebsstudie des Zahnarztes Dr. Binder ist in ihrem Design derart katastrophal, daß hier speziell darauf hingewiesen werden soll:

Dr. Binder zog seine Schlüsse aus einer Befragung von einigen kleinen Gemeinden aus vier österreichischen Bundesländern über die Anzahl der Krebstoten in den letzten 20 Jahren. Aufgeschlüsselt ergeben sich insgesamt 206 Krebstote oder 2,6 Krebstote pro Jahr und Bundesland in der "Fluor-Gruppe" und insgesamt 355 Krebstote (die Zahl ist höher, weil auch die Einwohnerzahl deutlich höher war) oder 4,4 Krebstote pro Jahr und Bundesland in der fluorarmen "Kontrollgruppe".

Obwohl eine derartige "Krebsstudie" schon angesichts der völlig unkontrollierbaren Verhältnisse und der extrem geringen Fallzahlen bereits wegen der vielfältigen Ursachen für die Krebsentstehung und der Vielfalt der Krebsformen absolut unbrauchbar ist, hat sich Ihr Ressort trotz Kenntnis der gravierenden Mängel dieser Studie nie davon distanziert und auch keine Klarstellungen in seinem offiziellen Organ vorgenommen, um der Fehlinformation der Öffentlichkeit und der im Gesundheitswesen tätigen Ärzte wirksam entgegenzutreten.

In diesem Zusammenhang sind auch alle Versuche, die folgenden Analysen und Ergebnisse von Abhängigkeiten zwischen Fluoridierung und Krebs durch Hinweise auf die oben erwähnte Diskussion oder mit allgemeinen Behauptungen abzuschwächen oder zu entkräften, entschieden zurückzuweisen, da sich die folgenden, bisher unwiderlegten Analysen und Ergebnisse auf ganz andere Daten und andere Modellansätze stützen als die obige Diskussion, und diese zum Zeitpunkt der obigen Diskussion größtenteils noch gar nicht bekannt bzw. analysiert waren.

Großexperiment am Menschen:

Der amerikanische Gesundheitsdienst hat im Jänner 1945 durch zwangsweisen Zusatz von Fluor-Chemikalien zum Trinkwasser der Bevölkerung (auf der Basis objektiv falscher zahnärztlicher Erfolgsstatistiken) mit einem Großexperiment am Menschen begonnen, das seinesgleichen sucht. Jahr für Jahr wurden zunächst

hunderttausende und später Millionen US-Bürger neu mit dieser medizinischen Zwangsbehandlung über die Wasserleitung beglückt.

Im Prinzip handelt es sich dabei um ein experimentelles Design ähnlich einem physikalischen Versuch, bei dem zahlreiche Glühlampen (Orte) unterschiedlicher Stärke (Größe der Orte) an viele verschiedene Stromleitungen (Wasserleitungen) angeschlossen und dann, weitgehend zufällig verteilt (Zeitpunkt der Inbetriebnahme der Fluoridierungsanlage), der Strom in den Leitungen (fluoridiertes Wasser) eingeschaltet und die Glühlampen zum Leuchten (Versorgung der Einwohner des Ortes mit fluoridiertem Trinkwasser) gebracht und auf Dauer brennen gelassen werden. Übertragen auf das Fluoridierungsexperiment heißt das folgendes:

Wenn in einem Ort beliebiger Größe und zu einem beliebigen Zeitpunkt die Fluoridierungsanlage mit einem genau dosierten Zusatz von Fluorid zum Trinkwasser (1.0 +/- 0.1 ppm F) in Betrieb genommen und dann in Dauerbetrieb gehalten wird, ändern sich für die betroffenen Menschen (oft sind es Millionen Menschen "gleichzeitig") unabhängig von Alter, Geschlecht, Empfindlichkeit, Gewebslage, Gesundheitszustand, Konstitution, Erbanlage, u.a.m., die Lebensbedingungen in dem e i n e n Faktor Fluorid grundsätzlich und auf Dauer.

Zusätzliches Fluorid gelangt ab diesem Zeitpunkt über Trink-, Wasch- und Badewasser, über mit fluoridiertem Wasser hergestellte Nahrungs- und Lebensmittel und Getränke sowie über andere Produkte in den menschlichen Körper, vermag dort aufgrund seiner toxischen, enzymbeeinflussenden, und kumulativen Eigenschaften in den Stoffwechsel und andere körpereigene Vorgänge einzugreifen und Veränderungen herbeizuführen.

Für die Auswertung dieses außergewöhnlichen Experimentes am Menschen über einen Zusammenhang zwischen Fluoriden und Krebs stehen im vorliegenden Fall außergewöhnlich viele, nämlich viele Millionen zwangsweise "teilnehmende" Menschen und ein Zeitraum von gut 2 Jahrzehnten sowie umfangreiche Daten über die jährliche Anzahl an (neuen) Krebstoten und (neu) fluoridierten Menschen zur Verfügung. Es stehen damit sehr große Zahlen zur Auswertung zur Verfügung.

Man muß davon ausgehen, daß es unter sehr vielen Menschen fast immer solche geben wird, die auf eine chemische Substanz empfindlich reagieren. Das gilt auch für den möglichen Einfluß chemischer Substanzen auf das Krebsgeschehen. Das Problem ist, solche Menschen aus einer großen Gruppe und einer Vielzahl von Einflußfaktoren zumindest statistisch "herauszufiltern". Da die "Schwachstellen" der Menschen durchaus verschieden sind (es gibt auch viele Krebsarten), kann ein und dieselbe chemische Substanz auch an verschiedenen Stellen, oder, falls das Krebsgeschehen auch eine für mehrere oder alle Organe und Krebsarten gemeinsame Komponente hat, an dieser Zentralstelle angreifen und dann an verschiedenen Stellen zur Wirkung kommen.

Es ist daher notwendig, bei der Untersuchung eines allfälligen Einflusses von Fluorid auf das Krebsgeschehen zunächst sämtliche Krebsfälle (Krebstote) und nicht ausgewählte Krebsarten oder ausgewählte Personengruppen für die Analyse heranzuziehen.

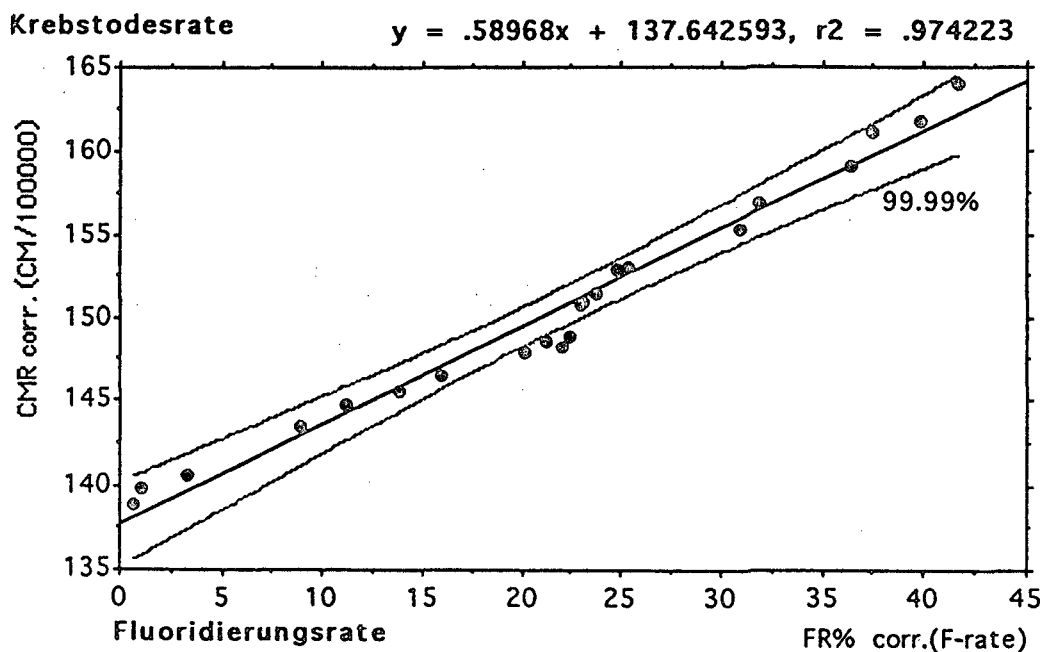
Unter diesen Voraussetzungen stellen sich hinsichtlich eines Zusammenhanges zwischen Fluoridierung und Krebs grundsätzlich 2 Fragen:

1. Gibt es langfristig einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Anteil der fluoridierten Menschen und dem Anteil der Krebstoten an der Bevölkerung?
2. Gibt es kurzfristig einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl der neu fluoridierten Menschen (Neuzuwachs) und dem Neuzuwachs an Krebstoten?

Die zentrale Frage ist dabei, ob ein allfälliger Einfluß des experimentell definierten Fluoridfaktors auf das Krebsgeschehen so stark ist, daß er den Einfluß der vielen anderen, in ihrer Qualität und Quantität weitgehend unbekannten bzw. kaum erfaßbaren Faktoren signifikant überlagert und festgestellt werden kann.

Diese Fragen sollen nachfolgend anhand umfangreicher offizieller amerikanischer Daten untersucht und beantwortet werden:

Das folgende Diagramm und die Berechnungen zeigen die hochsignifikante Abhängigkeit der Krebstodesrate (Krebstote (alle Krebsarten)/100.000 Einwohner) von der Fluoridierungsrate (%-Satz der mit fluoridiertem Trinkwasser (1 +/- 0.1 ppm F) zwangsbehandelten US-Bevölkerung) in den USA über 22 Jahre von 1949 - 1970 anhand der offiziellen Krebs- und Fluoridierungsdaten.



Abhängigkeit der Krebstodesrate (Y: Krebstote /100.000) 1949-1970 in den USA von der Fluoridierungsrate (X: Prozentsatz der über das Trinkwasser zwangsweise fluoridierten US-Bevölkerung).

Regressionsansatz: $Y = b_0 + b_1.X$

(Die Krebstodesraten sind entsprechend den Revisionen der Krebsstatistiken auf die 6th Revision korrigiert. Die Fluoridierungsraten sind unter Berücksichtigung der Tatsache, daß Alaska und Hawai erst 1959/60 in die Krebsstatistik aufgenommen, die Fluoridierung in Alaska aber bereits 1953 und in Hawai 1961 begonnen wurde, korrigiert.)

Es müßte schon ein großer Zufall sein, wenn die Fluoridierungsrate und die Krebstodesrate über 22 Jahre zeitgleich so genau variieren wie hier und folgend.

Simple Regression X_1 : FR% corr.(F-rate) Y_1 : CMR corr. (CM/100000)

Count:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	RMS Residual:
22	.987027	.974223	.972934	1.17259

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	1039.314842	1039.314842	755.883464
RESIDUAL	20	27.499341	1.374967	p = .0001
TOTAL	21	1066.814182		

Residual Information Table

SS[e(i)-e(i-1)]:	$e \geq 0$:	$e < 0$:	DW test:
13.782665	11	11	.5012

Simple Regression X_1 : FR% corr.(F-rate) Y_1 : CMR corr. (CM/100000)

Beta Coefficient Table

Variable:	Coefficient:	Std. Err.:	Std. Coeff.:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	137.642593				
SLOPE	.58968	.021448	.987027	27.493335	.0001

Confidence Intervals Table

Variable:	95% Lower:	95% Upper:	99.99% Lower:	99.99% Upper:
MEAN (X,Y)	149.952805	150.995886	149.265205	151.683486
SLOPE	.544935	.634424	.485943	.693416

Residual : Column 226 Fitted : Column 227

In der Folge wurde mittels schrittweiser Regressionsanalyse untersucht, ob außer dem Zusammenhang der Krebstodesrate mit der Fluoridierungsrate auch ein Zusammenhang mit anderen Todesraten (System Leber/Bauchspeicheldrüse) besteht und hierzu die Leberzirrhose-Todesrate (LCMR), die Diabetes Mellitus-Todesrate (DMR) und die Hepatitis-Todesrate (HMR) sowie auch ein quadratisches Glied der Fluoridierungsrate (x^2 FR%) in den Regressionsansatz aufgenommen.

Dabei stellte sich ein hochsignifikanter Zusammenhang mit der Leberzirrhose-Todesrate (Leberzirrhose ist keineswegs nur eine Säuferkrankheit) heraus.

Stepwise Regression Y_1 :CMR corr. (CM/100000) 5 X variables

F to Enter	4
F to Remove	3.996
Number of Steps	2
Variables Entered	2
Variables Forced	0...0

Residual Information Table

SS[e(i)-e(i-1)]:	$e \geq 0$:	$e < 0$:	DW test:
8.132871	11	11	1.280788

Residual : Column 233 Fitted : Column 234

Stepwise Regression Y_1 :CMR corr. (CM/100000) 5 X variablesSTEP NO. 1 VARIABLE ENTERED: X_1 : FR% corr.(F-rate)

R: R-squared: Adj. R-squared: RMS Residual:

.987027	.974223	.972934	1.17259
---------	---------	---------	---------

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	1039.314842	1039.314842	755.883464
RESIDUAL	20	27.499341	1.374967	
TOTAL	21	1066.814182		

STEP NO. 1 Stepwise Regression Y_1 :CMR corr. (CM/100000) 5 X variables

Variables in Equation

Variable:	Coefficient:	Std. Err.:	Std. Coeff.:	F to Remove:
INTERCEPT	137.642593			
FR% corr.(F-r...	.58968	.021448	.987027	755.883464

Variables Not in Equation

Variable:	Par. Corr:	F to Enter:
LCMR corr.(LC...	.876977	63.28286
DMR corr. (DM...	.856714	52.417717
HMR corr. (HM...	-.412442	3.894548
x^2 of FR% corr	.734119	22.208553

Stepwise Regression Y_1 :CMR corr. (CM/100000) 5 X variables(Last Step) STEP NO. 2 VARIABLE ENTERED: X_2 : LCMR corr.(LCM/100000)

R: R-squared: Adj. R-squared: RMS Residual:

.997019	.994048	.993421	.578105
---------	---------	---------	---------

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	2	1060.464288	530.232144	1586.547768
RESIDUAL	19	6.349894	.334205	
TOTAL	21	1066.814182		

STEP NO. 2 Stepwise Regression Y₁:CMR corr. (CM/100000) 5 X variables

Variables in Equation				
Variable:	Coefficient:	Std. Err.:	Std. Coeff.:	F to Remove:
INTERCEPT	122.678332			
FR% corr.(F-r...	.325405	.034863	.544675	87.119312
LCMR corr.(LC...	1.765884	.221983	.46422	63.28286

Variables Not in Equation		
Variable:	Par. Corr:	F to Enter:
DMR corr. (DM...	.295579	1.723151
HMR corr. (HM...	.028147	.014272
x^2 of FR% corr	-.044102	.035077

Multiple Regression Y₁:CMR corr. (CM/100000) 2 X variables

Confidence Intervals and Partial F Table					
Variable:	95% Lower:	95% Upper:	99.99% Lower:	99.99% Upper:	Partial F:
INTERCEPT					
FR% corr.(F-r...	.252428	.398383	.154689	.496122	87.119312
LCMR corr.(LC...	1.301219	2.230549	.678888	2.85288	63.28286

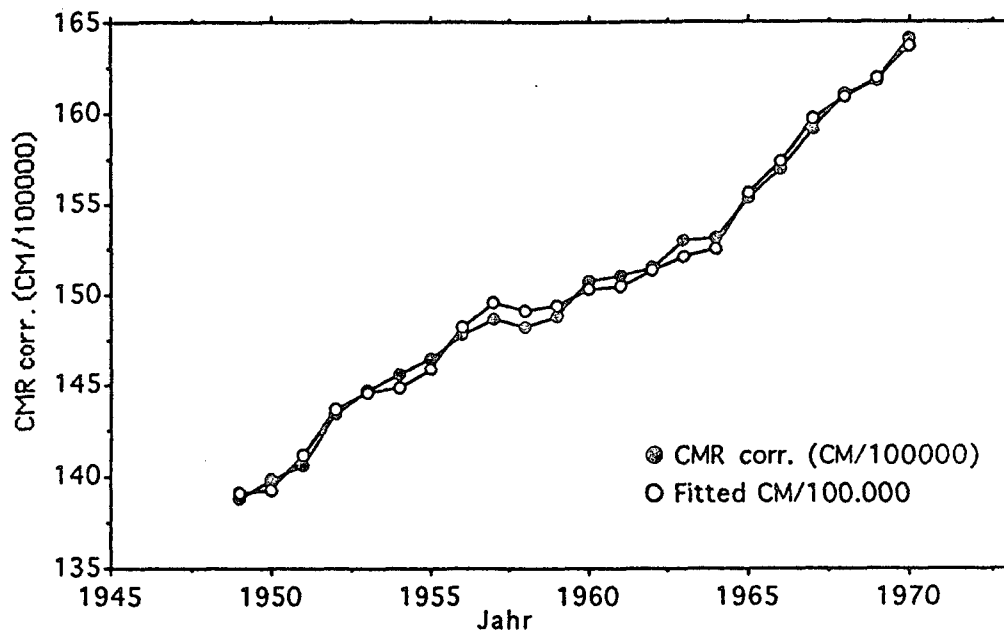
Das folgende Diagramm zeigt nun die tatsächlichen (beobachteten) und die mittels multipler Regression mit den unabhängigen Variablen Fluoridierungsrate (FR%) und Leberzirrhose-Todesrate (LCMR) berechneten (geschätzten) Krebstodesraten (CMR) von 1949 - 1970 in den USA.

Es besteht in diesen 22 Jahren offensichtlich ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen und der Krebstodesrate, wobei der größte Fehler der Schätzung weniger als 1 Krebstoter auf 100.000 Einwohner beträgt und unter 0.7% liegt.

Derart einschneidende Ergebnisse können nicht einfach stillschweigend vom Tisch gewischt und schubladisiert werden, wie das von den Gesundheitsbehörden und neuerdings auch von gewissen "Epidemiologen" ohne jeden konkreten Gegenbeweis und ohne jede Widerlegung in unverantwortlicher Weise unter dem Einfluß der Fluor-Lobby praktiziert wird.

Die Zahl der auf der Basis von fachlich unqualifizierten und falschen zahnärztlichen "Erfolgsstatistiken" über die Trinkwasserleitung auf Betreiben der Zahnärztereine (ADA [= American Dental Association] und FDI [= Fédération Dentaire International]) und des US- Gesundheitsdienstes (Public Health Service) mit hochtoxischen Fluorchemikalien (vorbeugend) zwangsbehandelten US-Bürger ist in diesem Zeitraum von ca. 1 Million (1949) auf ca. 84 Millionen (1970) angestiegen. Die WHO war ursprünglich gegen die Fluoridierung und ist erst unter dem Einfluß der amerikanischen und europäischen Fluor-Lobby umgestimmt worden (erste Resolution 1969 mit Hinweis auf weitere notwendige Untersuchungen).

Beobachtete und geschätzte Krebstodesraten in den USA 1949-1970



Beobachtete und geschätzte Krebstodesrate (Y: Krebstote/100.000) 1949-1970 in den USA in Abhängigkeit von der Fluoridierungsrate (X1: %-Satz der fluoridierten US-Bevölkerung) und der Leberzirrhose-Todesrate (X2: Leberzirrhosetote/100.000).
Regressionsansatz: $Y = b_0 + b_1 \cdot X_1 + b_2 \cdot X_2$

(Der größte Fehler der Schätzung liegt unter 1 Krebstoten und damit unter 0.7%)

Der obige, über den langen Zeitraum von 22 Jahren festgestellte Zusammenhang zwischen Fluoridierung und Krebs (0,32 Krebstote/100.000 Einwohner auf 1 % fluoridierte Einwohner) führt zur Frage, ob es neben einer Langzeitwirkung auf das Krebsgeschehen auch eine "Kurzzeitwirkung" gibt.

(Die häufig ganz allgemein in der Krebsdiskussion gebrauchte Behauptung, Krebs benötige zu seiner Entwicklung 20 bis 30 Jahre, kann ja nicht generalisiert werden. Sonst könnten Kleinst- und Kleinkinder kaum an Krebs erkranken (was heute immer häufiger wird) und wäre es kaum möglich, daß bislang "krebsfreie" Patienten plötzlich an Krebs erkranken und bald darauf sterben.)

Im vorliegenden Großexperiment mit zwangsweise und regelmäßig auf lange Zeit über das Trinkwasser an eine sehr große Zahl von Menschen unterschiedlichster Konstitution und Lebensbedingungen verabreichten Fluorchemikalien werden nun zur Untersuchung eines allfälligen "Kurzzeiteinflusses" auf die Krebs-Todesfälle folgende Überlegungen angestellt:

Wie die Fluoridierungsstatistik der USA zeigt, ist es in den beiden Jahrzehnten 1949 bis 1970 zu ganz unregelmäßigen und stark schwankenden neuen Inbetriebnahmen von Anlagen zur Trinkwasserfluoridierung in städtischen und ländlichen Gebieten gekommen. Die Zahlen schwanken dabei zwischen etwa 1 Million und 11 Millionen neu fluoridierten Einwohnern im Jahr.

Daran knüpft sich die Frage, ob mit diesen zeitlich und Größenmäßig ganz unterschiedlichen, über die ganze USA verteilten "Schüben" an neu fluoridierten Einwohnern aller Altersstufen unterschiedlichster Konstitution, Lebens- und Umweltbedingungen auch relativ kurzfristige "Schübe" an zusätzlichen Krebstoten gekoppelt sind oder nicht.

Die Anzahlen der jedes Jahr neu fluoridierten Einwohner und der gegenüber dem Vorjahr zusätzlich an Krebs gestorbenen US-Einwohner, d.h. die Zuwächse an fluoridierten und an Krebs gestorbenen Einwohner, können für jedes Jahr durch Differenzbildung aus der absoluten Zahl der am Ende (oder Anfang) jeden Jahres fluoridierten bzw. an Krebs gestorbenen Einwohner zum Vorjahr errechnet werden.

Ein allfälliger "kurzzeitiger" Zusammenhang zwischen Fluoridierung und Krebs läßt sich daher, wenn er nur groß genug ist und aus den durch viele andere Faktoren entstehenden Schwankungen der jährlichen Krebstodeszahlen systematisch (statistisch signifikant) herausragt, feststellen, wenn man den jährlichen Zuwachs an fluoridierten Einwohnern als unabhängige Variable und den jährlichen Zuwachs an Krebstoten als abhängige Variable in die Regressionsanalyse einführt.

Die unter diesen Voraussetzungen durchgeführte (hier nicht dargestellte) Regressionsanalyse ergibt einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Zuwachs an fluoridierten Einwohnern und dem Zuwachs an Krebstoten. D.h., einem "Fluoridierungsschub" folgt ein entsprechender signifikanter "Schub" an zusätzlichen, den von anderen Faktoren verursachten Krebstoten überlagerten Krebstoten. ($b_0 = 5113.36921$; $b_1 = 0.000237$; $R^2 = 0.316257$; $F = 8.78823$; $p = 0.008$)

Stellt man wie schon weiter oben auch hier die Frage nach einem möglichen Einfluß der Variablen Zuwachs an Leberzirrhose-Toten, an Hepatitis-Toten und an Diabetes Mellitus-Toten auf den Zuwachs an Krebstoten, so ergibt die "Stepwise Regression", daß außer dem Zuwachs an fluoridierten Einwohnern auch der Zuwachs an Diabetes Mellitus-Toten einen signifikanten Einfluß auf den Zuwachs an Krebstoten hat. Das Rechenergebnis (berechnet mittels "Multipler Regression") ist nachfolgend dargestellt und hochsignifikant.

Diese Ergebnisse besagen nicht unbedingt, daß Fluoridanreicherung des Trinkwassers bei gewissen Menschen spontan Krebs erzeugt und diese daran rasch sterben, sondern es könnten auch bestimmte ("fluoridempfindliche"), bereits an Krebs erkrankte Personen rascher sterben. Diese Frage kann hier nicht beantwortet und muß weiterführend untersucht werden.

Multiple Regression Y_1 :* Diff. of CM corr. 2 X variables

Count:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	RMS Residual:
21	.727636	.529454	.477171	916.934181

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	2	1.702845E7	8.514225E6	10.126719
RESIDUAL	18	1.513383E7	840768.292284	$p = .0011$
TOTAL	20	3.216228E7		

Residual Information Table

SS[e(i)-e(i-1)]:	$e \geq 0$:	$e < 0$:	DW test:
3.36084E7	12	9	2.220747

Multiple Regression Y_1 :* Diff. of CM corr. 2 X variables

Beta Coefficient Table

Variable:	Coefficient:	Std. Err.:	Std. Coeff.:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	4671.048059				
* Diff. of F corr	.000247	.000068	.586421	3.622066	.0019
*Diff. of DM co..	.651082	.227987	.462358	2.855785	.0105

Residual : Column 270 Fitted : Column 271

Multiple Regression Y_1 :* Diff. of CM corr. 2 X variables

Confidence Intervals and Partial F Table

Variable:	95% Lower:	95% Upper:	99.99% Lower:	99.99% Upper:	Partial F:
INTERCEPT					
* Diff. of F corr	.000104	.00039	-.000091	.000585	13.119365
*Diff. of DM co..	.172047	1.130117	-.480869	1.783034	8.155509

Eine weitere Überlegung geht dahin, daß vom Beginn der Neufluoridierung bis zum Eintritt des Krebstodes bei den betroffenen Personen eine mehr oder minder lange Zeit verstreichen kann und daher selbst im Falle einer "Kurzzeitwirkung" auch ein gleitender Übergang ins Kalkül zu ziehen ist.

Aus dieser Überlegung heraus wurden die vorstehenden Berechnungen auch mit dem 2jährigen gleitenden Durchschnitt der Zuwächse an fluoridierten Einwohnern, Diabetes Mellitus-Toten, und Krebstoten durchgeführt.

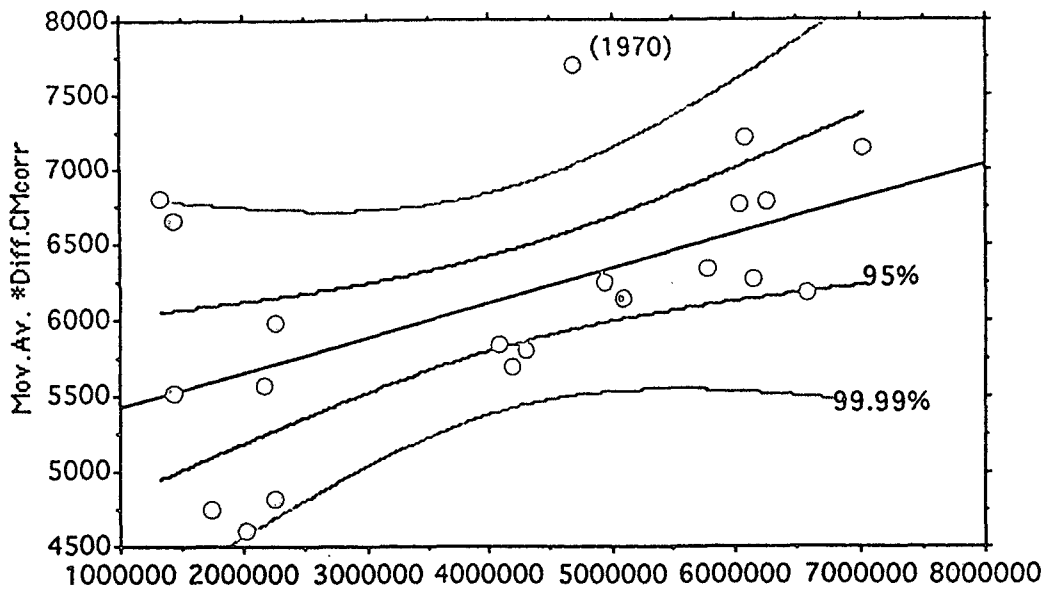
Das folgende Diagramm und die Berechnungen zeigen nun die Abhängigkeit des jährlichen Zuwachses an Krebstoten vom Zuwachs an (neu) fluoridierten Einwohnern im 2jährigen gleitenden Durchschnitt. Daraus ist ersichtlich, daß im Mittel einem "Schub" (Zuwachs) an neu fluoridierten Einwohnern ein "Schub" (Zuwachs) von zusätzlichen Krebstoten folgt. Auf 10.000 neu fluoridierte Einwohner folgen dabei ca. 2,3 zusätzliche Krebstote.

Das Jahr (1970), d.h. die Differenz an Krebstoten von 1969 auf 1970, fällt dabei als "Ausreißer" heraus. Der Grund für den außergewöhnlich großen Zuwachs an Krebstoten in diesem Jahr konnte nicht festgestellt werden. Unter Umständen können sich auch nicht durch die Krankheit bedingte Änderungen in der Krebsstatistik bei der Differenzbildung störend auswirken.

Das folgende Diagramm zeigt ferner, daß neben dem vom Zuwachs an fluoridierten Einwohnern abhängigen Zuwachs an Krebstoten ein nicht von der Fluoridierung abhängiger Zuwachs von jährlich ca. 5200 Krebstoten vorliegt.

Zuwachs an Krebstoten
(2jähr. gleit.
Durchschnitt)

$$y = .000229x + 5200.091658, r^2 = .307905$$



Zuwachs an neu fluoridierten Einwohnern im 2jährigen gleitenden Durchschnitt

Abhängigkeit des Zuwachses an Krebstoten vom Zuwachs an neu fluoridierten Einwohnern im zweijährigen gleitenden Durchschnitt 1949-1970 in den USA (Im zweijährigen gleitenden Durchschnitt wurden in den USA jährlich zwischen 1 Million und 8 Millionen Einwohner neu fluoridiert (Zwangsbehandlung über Trinkwasser). Der Zusammenhang ist mit $p = 0.009$ signifikant. Auf 10.000 neu fluoridierte Einwohner sind "kurzfristig" 2,29 zusätzliche Krebstote zu erwarten.

Simple Regression X_1 : Mov. Av. of * Diff. of F corr. Y_1 : Mov. Av. * Diff. C...

Count:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	RMS Residual:
21	.554892	.307905	.271479	697.985112

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	4.118106E6	4.118106E6	8.45289
RESIDUAL	19	9.256481E6	487183.216833	$p = .009$
TOTAL	20	1.337459E7		

Residual Information Table

SS[e(i)-e(i-1)]: $e \geq 0$:	$e < 0$:	DW test:
1.249526E7	8	13
		1.349893

Simple Regression X_1 : Mov. Av. of * Diff. of F corr. Y_1 : Mov.Av. *Diff.C...

Beta Coefficient Table

Variable:	Coefficient:	Std. Err.:	Std. Coeff.:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	5200.091658				
SLOPE	.000229	.000079	.554892	2.907385	.009

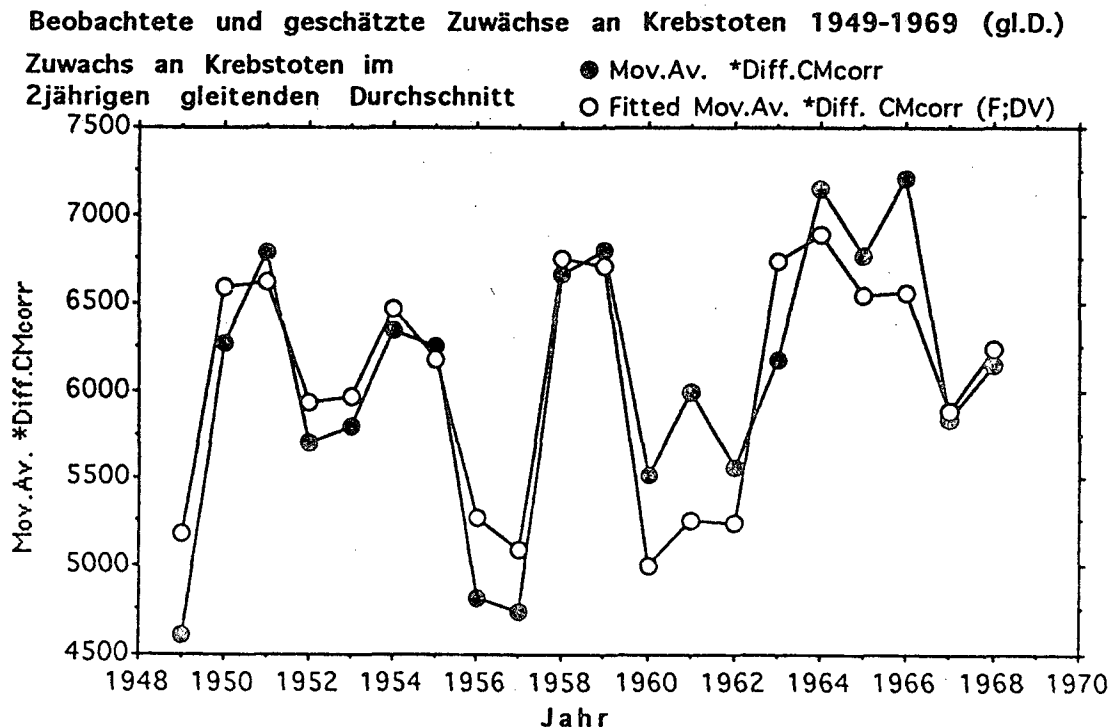
Confidence Intervals Table

Variable:	95% Lower:	95% Upper:	99.99% Lower:	99.99% Upper:
MEAN (X,Y)	5815.74261	6453.400247	5388.732017	6880.410841
SLOPE	.000064	.000393	-.000157	.000614

Residual : Column 253 Fitted : Column 254

Das folgende Diagramm zeigt schließlich die tatsächlichen (beobachteten) und die geschätzten Zuwächse an Krebstoten in Abhängigkeit vom Zuwachs der fluoridierten Einwohner sowie von einer Dummy-Variablen D (= 1 für 1958 und 1959, sonst gleich 0) von 1949 - 1969 (ohne den "Ausreißer" 1970) in den USA im 2jährigen gleitenden Durchschnitt. (Die Dummy-Variable wurde eingeführt, weil sich in der Todesfallstatistik der USA in den Jahren 1958 und 1959 eine Absenkung aller Todesraten und nicht nur der Krebstodesrate befindet, die bei der Differenzbildung störend ist.)

Der Zusammenhang zwischen dem Zuwachs an fluoridierten Einwohnern und dem Zuwachs an zusätzlichen Krebstoten ist hochsignifikant ($p = 0.0001$), die Schätzwerte sind sehr gut angepaßt.



Beobachteter und geschätzter jährlicher Zuwachs an Krebstoten im 2jährigen gleitenden Durchschnitt 1949-1969 in den USA in Abhängigkeit vom Zuwachs an neu fluoridierten Einwohnern. Regressionsansatz: $Y = b_0 + b_1 X + b_2 DV$; (Y: Zuwachs an Krebstoten; X: Zuwachs an fluoridierten Einwohnern; DV: Dummy Variable [= 1 für 1958/59, sonst Null])

Multiple Regression Y₁:Mov.Av. *Diff.CMcorr 2 X variables

Count:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	RMS Residual:
20	.867276	.752167	.72301	396.702037

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	2	8.119581E6	4.05979E6	25.797329
RESIDUAL	17	2.675333E6	157372.506078	p = .0001
TOTAL	19	10794913.2		

Residual Information Table

SS[e(i)-e(i-1)]:	e ≥ 0:	e < 0:	DW test:
3.395475E6	9	11	1.269179

Multiple Regression Y₁:Mov.Av. *Diff.CMcorr 2 X variables**Beta Coefficient Table**

Variable:	Coefficient:	Std. Err.:	Std. Coeff.:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	4511.734629				
Mov. Av. of * ...	.000338	.00005	.909269	6.720113	.0001
Dummy Var.	1755.03904	331.351702	.71666	5.296605	.0001

Residual : Column 265 Fitted : Column 266

Multiple Regression Y₁:Mov.Av. *Diff.CMcorr 2 X variables**Confidence Intervals and Partial F Table**

Variable:	95% Lower:	95% Upper:	99.99% Lower:	99.99% Upper:	Partial F:
INTERCEPT					
Mov. Av. of * ...	.000232	.000444	.000084	.000591	45.159925
Dummy Var.	1055.871749	2454.20633	84.028578	3426.049501	28.054023

Literaturnachweis: Vital Statistics and Health and Medical Care Series B 149-166, B157 (1900-1970), U.S.A.; National Center for Health Statistics, Hyattsville, Md., Pers. Mitt. 12.9.1979; Fluoridation Census 1969, US-Government Print. Office (1970), Wash. D.C., 20401, 380-791 0-70-5; The National Cancer Program, (Part I.) Hearing before a Subcom. of the Committee on Government Operation House of Representatives, 95th Congress, First Session, U.S. Gov. Print. Office 94-5770 (1977), p. 46; ZIEGELBECKER, R.: Epidemiologische Aspekte der Trinkwasserfluoridierung. Kongreß 1982 der Société Intern. pour la Recherche sur Maladies de Civilisation et l'Environnement (SIRMCE), Wien 19.11.1982; ZIEGELBECKER, R.: Pers. Mitt. an die WHO vom 8.9.1983, zu WHO D2/27/2-IJM/als vom 31.1.1983 (Kopenhagen): ZIEGELBECKER, R.: "Trinkwasserfluoridierung", Schriftsatz v. 8.9.1985, Nichtöffentl.

Sachverständigenanhörung, Deutscher Bundestag, Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit (13. Ausschuß), Bonn 25.9.1985; ZIEGELBECKER, R.: Lassen Untersuchungen von Dr. K. BINDER über die Fluoridausscheidung im Harn von Menschen bzw. die renale Fluoridausscheidung bei Ratten und über die Krebssterblichkeit in österreichischen Orten mit erhöhtem Fluoridgehalt der Trinkwässer den Schluß zu, daß die Fluor-Tablettenaktion keine Nebenwirkungen hat? Fragenkatalog zur Fluor-Enquete der Stmk. Landesregierung in Graz, 24.7./22.9.1980, S. 157-167; ZIEGELBECKER, R.: Zur Frage eines Zusammenhanges zwischen Trinkwasserfluoridierung, Krebs und Leberzirrhose. gwf-Wasser/Abwasser 128 (1987) H.2, 111-116; ZIEGELBECKER, R., ZIEGELBECKER, R. Ch.: On Water Fluoridation and its Relation to Cancer. Poster auf der XVIth Conference of the International Society for Fluoride Research (ISFR), ZYMA-Auditorium NYON (CH), 31.8.1987, Program and Abstracts, S. 20; ZIEGELBECKER, R.: Belastung durch Fluorid im Trinkwasser - Zusammenhang mit Krebs und Leberzirrhose. Proceedings of the Vth intern. conf. BIOINDICADORES DETERIORISATIONIS REGIONIS I., CSSR-Academy of Sciences. 23.5.1988, Ceske Budejovice 1989, S. 204-211; ZIEGELBECKER, R.: Fluoridation: Results of Statistical Investigations on the Link of Fluoride and Cancer, Toxic Effects, Ineffectiveness. [Additional Facts to the Results of National Toxicology Program (NTP) Study of Chronic Toxicity and Carcinogenicity of Sodium Fluoride]. Mitteilung vom 28.2.1990; ZIEGELBECKER, R.: Fluoridation: Results of Statistical Investigations on the Link of Fluoride and Cancer; Toxic Effects, Ineffectiveness. XVIIIth Congress of the International Society for Fluoride Research (ISFR) 1.- 4.8.1990, Humboldt State University, Arcata, Ca. 1990; ZIEGELBECKER, R.: Mündl. und schriftl. Statement. Fluor-Enquete der Stmk. Landesregierung in Graz, 24.1.1991; ZIEGELBECKER, R.: "Offener Brief" an die Professoren Vutuc und Kunze vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität Wien, 19.2.1992, S. 6-7

Durch bloße Behauptungen und mit den bisher vorliegenden Daten und Arbeiten in Zusammenhang mit den früheren Versuchen zur Widerlegung der Arbeiten von BURK und YIAMOUIYANNIS können die vorstehenden Ergebnisse, die auf ganz anderen Daten, Überlegungen und Modellansätzen beruhen, nicht entkräftet oder widerlegt werden. Es müßte vielmehr der durch korrektes Datenmaterial belegte konkrete Nachweis erbracht werden, daß und durch welche anderen Faktoren als Fluorid und in welchem Ausmaß die dargestellten Ergebnisse und Zusammenhänge erzeugt worden sind. Solche Untersuchungen liegen nicht vor.

Aus den hier ausführlich dargelegten, bisher unwidersprochenen und unwiderlegten Ergebnissen eines hochsignifikanten Zusammenhanges zwischen Fluoridierung und Krebs, die erst anhand konkreter Daten und Beweisführungen schlüssig widerlegt werden müßten, ergeben sich nach den Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes und aus der Amtspflicht Ihres Ressorts zur Wahrnehmung des Grundsatzes der materiellen Wahrheit schwerste Bedenken.

Diese schwerwiegenden und schlüssig belegten Zusammenhänge und Bedenken müßten im Gegensatz zu der von Ihnen ganz im Stile der Fluor-Lobby propagierten Fortführung der Fluoraktionen in Österreich zu deren sofortiger Einstellung wegen des Verdachtes der Gemeingefährdung und Gesundheitsschädigung und zur Rücknahme der Zulassung für die betreffenden Medikamente führen.

Sind Sie bereit, die vorliegenden Fakten über die Nutzlosigkeit und schädlichen Nebenwirkungen einschließlich der aus aufwendigen Tierversuchen sowie aus Großexperimenten an Menschen erhaltenen hochsignifikanten Zusammenhänge zwischen Fluoridierung und Krebs voll zur Kenntnis zu nehmen und die Fluoraktionen in Österreich angesichts des heutigen Wissensstandes auch gegen

den Widerstand der nationalen und internationalen Fluor-Lobby und gegen die nachweislich auf falschen Gutachten beruhenden Fluorempfehlungen des Obersten Sanitätsrates, der WHO, und anderer medizinischer Gremien sofort einzustellen sowie die beamtete Ärzteschaft und die Eltern und Erziehungsberechtigten umgehend wahrheitsgemäß zu informieren?

11) Sie behaupten irreführend, die Rezeptpflicht der ausschließlich zur Kariesprophylaxe bestimmten Fluortabletten ("Zymafluor") sei aufgrund der Empfehlung des OBERSTEN SANITÄTSRATES vom 22.6.1974 mit der Begründung aufgehoben worden, daß diese Arzneispezialität als einzigen Wirkstoff Natriumfluorid enthält. Dies kann keine Begründung sein, da es auf die Zahl der Wirkstoffe in einem Medikament nicht ankommen kann, sondern nur auf deren Eigenschaften und Wirkung.

In einem Brief an Ing. ZIEGELBECKER vom 23.1.1975 gibt der Gutachter des Obersten Sanitätsrates, Herr Univ.-Prof. DDr. O. KRAUPP, unumwunden zu, daß die Rezeptpflicht für die Fluortabletten ausschließlich zwecks Umgehung des Rezeptpflichtgesetzes aufgehoben wurde und nicht, weil nur NaF als einziger Wirkstoff in den Tabletten enthalten ist. Prof. KRAUPP schreibt: "Die Gesamtfrage der Fluoridtablettenaktion wurde bereits im OSR im Jahre 1970 eingehend beraten und wurde damals mit einer Empfehlung für die Durchführung entschieden. In meinem Referat bin ich von dieser Empfehlung ausgegangen und mußte daher zu der Schlußfolgerung kommen, daß die Befreiung vom Rezeptzwang im Rahmen einer schulärztlich kontrollierten Maßnahme notwendig ist. Hier liegt eine Unterlassung im Gesetz über die Regelung der ärztlichen Verschreibungspflicht vor, da dort keine Freistellung für die Durchführung amtsärztlich empfohlener oder notwendiger prophylaktisch medizinischer Maßnahmen angeführt ist."

Diese Argumentation als Begründung für die Aufhebung der Rezeptpflicht eines Medikamentes ist geradezu abenteuerlich, da es, abgesehen von persönlich durchgeführten Impfungen, wohl keinem Amtsarzt möglich ist, eine von LehrerInnen und KindergärtnerInnen nach dem "Gießkannenprinzip" täglich an tausende Kinder durchgeführte Verteilung eines an sich rezeptpflichtigen Medikamentes amtsärztlich oder überhaupt ärztlich zu überwachen. Wieso soll ein Medikament auf einmal nicht mehr rezeptpflichtig sein, wenn es statt vom Arzt verschrieben und in der Apotheke an den betreffenden Patienten abgegeben, vom Amtsarzt empfohlen und in der Schule im Rahmen der "Pillenfütterung" von LehrerInnen unkontrolliert an tausende Kinder verteilt wird?

Prof. KRAUPP nimmt andererseits selbst eine Einschränkung seiner Empfehlung vor, an die sich Ihr Ressort allerdings nicht gehalten hat. Er schreibt weiter: "Ich habe darauf hingewiesen, daß eine Indikation von der Befreiung der Rezeptpflicht nur dann gegeben ist, wenn ein Erfolg der Fluoridierungsaktion erwartet werden kann und habe mich auch nicht für eine generelle Befreiung von der Rezeptpflicht ausgesprochen, sondern nur eine Befreiung im Rahmen einer amts- oder schulärztlich überwachten Kariesprophylaxe empfohlen. Als theoretischer Mediziner bin ich nicht in der Lage, den Erfolg bzw. die ordnungsgemäße Durchführung einer derartigen zahnärztlich überwachten Aktion zu beurteilen."

Ihr Ressort hat sich offenkundig nicht nur über die empfohlene Einschränkung der Aufhebung der Rezeptpflicht hinweggesetzt und die Rezeptpflicht generell aufgehoben, sondern nachweislich und gegen besseres Wissen auch über die fehlende Indikation zur Befreiung von der Rezeptpflicht, nämlich den fehlenden Nachweis des Erfolges und die Nichtrealisierbarkeit der ordnungsgemäßen Durchführung der Aktion.

Der fehlende Nachweis des Erfolges der Fluortablettenaktion und somit die fehlende Indikation zur Befreiung von der Rezeptpflicht waren Ihrem Ressort aus der schon damals auf nationaler und internationaler Ebene heftig geführten wissenschaftlichen Auseinandersetzung und nicht zuletzt aus der Teilnahme mehrerer Ihrer Spitzenbeamten an der (protokollierten) Fluor-Enquete der Steierm. Landesregierung vom 8. 10.1973 - die in der Folge zur Einstellung der langjährigen Fluortablettenaktion in der Steiermark führte - ebenso wie die praktische Undurchführbarkeit einer amts- oder schulärztlich kontrollierbaren Aktion nachweislich gut bekannt.

Es gibt auch bis heute keinen wissenschaftlich haltbaren und schlüssigen Beweis für einen Erfolg der in Österreich durchgeführten Fluortablettenaktion, ja nicht einmal ernstzunehmende Hinweise auf einen Erfolg. D.h., die notwendige Indikation zur Befreiung der Fluortabletten von der Rezeptpflicht war und ist nicht gegeben und es erhebt sich die Frage, ob hier nicht eine grobe Verletzung der Amtspflichten in Ihrem Ressort vorlag und vorliegt und die Republik sowie die Länder dadurch nicht um viele Millionen Schillinge geschädigt wurden.

(Es sei an dieser Stelle nochmals an die vernichtende Kritik an der MARTHALER'schen Fluortablettenstudie an Schweizer Schulkindern (siehe S. 13/14), an die nachgewiesenen Mißerfolge in Graz und Linz, und nicht zuletzt an die Ergebnisse des bestens geplanten und organisierten, großangelegten mehrjährigen NATIONAL PREVENTIVE DENTISTRY DEMONSTRATION PROGRAM (NPDDP) der renommierten RAND CORPORATION in Santa Monica, CA, in den USA zur Prüfung des Erfolges und der Kosten von Schulprophylaxe-Maßnahmen erinnert, welches die absolute Nutzlosigkeit und die Kostspieligkeit der Fluortablettenaktion und anderer Methoden mit Ausnahme eines geringen Erfolges bei der Versiegelung ergab.

OSR-Gutachter Prof. KRAUPP schreibt in seinem Brief an Ing. ZIEGELBECKER vom 23. 1. 1975 selbst, daß er als theoretischer Mediziner nicht in der Lage sei, den Erfolg der Fluortablettenaktion zu beurteilen und weist bereits in seinem OSR-Gutachten vom 17. 6. 1974, OSR. Zl. 26/74, Min. Zl. 150.995/1-221/2-74, auf die auch ihm aufgefallene Tatsache der sehr wechselnden Erfolgsquoten ("Vor allem bei der Tabletten-Fluoridierung werden sehr wechselnde Erfolgsquoten berichtet,...") hin.

Univ.-Prof. DDr. Otto KRAUPP stützt sich in seinem OSR-Gutachten vom 17. 6. 1974 einerseits auf das OSR-Gutachten von Univ.-Prof. Dr. Heinz FLAMM vom 9. 12. 1970, OSR.Zl.: 46/70, Min.Zl.: 52.169/20-39/2/70, und andererseits auf 4 Publikationen (1. WHO (1970); 2. HENSCHLER (1968); 3. KÖNIG; 4. ORCA (1974)), die sich alle im Wesentlichen auf die gleichen falschen, auf den gleichen fehlerhaften Daten und Schlußfolgerungen beruhenden, und längst widerlegten zahnärztlichen "Erfolgsstudien" und Behauptungen berufen. Die massive wissenschaftliche Kritik an den zahnärztlichen Fluor-Karies-Studien und -Experimenten hat OSR-Gutachter Prof. KRAUPP überhaupt nicht wahrgenommen.

Obwohl der behauptete Erfolg der Fluortablettenaktion in Österreich von den OSR-Gutachtern und vom OSR überhaupt nicht untersucht und überprüft worden ist, beruft sich der OSR in seinen Fluorempfehlungen auf diese nachweislich nicht existenten Tablettenerfolge.

Sowohl die auf den gleichen Quellen beruhenden OSR-Gutachten von Prof. FLAMM vom 9. 12. 1970 und Prof. KRAUPP vom 17. 6. 1974 als auch die daraus erfließenden OSR-Empfehlungen sind nachweislich falsch und im Sinne POPPERS längst falsifiziert, wobei den OSR-Gutachtern und dem OSR vorzuwerfen ist, daß sie der

bereits vorliegenden massiven wissenschaftlichen Kritik an den zahnärztlichen Erfolgsberichten nicht entsprechend nachgegangen sind und diese nicht berücksichtigt, sondern mit ihren falschen Gutachten versucht haben, auf autoritärer statt auf (natur)wissenschaftlicher und sachlich fundierter Basis die bislang vertretene fluorbefürwortende Auffassung gesundheitspolitisch zu zementieren und immer wieder die gleichen irreführenden Empfehlungen abzugeben.

Wie aus Ihrer Antwort zu Frage 3 lit c-m) hervorgeht, hat der Zahnarzt Prof. MARTHALER, der seit langem als einer der führenden Proponenten der Fluor-Lobby gilt, dessen Arbeiten jedoch wissenschaftlich heftig kritisiert wurden und werden (siehe dazu u. a. die kritischen und dem OSR sowie Ihrem Ressort schon lange bekannten Stellungnahmen der auf Seite 13/14 unserer heutigen Anfrage angeführten 16 namhaften Persönlichkeiten), 1982 beim OSR ein Referat gehalten und für sein Manuskript 10.000.- Schilling bekommen. Danach stellt sich die Frage, ob der OSR im Rahmen seiner Gutachtertätigkeit das Referat von Prof. MARTHALER unkritisch 1:1 übernommen oder kritisch hinterfragt und analysiert hat und mit welchem Ergebnis.

Es erhebt sich daher die schwerwiegende Frage, ob der OSR als von Gesetzes wegen beratendes Organ des Bundesministers für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz in dieser Angelegenheit seinen amtlichen und wissenschaftlichen Pflichten in gebotener Maß nachgekommen ist.

1. Sind Sie bereit, eine Untersuchung hinsichtlich der Abgabe falscher Gutachten und Empfehlungen in der Fluorsache durch den Obersten Sanitätsrat und seine Gutachter sowie hinsichtlich einer groben Verletzung der Amtspflichten einzuleiten?

2. Hat der OSR das Referat von Prof. MARTHALER angesichts der bekannten massiven Kritik an seinen Arbeiten kritisch analysiert und mit welchem Ergebnis, inwieweit sind die Ausführungen und Vorstellungen Prof. MARTHALER's in die Gutachten und Empfehlungen des OSR eingeflossen, und sind Sie bereit, das Manuskript von Prof. MARTHALER herauszugeben (der Anfragebeantwortung beizuschließen)?

3. Sind Sie weiters bereit, angesichts falscher Gutachten und Empfehlungen des OSR und seiner Gutachter einerseits und der nunmehr auch in unserer heutigen Anfrage dokumentierten schwerwiegenden Bedenken hinsichtlich Nutzlosigkeit und Nebenwirkungen der Fluoraktionen und angesichts der von vornherein fehlenden Indikation zur Befreiung von der Rezeptpflicht andererseits die betreffenden Arzneyspezialitäten umgehend wieder unter Rezeptpflicht zu stellen?

j1) Wie aus den Gutachten von Prof. FLAMM und Prof. KRAUPP sowie aus den Empfehlungen des OSR ersichtlich ist, erstellen Mitglieder des OSR als Referenten zu bestimmten Themen wissenschaftliche Gutachten, an die sich die Vollversammlung des OSR in ihren Beschlußfassungen und Empfehlungen weitgehend hält und die weitreichende Auswirkungen auf die Öffentlichkeit und jeden Einzelnen, aber auch erhebliche Auswirkungen auf die Staatsfinanzen haben können.

Es ist daher für einen demokratischen Kulturstaat unfaßbar, daß diese sich meist auf internationale Literatur berufenden medizinischen und wissenschaftlichen Gutachten und ihr Inhalt nicht öffentlich zugänglich sein sollen und hier offensichtlich eine "Geheimwissenschaft" unter dem Aspekt der

wissenschaftlichen Unfehlbarkeit und Unüberprüfbarkeit der Gutachtertätigkeit von "Medizin-Päpsten" betrieben wird.

Sind Sie daher grundsätzlich bereit, die Gutachten des OSR und seiner Mitglieder für den OSR der Öffentlichkeit zugänglich zu machen und sie zumindest auf Anfrage herauszugeben, und sind Sie bereit, alle in Zusammenhang mit den Fluorempfehlungen des OSR bisher erstellten Gutachten herauszugeben und der Anfragebeantwortung beizuschließen (siehe dazu auch unsere Frage 2, lit d) vom 23. April 1992)?

k1) Sie berufen sich hinsichtlich der Sistierung der Rezeptpflicht für Fluortabletten auch auf die Resolution des Europarates AP (89) 3, wonach Arzneimittel mit einem Fluorgehalt bis maximal 1 mg/dosi, die der systemischen Anwendung dienen, ausdrücklich rezeptfrei gestellt sind.

Hierzu möchten wir festhalten, daß die Befreiung der Fluorpräparate von der Rezeptpflicht auch auf internationaler Ebene 1974 von Österreich ihren Ausgang genommen hat, wo sie auf der Grundlage falscher Gutachten ausschließlich zur Umgehung des Rezeptpflichtgesetzes zwecks Beseitigung der eineinhalb Jahrzehnte praktizierten ungesetzlichen Verteilung von Fluorpräparaten in Schulen und Kindergärten erfolgt ist.

Von Exponenten der internationalen Fluor-Lobby, die zum Teil auch in beratenden Gremien internationaler Organisationen (z.B. WHO, Europarat) sitzen, wurde die österreichische Vorgangsweise (dankbar) aufgegriffen und internationalisiert. An den falschen Voraussetzungen und Gutachten und den mehr denn je bestehenden Bedenken hat sich dadurch nichts geändert.

Die Resolution des Europarates kann daher in diesem Punkte kein Hindernis sein, den wissenschaftlich erhärteten Tatsachen Rechnung zu tragen, die unter falschen Voraussetzungen auf der Grundlage falscher Gutachten erflossene Entscheidung über die Befreiung der betreffenden fluorhaltigen Arzneispezialitäten von der Rezeptpflicht zu revidieren und den österreichischen Gesetzen zum Durchbruch zu verhelfen.

Sind Sie bereit, angesichts der nachvollziehbaren und unwiderlegten schweren Bedenken sowie der 1974 bei der Befreiung von der Rezeptpflicht gegebenen falschen Voraussetzungen und Gutachten die betreffenden fluorhaltigen Arzneispezialitäten auf der Grundlage der bestehenden österreichischen Gesetze auch im Gegensatz zur Resolution AP (89) 3 des Europarates wieder unter Rezeptpflicht zu stellen?

11) In Ihrer Anfragebeantwortung vom 22. Juni 1992 geben Sie unter lit e) auf unseren Hinweis hin zu, daß Halogenionen und insbesondere Fluorionen die Deckschichten von Amalgamplomben angreifen und die Korrosionerscheinungen verstärken.

Allerdings behaupten Sie unrichtig, unter physiologischen Bedingungen würden keine NaF-Konzentrationen in der dafür notwendigen Größenordnung auftreten und die dafür notwendige Einwirkungszeit erreicht werden, weshalb dem Problem in der Praxis keine Bedeutung zukomme. Außerdem hätte man damals (1968) noch keine Unterschiede zwischen Gamma - 2 - oder Non - Gamma - 2 - Amalgamen getroffen.

Im gegenständlichen Laborversuch wurde mit 1%iger NaF-Lösung gearbeitet, und das Ruhepotential war dabei mit -600 mV besonders tief. Dem AUSTRIA-CODEX zufolge enthalten z.B. die Elmex-Präparate sogar noch höhere Fluoridionen-Konzentrationen (Elmex-Dentallösung (Z.Nr. 1-18094)A.P.RP. mit 1,0% Fluoridionenkonzentration; Elmex-Zahngel (Z.Nr. 1-18093)A.P.RP. mit 1,25% Fluoridionenkonzentration). Das entspricht einer NaF-Konzentration von 2,21 % bzw. 2,76%. Da der Lösungsvorgang elektro-chemisch abläuft und praktisch sofort beginnt, kann es durch die häufigen Anwendungen jedenfalls zu Lösungsvorgängen an den Amalgamplomben kommen.

Wie im ggstdl. Laborversuch festgestellt, beeinflussen der Silbergehalt der Feilung und die Menge des Hg-Zusatzes den Potentialwert nur wenig, wohl aber ist das Potential von der Rauigkeit der Oberfläche abhängig. Eine polierte Probe verhält sich edler als die unpolierte.

Daraus folgt, daß es auch unter physiologischen Bedingungen bei der Anwendung der zum Verkehr zugelassenen Arzneispezialitäten mit höheren Fluorkonzentrationen zur Zerstörung der Deckschichten und Lösungsvorgängen bei Amalgamplomben kommen und der Angriff an den Rändern der Füllung, wo deren Stabilität am geringsten ist, bevorzugt erfolgen wird. D.h., derartige Fluorpräparate für die "Kariesvorsorge" begünstigen das Entstehen von Sekundärkaries und Herausfallen von Amalgamplomben.

Unter lit f) Ihrer Anfragebeantwortung teilen Sie mit, daß Ihnen, den konsultierten Experten des Fonds "Gesundes Österreich" (wer waren die Experten?) und der Abteilung für Arzneimittelüberwachung Ihres Ressorts keine wissenschaftlichen Arbeiten, die eine Schädigung des Zahnmarkes oder die Bildung von Pulpaabszessen durch Aminfluoride belegen, bekannt seien.

Wir verweisen dazu auf die Arbeit von G. WILSTERMANN: Auswirkungen von Aminfluorid auf das Zahnmark bei Applikation im Dentin. DZZ 23 (1968) 2, 245-248, wo an Kindern im Mund solche Pulpaabszesse und Zahnmarkschädigungen mit Aminfluorid erzeugt wurden, während diese bei vergleichenden Untersuchungen mit Natriumfluorid und Zinnfluorid nicht auftraten.

Da Aminfluoride toxisch und äußerst oberflächenaktiv und in den Elmex-Präparaten in sehr hohen Konzentrationen vorhanden sind, ist die Anwendung von Chemikalien mit derartigen Eigenschaften bei Kindern (und Erwachsenen) zumindest bedenklich. Dazu kommt, daß das in den betreffenden ELMEX-Arzneispezialitäten ebenfalls in hohen Konzentrationen vorhandene Natriumfluorid NaF bekanntlich die Eigenschaft hat, die Blutgerinnung zu hemmen, d.h. Blutungen (Zahnfleischbluten?) zu fördern.

Sind Sie bereit, die Zulassung der ELMEX-Produkte mit Aminfluoriden als Arzneispezialitäten unter den hier gegebenen Voraussetzungen und angesichts unserer obigen Dokumentation über das Auftreten von Zahnfluorose und den Zusammenhang zwischen Fluoridierung, Krebs und Leberzirrhose umgehend einer sorgfältigen Überprüfung zu unterziehen und bis zur umfassenden wissenschaftlichen Klärung der Angelegenheit die betreffenden Arzneispezialitäten aus dem Verkehr zu ziehen?

Wer waren bzw. sind die von Ihnen konsultierten Experten des Fonds "Gesundes Österreich"?

m1) Unter lit g) Ihrer Anfragebeantwortung berichten Sie vom heutigen Stand der Wissenschaften in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde über die Fluoridwirkungen.

Es ist zwar richtig, daß die von Ihnen beschriebenen Fluoridwirkungen in der zahnmedizinischen Lehre so gelehrt und in der Fluor-Propaganda so verbreitet werden. Es ist aber ebenso richtig und nachweisbar, daß wesentliche Voraussetzungen für diese Fluorid-Wirkungstheorien falsch sind und karieshemmende Wirkungen "erklären", die es nicht gibt.

Z.B. hat KNAPPWOST seine "Remineralisationstheorie" entwickelt, um in zahnärztlichen Statistiken behauptete "Kariesreduktionen durch Fluorid" mittels plausibel scheinender chemisch-physikalischer Vorgänge (Remineralisation) zu erklären. In Wirklichkeit sind die betreffenden zahnärztlichen Statistiken falsch und die darin behaupteten "Kariesreduktionen durch Fluorid" nachweislich nicht existent. Auch die späteren Arbeiten über den Einfluß der angeblich durch Fluorid begünstigten Remineralisation sind widersprüchlich und ergeben keinen Hinweis auf eine auch nur geringe Karieshemmung bei den Millionen fluoridierten Menschen. Man kann eben einen Effekt, der in Wirklichkeit nicht vorhanden ist, auch physikalisch-chemisch nicht erklären.

Tatsache ist, daß nach dem Stand der Wissenschaften die angewendeten hochkonzentrierten Fluorpräparate den Zahnschmelz anätzen, entkalken, und destruktiv erweichen, worauf Sie in ihrer Anfragebeantwortung nicht eingehen. Aus einer solchen wiederholten Denaturierung und Beschädigung des gesunden Zahnschmelzes einen "Vorteil" konstruieren zu wollen, erscheint nicht vertretbar.

Die Beschädigung gesunden Zahnschmelzes durch die sauren Zahnpasten mit einem pH-Wert um 5,5 oder darunter - also die Erzeugung eines sauren, kariogenen Milieus - verteidigen Sie mit der Bildung von äußerst dünnen, unnatürlichen und mechanisch nur wenig widerstandsfähigen Calciumfluorid-Deckschichten. Es ist nur eine Frage der Zeit, bis der gesunde Zahnschmelz durch eine häufige Anwendung solcher Zahnpasten, die kaum besser sind als andere, entsprechend geschädigt ist.

Vergleicht man die diversen Zahnpastenstudien der Zahnärzte, dann ist immer die Zahnpaste, die gerade am Markt ist oder auf diesen gebracht werden soll, die beste und die vorhergehenden waren aus diesen oder jenen Gründen nicht so gut. Analysiert man dann die Zahnpastenstudien, so wird der behauptete karieshemmende Effekt des Fluoridzusatzes immer fragwürdiger und andere Faktoren bekommen Bedeutung. Z.B. ist die 7jährige Aminfluorid-Zahnpastenstudie von MARTHALER, mit der er den behaupteten Hemmeffekt der Aminfluoride an Schulkindern beweisen wollte, wissenschaftlich nicht stichhaltig und beweist gar nichts.

Auch in den Zahnpastenstudien werden den Fluoriden karieshemmende Eigenschaften zugeschrieben, die sie nicht haben. Als man in den USA feststellen mußte, daß die Karies bei Kindern seit Mitte der Siebzigerjahre auch in den nicht fluoridierten Gebieten in gleicher Weise zurückgegangen ist wie in den künstlich fluoridierten, schrieb man dies dem vermehrten Gebrauch von Fluorzahnpasten zu. Man vergaß aber hinzuzufügen, daß im gleichen Zeitraum der Zuckerkonsum in den USA von 51 kg/Kopf und Jahr im Jahre 1970 auf nur 30,5 kg/Kopf und Jahr im Jahre 1985 abgenommen hat und sich der gesamte Kariesrückgang in dieser Zeit allein durch die Abnahme des mit dem Auftreten von Zahnkaries in einem

direkten kausalen Zusammenhang stehenden Zuckerkonsums erklären läßt. Siehe dazu auch die Diagramme und Berechnungen auf den Seiten 10-12 unserer Anfrage und das mündliche und schriftliche Statement von R. ZIEGELBECKER anlässlich der Fluor-Enquete der Stmk. Landesregierung am 24.1.1991 in Graz.

Wie in vielen anderen Fällen üblich, schreiben die Zahnärzte die Kariesabnahme auch hier nicht den Faktoren, die sie verursacht haben, sondern fälschlich und unberechtigt den Fluoriden zu.

Auf Seite 5 Ihrer Anfragebeantwortung (Punkt 3) argumentieren Sie mit der zahnärztlichen These, daß die Fluorid-Ionen in der Plaque gespeichert werden und ab 50 ppm die Glykolyse verhindern, sodaß Mono- und Disaccharide nicht mehr zu Säuren abgebaut werden können. Anders gesagt, wenn nach Vorstellung der Zahnärzte genug Fluor in der Plaque ist, was mit den verwendeten, oft relativ hoch dosierten Fluorpräparaten und Zahnpasten meistens der Fall ist, entsteht keine Karies. Dem steht die zahnärztliche These gegenüber, daß die Plaque die Hauptursache der Zahnkaries ist und daher mit Fluorzahnpasten weggeputzt werden muß, womit seit Jahren geradezu ein Kult getrieben wird. Die dazu verwendeten Zahnpasten sind teilweise so sauer, daß sie selbst ein kariogenes Milieu erzeugen.

Der deutsche Zahnarzt und Medizinaldirektor Dr. H. NENNINGER hat schon vor Jahren nach einer Untersuchung von mehr als 14.000 Schulkindern in seiner Arbeit "Dient das Zähneputzen der Kariesprophylaxe?" festgestellt, daß die Plaque-Theorie nicht stimmt und das Zähneputzen mit Fluor-Zahnpasten den Stellenwert nicht hat, der ihm zugeschrieben wird. Wohl aber führt das viele Zähneputzen zur Beschädigung (Abrasion) des Zahnschmelzes (oft mit Rillenbildung bis ins Dentin), zur dauernden Verletzung des Zahnfleisches mit frühzeitigem Schwund, Freilegen der Zahnhäule und frühzeitig zur Parodontose und Zahnausfall.

Werden Zahnärzte und Zahnklinikvorstände, die vielfach selbst nicht auf dem Fluorgebiet arbeiten, sondern nur an die Behauptungen und Ausführungen ihrer Kollegen von der Fluor-Lobby unkritisch glauben, mit der naturwissenschaftlichen Kritik und den falschen Erfolgsstatistiken konfrontiert, so reagieren sie häufig äußerst gereizt und unwissenschaftlich sinngemäß mit den Worten, sie brauchen keine Statistik, ihnen genügt der "klinische Blick" als Beweis für den (angeblichen) Nutzen der Fluoridierung.

Eine solche voreingenommene und unkritische Denk- und Handlungsweise ist der Behörde, die dem Grundsatz der materiellen Wahrheit vom Gesetz her verpflichtet ist, nicht gestattet.

Sind Sie daher bereit, die Behauptungen der Fluor-Lobby und den von dieser geprägten "Stand der Wissenschaften" nicht blindgläubig 1:1 zu übernehmen, sondern sich damit kritisch auseinanderzusetzen und die Tatsache zu akzeptieren, daß die maßgeblichen Erfolgsstatistiken der Fluoridierung nachweislich falsch und die darauf gegründeten Wirkungstheorien und Fluorempfehlungen der diversen Gremien einschließlich OSR und WHO wissenschaftlich nicht stichhaltig sind?

n1) Unter lit h) Ihrer Anfragebeantwortung räumen Sie ein, daß in Vorarlberg die in Österreich unter Rezeptpflicht stehende und als "Elmex-Zahngel" zugelassene Arzneispezialität (Z.Nr. 1-18.093) an Pflichtschulkinder zur Verteilung gelangte.

Dieses "Elmex-Zahngel" ist gemäß AUSTRIA-CODEX rezept- und apothekenpflichtig mit Ablaufdatum. Es enthält die enorm hohe Fluoridkonzentration von 1,25% Fluorid-Ion. Das sind 12.500 ppm Fluorid und damit die 12.500fache Konzentration von 1 ppm Fluorid, bis zu der nur die Resolution des Europarates AP (89) 3 nach Ihren Angaben Rezeptfreiheit zuläßt. Gemäß AUSTRIA-CODEX ist "Elmex -Zahngel" laut Gegenanzeige "nicht geeignet für Kinder unter 10 Jahren".

Diese Bestimmungen werden in Vorarlberg jedoch nicht eingehalten und in der Schule ein Bezugszettel an die Volksschüler und somit an Kinder unter 10 Jahren zum Bezug dieser hochdosierten rezeptpflichtigen und auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch keineswegs unbedenklichen Arzneispezialität ausgegeben.

Sind Sie daher bereit, angesichts der geltenden Bestimmungen und der weiter oben von uns bereits dokumentierten Wirkungslosigkeit der Fluoridierung gegen Karies sowie der Zusammenhänge zwischen Fluoridierung und Krebs schon bei der niedrig dosierten Trinkwasserfluoridierung von 1 ppm diese Mißstände des äußerst fragwürdigen "Prophylaxeprogramms" des Vorarlberger Arbeitskreises für Vorsorge- und Sozialmedizin mit dem extrem hoch dosierten "Elmex-Zahngel" von 12.500 ppm Fluorid sofort abzustellen?

o1) Unter lit o) Ihrer Anfragebeantwortung erwähnen Sie, daß im Kanton Zürich weiterhin fluoridiertes Kochsalz zur Kariesprophylaxe eingesetzt und sowohl die verantwortlichen Gesundheitsbehörden als auch namhafte Wissenschaftler wie etwa die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften aufgrund international anerkannter Forschungsergebnisse vom Nutzen der Fluoride zur Kariesprophylaxe überzeugt seien.

Ihre Argumentation zeigt das ganze Dilemma einer fast grenzenlosen "Medizinergläubigkeit", in der Autoritätsgläubigkeit an die Stelle von naturwissenschaftlich und mathematisch-statistisch belegte und nachprüfbare Tatsachen gesetzt wird:

In Zürich sitzt der in vielen einschlägigen internationalen Gremien tätige und von vielen Regierungen als Experte herangezogene führende "Fluor-Papst" der internationalen Fluor-Lobby, Zahnprofessor MARTHALER. Auf ihn gehen auch die heftig kritisierten und wissenschaftlich unhaltbaren ZYMA-Fluortabletten- und ELMEX- Fluorzahnpasten-Studien im Kanton Zürich (siehe dazu auch unsere Ausführungen auf Seite 12-15 unserer Anfrage) und wissenschaftlich ebenfalls unhaltbare Fluor-Kochsalzstudien zurück.

(Erst vor zwei Jahren mußte ein Mitarbeiter von Prof. MARTHALER öffentlich zugeben, daß die Schulzahnpflegekosten im Kanton und in der Stadt Zürich von 1967 - 1986 entgegen den Prognosen nicht gesunken, sondern pro Kind auch nach der Korrektur für die Geldentwertung (indexbereinigt) leicht gestiegen sind [Ch. BRÄNDLE: Kostenentwicklung in der Schulzahnpflege. Schweiz. Monatsschr. Zahnmed. Vol 100 (1990) 8, 948-951]. Ähnliches wurde auch bei den Krankenkassen festgestellt. Es ist also eine gesundheitspolitische Illusion, von der "Fluor-Kariesprophylaxe" eine echte Kostendämpfung im Gesundheitswesen erwarten zu wollen).

Zahnprofessor MARTHALER sitzt in der Schweizerischen Ernährungskommission, steuert von dort aus die Empfehlungen für die Kochsalzfluoridierung und andere Fluoridierungsmaßnahmen und blockt dort die Kritik an seinen eigenen und anderen Arbeiten ab.

Zahnprofessor MARTHALER ist seit geraumer Zeit auch Vorsitzender der von der Fluor-Lobby inszenierten Fluor- und Jodkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, steuert von dort aus die "wissenschaftlichen" Fluorempfehlungen der Akademie und blockt dort die Kritik an seinen eigenen und anderen Arbeiten ab.

(Vor ihm war der extreme Fluorfanatiker, zahnärztliche Standesfunktionär, Zahnarzt und Nicht-Wissenschaftler Dr. Theo HÜRNY langjähriger Vorsitzender der "Fluor- und Jodkommission" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften.)

Zahnprofessor MARTHALER sitzt auch in der ORCA, dem zur Verbreitung der Fluoridierung gegründeten Verein, der mit seinen international organisierten Fluor-Experten die einschlägige Industrie, Regierungen, Gremien (WHO) etc. berät und die Fluor-Propaganda steuert, wo er die Kritik an seinen eigenen und anderen Arbeiten abblockt.

Zahnprofessor MARTHALER sitzt schließlich in Beratergremien der WHO, des Europarates, und berät Gremien wie den Obersten Sanitätsrat und Regierungen bis hin nach Südamerika.

Somit ist Zahnprofessor MARTHALER eine Schlüsselfigur in der Fluor-Szene, die vieles steuert und vieles abblockt (besonders die Kritik an seinen und anderen fluorbefürwortenden Arbeiten und an den "international anerkannten Forschungsergebnissen"), wo sich die Dinge dann im Kreise drehen, Fluorempfehlungen gegen besseres Wissen auf der Basis falscher Erfolgsstatistiken und Unbedenklichkeitsbeweise abgegeben und Mechanismen wirksam werden wie beim Insider-Handel an der Börse.

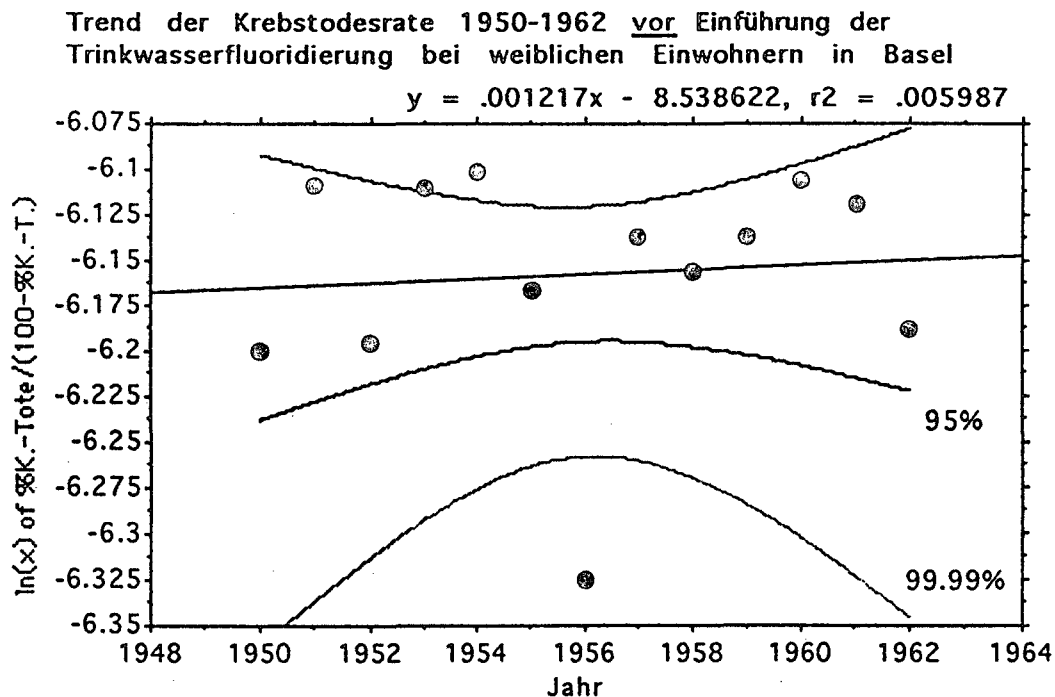
Sind Sie bereit, die Schweizerischen Fluoridierungsmaßnahmen und Fluoridierungsempfehlungen auch unter obigen Gesichtspunkten zu sehen und an Stelle der Leichtgläubigkeit gegenüber der Fluor-Lobby die Tatsache der falschen Erfolgsstatistiken und nachweisbaren Nutzlosigkeit sowie bedenklichen Nebenwirkungen der Fluoridierung zu setzen?

p1) Unter lit p) Ihrer Anfragebeantwortung räumen Sie ein, daß die Erfolge der Kariesprophylaxe in Basel nicht ausschließlich auf die Trinkwasserfluoridierung (TWF) zurückzuführen seien. Das ist immerhin ein kleiner Fortschritt, da die Erfolge in der zahnärztlichen Literatur fast 2 Jahrzehnte ausschließlich der TWF zugeschrieben wurden und man erst angesichts der massiven Kritik mühsam davon abrückte. In Wirklichkeit ist überhaupt kein Erfolg der TWF in Basel nachweisbar und geht die gesamte Kariesabnahme auf andere Faktoren als die TWF zurück. Die TWF kann den ihr auch heute noch zugeschriebenen Effekt gar nicht gehabt haben, wie sorgfältige wissenschaftliche Analysen der Basler Daten und Versuchsbedingungen ergeben. Daran ändert sich auch nichts, wenn man die TWF im Basler Gesundheitsamt, das auch unter dem Einfluß der mächtigen Basler chemischen-, pharmazeutischen und Fluor-Industrie steht, "nach wie vor" als eine wirksame Maßnahme zur Kariesprophylaxe betrachtet.

Darüber hinaus zeigt die nachfolgende Analyse der amtlichen Basler Krebsdaten, daß es auch in Basel, wie in anderen Städten mit TWF ebenfalls feststellbar, gleich nach Einführung der TWF, die die Lebensbedingungen (wie schon früher erläutert) aller beteiligten Menschen schlagartig ändert und eine zusätzliche

hochtoxische Chemikalie in den Körper bringt, zu einer signifikanten Änderung des Trends der Krebstodesfälle gekommen ist.

Die TWF wurde am 2. Mai 1962 in Basel eingeführt. Wie das folgende Diagramm und die Berechnungen zeigen, war der Trend der Krebstodesrate bei den weiblichen Basler Einwohnern von 1950 - 1962, somit in den 13 Jahren bis zur Einführung der TWF im Mai 1962, praktisch gleichbleibend und nicht steigend.



Simple Regression X_1 : Jahr Y_1 : $\ln(x) \text{ of } \%K.-Tote/(100-\%K.-T.)$

Count:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	RMS Residual:
13	.077375	.005987	-.084378	.063803

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	.00027	.00027	.066253
RESIDUAL	11	.044779	.004071	p = .8016
TOTAL	12	.045049		

Residual Information Table

SS[e(i)-e(i-1)]: $e \geq 0$:		$e < 0$:		DW test:
.09482	7	6		2.117506

Simple Regression X_1 : Jahr Y_1 : $\ln(x)$ of %K.-Tote/(100-%K.-T.)

Beta Coefficient Table

Variable:	Coefficient:	Std. Err.:	Std. Coeff.:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	-8.538622				
SLOPE	.001217	.004729	.077375	.257397	.8016

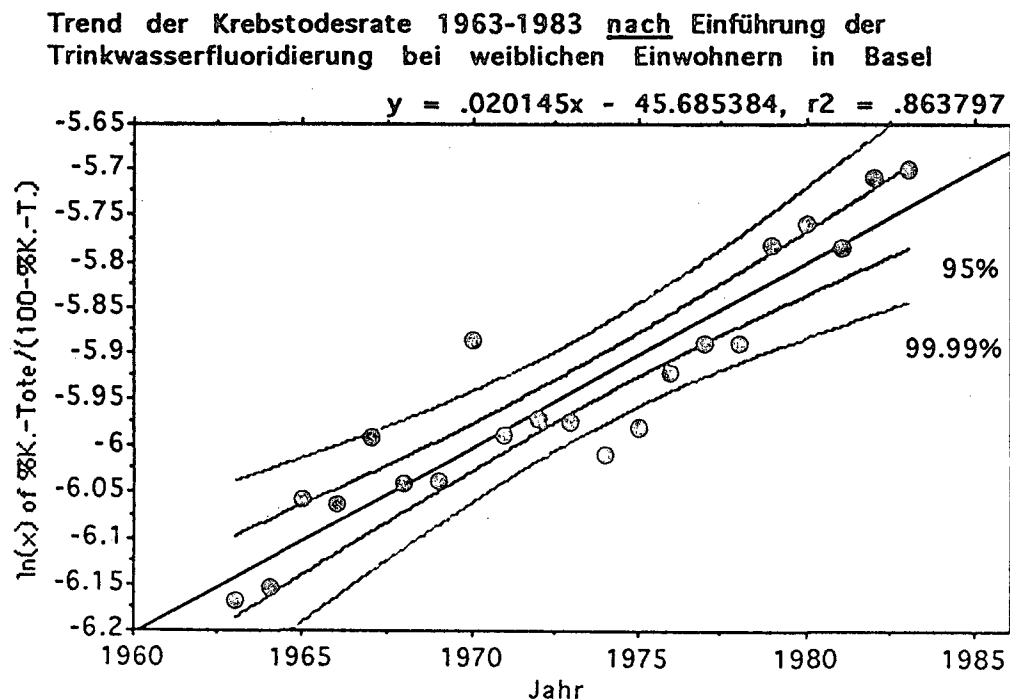
Confidence Intervals Table

Variable:	95% Lower:	95% Upper:	99.99% Lower:	99.99% Upper:
MEAN (X,Y)	-6.196476	-6.11857	-6.262284	-6.052762
SLOPE	-.009193	.011628	-.026781	.029216

Residual : Column 34 Fitted : Column 35

Das folgende Diagramm zeigt, daß der Trend der Krebstodesrate in den folgenden 21 Jahren nach Einführung der TWF 1963-1983 bei den weiblichen Einwohnern in Basel hochsignifikant steigend war.

Ähnlich wie vorstehend und nachfolgend der Trend der Krebstodesraten bei der weiblichen Bevölkerung in Basel verläuft, verläuft er auch bei der männlichen Bevölkerung und bei der altersgewichteten Krebstodesrate der 50 - 69jährigen Männer und Frauen.



Simple Regression X_1 : Jahr Y_1 : $\ln(x)$ of %K.-Tote/(100-%K.-T.)

Count:	R:	R-squared:	Adj. R-squared:	RMS Residual:
21	.929407	.863797	.856629	.050923

Analysis of Variance Table

Source	DF:	Sum Squares:	Mean Square:	F-test:
REGRESSION	1	.31247	.31247	120.497895
RESIDUAL	19	.04927	.002593	p = .0001
TOTAL	20	.36174		

Residual Information Table

SS[e(i)-e(i-1)]: $e \geq 0$:	$e < 0$:	DW test:
.064804	9	12
		1.315282

Simple Regression X_1 : Jahr Y_1 : $\ln(x)$ of %K.-Tote/(100-%K.-T.)

Beta Coefficient Table

Variable:	Coefficient:	Std. Err.:	Std. Coeff.:	t-Value:	Probability:
INTERCEPT	-45.685384				
SLOPE	.020145	.001835	.929407	10.977153	.0001

Confidence Intervals Table

Variable:	95% Lower:	95% Upper:	99.99% Lower:	99.99% Upper:
MEAN (X,Y)	-5.963338	-5.916816	-5.994492	-5.885663
SLOPE	.016303	.023986	.011158	.029131

Residual : Column 100 Fitted : Column 101

Literaturnachweis: ZIEGELBECKER, R.: Kritischer Beitrag zu den Grundlagen der Kariesprophylaxe mit Fluoriden. Int. J. Vitalstoffe-Zivilisationskrh. 14(1969)6, 229-233; ZIEGELBECKER, R.: Betrachtungen zur Fluoridierung, insbesondere in Basel und Grand Rapids (USA). Schweiz. Mschr. Zahnheilk. 81(1971)3, 192-200; ZIEGELBECKER, R.: Falsche Prämissen der Fluorkariesprophylaxe. Schweiz. Mschr. Zahnheilk. 81(1971)3, 215-239; KREUZER, K.: Kritische Betrachtungen zur Arbeit aus der Basler Schulzahnklinik von M. Guthertz: Sozialmedizinische Aspekte der Trinkwasserfluoridierung. Schweiz. Mschr. Zahnheilk. 81(1971)3, 243-247; ZIEGELBECKER, R.: Mündl. und schriftl. Statement im Fluorexperten-Hearing am 3. April 1974 im Gesundheitsamt Basel-Stadt (das Gesundheitsamt hat danach der Regierung die Einstellung der Trinkwasserfluoridierung empfohlen.); ZEHNDER, R.: Statistische Aspekte der Trinkwasser-Fluoridierung und der Karies-Resistenz in Basel. Basler Zeitung, Tribüne der Universität, 26. Oktober 1978, S. 27; ZIEGELBECKER, R.: Eine Diskussion am Beispiel 'Fluor-Prophylaxe': Kritik an Entscheidungsstrukturen im Gesundheitswesen. Soziale Medizin, Basel, 16(1989)12, 16-23; KREUZER, K.: Fluor und Fluoride aus biochemischer statt zahnärztlicher Sicht: Hintergründe zu einem Dogma. Soziale Medizin, Basel, 16(1989)12, 24-30; ZIEGELBECKER, R.: Die Trinkwasser-, Tabletten- und Kochsalzfluoridierung in der Schweiz: Ihre Wirkungen und Nebenwirkungen im Lichte wissenschaftlicher Kritik. Vortrag auf der Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für ein Soziales Gesundheitswesen (SGSG) am 2. Dezember 1989 im Bernoullianum (Universität) Basel; ZIEGELBECKER, R.: Probleme der Wasserfluoridierung. Vortrag auf dem 90. Hygiene-Kongreß der Karls-Universität in Prag, 5. Dezember 1989; ZIEGELBECKER, R.: Nutzlos und unverantwortlich - Krebs fördernd und schädlich für das Skelett. Soziale Medizin, Basel 17(1990)3, 25-26; ZIEGELBECKER, R.: Mündl. und schriftl. Statement auf der Fluor-Enquete der Stmk. Landesregierung am 24.1.1991 in Graz.

Eine weitere Ignoranz der dargestellten Sachverhalte und Zusammenhänge durch Ihr Ressort halten wir schlicht für leichtfertig, grob fahrlässig und unverantwortlich.

Sind Sie bereit, angesichts der schwerwiegenden Konsequenzen für die Gesundheit der Bevölkerung und der Amtspflicht zur Wahrung des Grundsatzes der materiellen Wahrheit auch gegen den Widerstand der nationalen und internationalen Fluor-Lobby und der die Fluoridierung oft auf Basis reiner Sekundärliteratur sowie aus Prestigegründen unterstützenden "medizinischen Kapazitäten" die dargestellten Sachverhalte und Zusammenhänge umgehend zur Kenntnis zu nehmen und die Einstellung aller Fluoridierungsmaßnahmen in Österreich zu verfügen?

q1) Unter lit q) Ihrer Anfragebeantwortung sehen Sie keine Veranlassung, die Integrität der WHO-Experten und international anerkannter Wissenschaftler in Frage zu stellen, und Ihr Ressort stützt sich weiterhin auf die aufrechten WHO-Empfehlungen zur Durchführung systemischer Fluoridierungsmaßnahmen.

Dieser Standpunkt wäre nur dann vertretbar, wenn die betreffenden WHO-Experten und international anerkannten Wissenschaftler, bei denen es sich hauptsächlich um Zahnärzte handelt, obwohl die wesentlichen Sachfragen auf weiten Strecken eigentlich mathematisch-statistisch-naturwissenschaftlich zu behandeln und zu beantworten sind, wissenschaftlich und hinsichtlich ihrer Vorgangsweise unangefochten wären und es nur um eine politische Entscheidung ginge.

Es ist aber Tatsache, daß die WHO, die nach eigener Angabe nur das Sekretariat ihrer Mitgliedsländer und an diese gebunden ist, zur Beantwortung der Frage der Wirksamkeit der Fluoridierung ausgerechnet jene einflußreichen Zahnärzte, Zahnprofessoren und Zahngesundheitsbeamten zu Gutachtern bestellt hat, die einen Großteil der nachweislich falschen und naturwissenschaftlich sowie mathematisch-statistisch völlig unhaltbaren Erfolgstatistiken selbst produziert haben und im Grunde die notwendige fachliche Kompetenz völlig vermissen ließen.

Auch die Vorlagen des Generaldirektors der WHO für die Weltgesundheitsversammlung 1969, auf der Gesundheitsfunktionäre erstmals über Fluoridierungsmaßnahmen abstimmten, wurden vom in der Fluoridierungsfrage durch seine langjährigen Fluor-Empfehlungen bereits festgelegten internationalen Zahnärzterein FDI und nicht etwa von einem neutralen, fachlich entsprechend versierten und kompetenten Gremium vorbereitet.

Während der österreichische WHO-Chefdelegierte, Sektionschef Dr. F.A. BAUHOFFER, die WHO-Delegierten völlig aus der Luft gegriffen wissen ließ, in Österreich sei die Karies durch die Fluortablettenaktion um ca. 30 % zurückgegangen,

["Fluoride tablets had, however, been distributed on a nationwide scale over a certain number of years to approximately 900 000 children, and a reduction in dental caries of approximately 30 per cent. had been observed."]

stellte der italienische Deputy Chief Delegate, Prof. PENSO, Director, Microbiology Laboratories, Istituto Superiore di Sanità, Rome, in der gleichen Sitzung fest. die Resultate der Fluoridierungsstudien würden einer wissenschaftlichen Nachprüfung nicht standhalten und seien statistisch nicht wirklich gültig:

["If the results so far obtained from fluoridation experiments were studied scientifically, it would be seen that they were not really statistically valid."]

(Siehe Off. Rec. Wld Hlth Org. No. 177, WHA22, 8-25 July 1969, Part II, p.302 und 305)

Bereits im Herbst 1969 stellte der norwegische Mathematiker und Statistiker, Prof. Per OTTESTAD, Vollebakk, nach einer gründlichen Analyse der noch heute von der zahnärztlichen Fluor-Lobby und auch vom Obersten Sanitätsrat und von Ihrem Ressort "anerkannten" grundlegenden Fluoridierungsstudien in den USA und in Dänemark über den (angeblichen) Zusammenhang zwischen dem natürlichen Fluorgehalt der Trinkwässer und dem Kariesbefall von Kinderzähnen fest, daß diese Studien (sie bildeten auch eine Grundlage der WHO-Empfehlung) niemand anerkennen könne; der gewohnt sei, wissenschaftlich seriös zu arbeiten:

["No one who is in close contact with sound research and who has seriously considered the question of research method, would accept the so-called scientific basis that is advanced for promotion of fluoridation."]

(Submitted by the Agricultural College of Norway to the Ministry of Social Welfare, September 1969; publiziert: OTTESTAD, P.: Refluoridation of Drinking Water in Norway. Int. J. Vitalstoffe-Zivilisationskrankheiten 15(1970)4, 145-149)

{Anmerkung: Der Autor der unseriösen dänischen Studie, Zahnarzt und ORCA-Mitglied I. MOELLER, wurde später WHO-Dental Health Officer for Europe in Kopenhagen, und darüber hinaus zuständig für alle Fluor-Kariesprophylaxe-Angelegenheiten der WHO. Auf die Rolle von Zahnprofessor MARTHALER, der sich nach wie vor wissentlich auf falsche Erfolgsstatistiken beruft, statt sich davon zu distanzieren, haben wir schon hingewiesen. Ähnliche Feststellungen über Experten der Fluor-Lobby bei der WHO wären auch bei anderen zu treffen.

Ferner ist es in diesen Kreisen zur Praxis geworden, in unseriöser und unwissenschaftlicher Weise kritische Arbeiten zu unterdrücken und auch nicht zu zitieren, um die offene Auseinandersetzung damit und die eigenständige Meinungsbildung durch andere zu verhindern.

Sie sitzen als sogenannte "anerkannte" Experten und "Peer Reviewer" in den Redaktionen und Beraterstäben anerkannter Zeitschriften und verhindern dort den Abdruck der Kritik. Auch sind Drohungen mit Inseratenentzug und Boykott-Drohungen von Hochschullehrern, für die Zeitschrift keine Artikel mehr zu schreiben, bekanntgeworden.}

1970 brachte die WHO ihre Monographie Nr. 59 "Fluorides and Human Health" heraus. Sie sollte nach dem Vorwort dazu dienen, den Gesundheitsbehörden ein Instrument zur Argumentation gegen die heftige Opposition gegen die Fluoridierung an die Hand zu geben. Vorsitzender des Expertenkomitees war der für große Pharmafirmen arbeitende schwedische Zahnarzt (und Fluorzahnpasten-Patentinhaber) Prof. Yngve ERICSSON. Er wurde bald darauf vom prominenten schwedischen Pharmakologen Prof. Arvid CARLSSON ob seiner sachlich falschen Behauptungen über Fluoride in Ärztezeitschriften öffentlich heftig angegriffen. Unter den 93 "Spezialisten", die die WHO-Monographie vor dem Erscheinen überprüfen sollten, befanden sich zahlreiche Zahnärzte, Zahngesundheitsbeamte und Zahnprofessoren, die in die Erstellung der objektiv falschen zahnärztlichen Erfolgsstatistiken verwickelt, an der Einführung der (zwangsweisen Trinkwasser-)Fluoridierung beteiligt und im zur Verbreitung der

Fluoridierung gegründeten und von den einschlägigen Firmen der Pharma-, Fluor-, Zucker- und Süßwarenindustrie gesponserten Verein ORCA (Europäische Arbeitsgemeinschaft für Fluorforschung und Kariesprophylaxe) organisiert waren.

Das Kapitel IX über die Zahngesundheit "Fluorides and Dental Health" schrieb der ebenfalls in der ORCA organisierte ungarische Zahnprofessor Peter ADLER. Fast alle der darin enthaltenen zahnärztlichen Erfolgsstatistiken, welche die Einführung der Fluoridierung als kariesprophylaktische Maßnahme durch die Behörden rechtfertigen sollten, sind falsch, wissenschaftlich untragbar und die angeblichen "Fluor-Erfolge" darin konstruiert.

Von einem wesentlichen Teil dieser zahnärztlichen Erfolgsstatistiken war schon beim Erscheinen der WHO-Monographie in diesen Kreisen und bei den Exponenten verschiedener Gesundheitsbehörden bekannt, daß die Statistiken falsch sind. Trotzdem wurden diese nachweislich falschen zahnärztlichen Statistiken nicht zurückgezogen, sondern im Namen der WHO herausgebracht und werden gegen besseres Wissen von den beratenden Gremien der Gesundheitsbehörden, von diesen selbst (einschließlich der österreichischen und des OSR), sowie von den Universitätszahnkliniken als Grundlage für die Fluorempfehlungen sowie zur Argumentation gegen die Opposition bis heute weiter verwendet. Hier beginnt der in der Wissenschaftsgeschichte und in der Gesundheitspolitik beispiellose Skandal und Mißbrauch der Institution WHO. Ähnlich ist die Situation in späteren WHO-Publikationen über die Fluoridierung.

Es ist uns unter diesen nachvollziehbaren Umständen unmöglich, die Integrität verschiedener WHO-Experten und international "anerkannter" Wissenschaftler auf diesem Gebiet nicht in Frage zu stellen. Wir haben vielmehr den Eindruck gewonnen, daß die WHO seit langer Zeit von solchen Personen und auch von Teilen öffentlicher Gesundheitsdienste mißbraucht wird, um persönliche, karrieristische, wirtschaftliche, prestigeträchtige und politische Interessen durchzusetzen und zu verteidigen.

Da Ihrem Ressort sowohl die unvertretbare wissenschaftliche als auch personelle Situation und Problematik durchaus seit langem bekannt sind und daraus trotzdem die bei Wahrung des Grundsatzes der materiellen Wahrheit notwendigen Konsequenzen für die Fluoraktionen in Österreich nicht gezogen wurden, erhebt sich für uns in Zusammenhang mit den Vorgängen um die Fluoraktionen die Frage nach einer groben Verletzung der Amtspflichten in Ihrem Ressort.

Sind Sie angesichts der vorstehenden Sachverhalte bereit, die Kritik an der Integrität und Qualifikation verschiedener WHO-Fluor-Experten und international anerkannter Wissenschaftler zu akzeptieren und das Verhalten Ihres Ressorts in der Fluorangelegenheit auch hinsichtlich möglicher Verletzungen der Amtspflichten sorgfältig zu überprüfen?

r1) Unter lit s bis u) behaupten Sie, Ihr Ressort hätte sich immer mit den Argumenten der Fluorkritiker auseinandergesetzt, alle ernstzunehmenden Bedenken von Experten überprüfen lassen und seien Kritiker wiederholt in die beratenden Expertengremien der Landesregierungen und des Gesundheitsressorts eingeladen worden. Ihrem Ministerium lägen teilweise auch die Protokolle der genannten Veranstaltungen vor, doch hätten sich daraus keine neuen wissenschaftlichen Gesichtspunkte hinsichtlich der Kariesprophylaxe mittels Fluoriden ergeben. Ihr Ressort werde sich weiterhin an den Empfehlungen in-

und ausländischer Expertengremien, der drei Uni-Zahnkliniken, und internationalen wissenschaftlichen Forschungsergebnissen orientieren.

In Wirklichkeit nimmt Ihr Ressort die Kritik an Fluorarbeiten größtenteils überhaupt nicht zur Kenntnis, wie z.B. die Kritik der 16 Persönlichkeiten an den Arbeiten von Prof. MARTHALER, oder die Kritik von Prof. PFLUG, der den Befürwortern "Sorglosigkeit" vorwirft, oder die Kritik von Prof. GÖLLES, von Prof. PENSO, von Prof. OTTESTAD, usw., die Ihrem Ressort durchaus bekannt ist.

Mit der Prüfung der Kritik, soweit sich in Ihrem Ressort überhaupt jemand ernsthaft damit beschäftigt hat, wurden in der Regel jene "anerkannten" Experten beauftragt, die aufgrund der Kritik selbst geprüft werden sollten. Auf diese Weise wurde "der Bock zum Gärtner gemacht."

Mit Ausnahme der Fluor-Enquete der Stmk. Landesregierung 1973, an der Vertreter Ihres Ressorts teilnahmen, aber ziemlich schlecht aussahen und wo ja auch in der Folge die Fluortablettenaktion in der Steiermark eingestellt wurde, hat Ihr Ressort die weiteren Fluor-Enqueten 1980, 1982, und 1991 konsequent boykottiert und daran nicht teilgenommen, obwohl dazu durchaus Anlaß und dringender Handlungsbedarf bestanden hätte.

Offenbar in dem Bestreben, die gesundheitspolitische Linie der laufenden "Pillenfütterung" von Kindern in Schule und Kindergärten durchzuhalten und auszubauen, hat sich Ihr Ressort konsequent über alle ernstzunehmenden Sachargumente, Gegenbeweise und Bedenken gegen die Fluoridierung, von wem immer sie kamen, hinweggesetzt, diese unter den Tisch gekehrt und sogar kostspielige Pro-Fluor-Propaganda mit falschen und irreführenden, wissenschaftlich völlig unhaltbaren Argumenten und "Beweisen" selbst betrieben bzw. diese mit hohen Kosten gefördert.

Ihrem Ressort hat es offenbar bisher ganz einfach am Willen gefehlt, die Tatsachen gegen die Fluoridierung wahrzunehmen, zur Kenntnis zu nehmen und daraus auch entgegen den Fluor-Empfehlungen der Zahnärztesfunktionäre, des OSR, der WHO, und anderer, die notwendigen, auch vom Gesetz und den Amtspflichten geforderten Konsequenzen zu ziehen.

Das ist nicht zuletzt mit ein Grund, warum wir unsere heutige Anfrage so ausführlich wissenschaftlich dokumentiert haben, um neuerlichen Ausflüchten und Ignoranz von Tatsachen durch Ihr Ressort zu begegnen.

Im übrigen sind Sie auf unsere konkreten Fragen unter lit s-u) nur sehr unvollständig eingegangen und haben von den darin angeführten, bereits vielenorts eingestellten Fluoraktionen keinerlei Notiz genommen.

Sind Sie bereit, dafür Sorge zu tragen, daß sich Ihr Ressort in Zukunft an nachweisbaren Tatsachen und nicht mehr länger an nachweislich falschen, längst widerlegten internationalen wissenschaftlichen Forschungsarbeiten und darauf gestützte, haltlose Empfehlungen von OSR, WHO, Uni-Zahnkliniken, usw. orientiert?

Sind Sie bereit, den Beispielen von Kassel, Graz, Steiermark, gesamte Niederlande, Saarlouis, Saarbrücken, Bielefeld, Volketswil (CH), Berlin-Wilmersdorf, Berlin-Charlottenburg, Kärnten, Budweis, Prag, Kuopio, Chemnitz (Karl-Marx-Stadt), ex-DDR, und vielen anderen, wo überall Fluoridierungsanlagen bzw. Fluoraktionen

eingestellt wurden, zu folgen und, statt sich auf falsche Gutachten und Empfehlungen zu berufen, die Fluoridierung bei uns ebenfalls einzustellen?

s1) Unter lit v) Ihrer Anfragebeantwortung berufen Sie sich erneut auf die nachweislich mathematisch-statistisch-naturwissenschaftlich unhaltbaren und längst schlüssig widerlegten Erfolgs- und Unbedenklichkeitsstatistiken in der betreffenden Fachliteratur mit den darauf aufgebauten, inhaltlich falschen Fluor-Empfehlungen und begründen mit diesen falschen Voraussetzungen ein präventivmedizinisches "Angebot" an die Bevölkerung, das diese "auf freiwilliger Basis" nutzen oder ablehnen kann.

Sind Sie bereit, von der in dieser Angelegenheit geübten Praxis und Geisteshaltung Ihres Ressorts, der Bevölkerung ein auf nachweislich falschen und wissenschaftlich unhaltbaren Grundlagen und Informationen aufgebautes präventivmedizinisches "Angebot" zu machen und dieses dann mit eben diesen falschen Grundlagen zu verteidigen, abzugehen?

t1) Unter lit w) Ihrer Anfragebeantwortung teilen Sie mit, daß es in Österreich bereits zu einem tödlichen Unfall mit Fluortabletten gekommen ist. Er passierte nach der Aufhebung der Rezeptpflicht und nach der unverantwortlichen gesundheitsbehördlichen Verharmlosung der Toxizität von Natriumfluorid und der Fluortabletten. Der tödliche Unfall wäre nicht passiert, hätten die Gesundheitsbehörden die Schulen (es war das Kind eines Lehrerehepaares) und die Öffentlichkeit wahrheitsgemäß über die Nutzlosigkeit und damit Sinnlosigkeit der Fluortabletten-Einnahme gegen Karies und über die wahre Giftigkeit von Natriumfluorid informiert, statt die unsinnigen und gefährlich irreführenden Vergleiche zwischen Natriumfluorid und Kochsalz (Natriumchlorid) anzustellen, weil dann kein Mensch die Fluortabletten als "Zahnzuckerl für die Kinder" nach Hause getragen hätte.

Sie geben zu, daß die Beratungsfälle wegen Einnahme NaF-hältiger Präparate bei der Vergiftungsinformationszentrale nur 2-3% ausmachen. Da die von Ihnen nicht genannte Gesamtzahl der Unfälle ca. 6.000 pro Jahr ausmacht, passieren immerhin ca. 120 - 180 Unfälle pro Jahr, das sind rund alle 2 - 3 Tage ein Unfall mit Fluorpräparaten, die meisten davon bei Kindern. Mindestens einer davon hat mit dem Tod des Kindes geendet. Daß alle anderen - es sind seit Aufhebung der Rezeptpflicht immerhin einige tausend Vergiftungsunfälle - völlig harmlos gewesen sein sollen, ist unglaublich. Hier scheint das Meldesystem nur unvollständig zu funktionieren.

Auch daß beim Gesundheitsressort bislang keine Meldungen über Zwischenfälle, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Unverträglichkeiten oder sonstige unerwünschte Arzneimittelwirkungen bei bestimmungsgemäßem Gebrauch von kariesprophylaktischen Fluorpräparaten ("Zymafluor") eingelangt sein sollen, ist unglaublich und nicht nur Resultat eines lückenhaften Meldesystems. Ist doch amtlichen Schriftstücken zu entnehmen, daß die Klagen von Kindern über Übelkeit nach dem Einnehmen von Zymafluortabletten (im Magen bildet sich bekanntlich durch Dissoziation von Natriumfluorid die stark penetrierende und ätzende Flußsäure (HF)) mit "psychischen Problemen" der Kinder abgetan werden.

Ein Teil der Kinder bekommt überdies störende Zahnfluorose als erstes Zeichen einer Fluor-Intoxikation (siehe dazu Seite 16/17 unserer Anfrage), wie Untersuchungen auch in der Schweiz gezeigt haben, weshalb in der Schweizer Gemeinde Volketswil die Fluortablettenaktion schon vor Jahren eingestellt wurde.

In einer neueren Untersuchung [MITTAG, I.M.E.: Epidemiologische Studie über das Durchbruchverhalten der permanenten Zähne bei Kindern mit Dentalfluorose (unter Berücksichtigung der Aplasie und deren Mikroformen oberer seitlicher Schneidezähne). Dissertation vom 14. April 1988, Freie Universität Berlin] wurde überdies festgestellt, daß Fluorid das Ausbleiben von Zähnen (Aplasien) fördert und besonders Kinder mit Zahnfluorose, d.h. Kinder mit einem auf Fluorid stärker empfindlichen Stoffwechsel, betroffen sind im Vergleich zu Kindern mit der gleichen Fluorbelastung, aber ohne Zahnfluorose.

Außerdem verweisen wir auf die in unserer vorliegenden Anfrage dokumentierten Stellungnahmen über die Fehler in den zahnärztlichen Fluortablettenstudien, den wissenschaftlich dokumentierten Nicht-Zusammenhang zwischen dem natürlichen Fluoridgehalt der Trinkwässer mit dem Kariesbefall und somit die Nutzlosigkeit der Fluoraktionen gegen Karies, sowie den dokumentierten Zusammenhang zwischen Fluorid und Zahnfluorose als sichtbares Zeichen einer Fluor-Intoxikation, Gebrauch, und den dokumentierten Zusammenhang zwischen Fluoridierung und Krebs im Tierversuch und beim Menschen, alles bei bestimmungsgemäßem Gebrauch der Fluoride zur "Kariesprophylaxe" in den vorgesehenen Dosierungen, und auf die zitierte wissenschaftliche Literatur.

Das alles sind Gründe genug, die unter falschen Voraussetzungen und falschen Behauptungen ohne entsprechende sachliche Prüfung erteilte Zulassung (der bloße Vortrag eines mathematisch-statistisch und naturwissenschaftlich offenbar nicht versierten Zahnprofessors vor dem Obersten Sanitätsrat und ein Dringlichkeitsantrag haben für die Zulassung genügt) gemäß § 23 Arzneimittelgesetz - AMG, BGBl.Nr. 185/1983, idgF, sofort aufzuheben.

Beim gegebenen wahren Sachverhalt erscheint es uns völlig aus der Luft gegriffen, unverständlich und aktenwidrig, wenn Sie "mangels jeglicher sachlicher Begründung" die Aufhebung der erteilten Zulassungen nicht in Erwägung ziehen wollen.

Sind Sie daher bereit, den wahren Sachverhalt und die mathematisch-statistisch-naturwissenschaftlich gut belegten und zum verbreiteten Glauben (zahn-)medizinischer Kapazitäten im Gegensatz befindlichen Tatsachen über die Wirkungen, Nebenwirkungen und Gefahren der Fluoridanwendungen in der Kariesprophylaxe vollinhaltlich zur Kenntnis zu nehmen und die erteilte Zulassung für diese Fluorpräparate aufzuheben?

ul) Unter lit x) Ihrer Anfragebeantwortung teilen Sie mit, daß Sie eine grundsätzliche Ablehnung der Kochsalzfluoridierung nicht für zielführend halten und die Frage der Einführung von Ihrem Ressort derzeit geprüft werde.

Wir können Ihren Standpunkt aus sachlichen und gesundheitspolitischen Gründen nicht teilen.

Im Gegensatz zu Kropf als Jod-Mangelkrankheit ist Zahnkaries keine Fluor-Mangelkrankheit.

Es besteht auch sonst selbst in natürlich fluorarmen Gebieten kein Fluormangel im Körper (es gibt auch sonst keine Fluor-Mangelkrankheit) und jede zusätzliche Fluoridzufuhr führt sofort zu einer Abwehrreaktion des Körpers durch erhöhte Ausscheidung von Fluoriden über die Niere und den Harntrakt und durch vermehrte Einlagerung von Fluorid in das Skelett. Die vermehrte Einlagerung

von Fluorid im Skelett hemmt die Citrataufnahme und führt zu einer Beeinträchtigung des Skelettstoffwechsels (Abnahme des Citrat- und CO - Gehaltes) sowie zu einer vorzeitigen Alterung des Skeletts.

Physiologisch besteht daher keinerlei Bedarf für eine Anreicherung des Kochsalzes mit dem hochtoxischen Natriumfluorid und für zusätzliche Fluorgaben, zumal Zahnkaries hauptsächlich vom Zucker-, Süßwaren- und Süßgetränkekonsum und von einer ungesunden und unvernünftigen Lebensweise verursacht wird und nicht von einem fluorarmen Kochsalz.

Dazu kommt, daß die zahnärztlichen Erfolgsstatistiken einschließlich der Fluor-Kochsalz-Studien (u.a. jene von Prof. MARTHALER) über den angeblichen Nutzen der Fluoride gegen Zahnkaries nachweislich falsch und wissenschaftlich unhaltbar sind und der zahnärztlich behauptete Nutzen der Fluoride gegen Karies überhaupt nicht existiert. Andererseits ist mit schwerwiegenden Nebenwirkungen auch in Richtung Krebs zu rechnen.

Daß die Fluor-Lobby in der WHO die Kochsalzfluoridierung empfohlen hat, ist bei der gegebenen Sachlage und den nachweislich falschen WHO-Gutachten in diesen Belangen für Österreich kein Grund, die Kochsalzfluoridierung einzuführen. Außerdem bestehen nach den bisherigen Erfahrungen erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit, Richtigkeit und Neutralität der "Prüfung" der Angelegenheit durch Ihr Ressort, das (vorsorglich) auch keine sachkundigen Kritiker der Fluoridierung zugezogen hat, um zum gewünschten Ergebnis zu kommen.

Die Einführung der Kochsalzfluoridierung in Österreich wäre ein absoluter gesundheitspolitischer Flop und wir lehnen diese zusätzliche Chemikalienverteilung und Anschlag auf die Volksgesundheit über die Küche der Hausfrauen und die gewerblichen Betriebe wie Gaststätten, Bäckereien, Käsereien, etc. schärfstens ab. Die Schweiz und andere Länder mit ihren falschen und wissenschaftlich unhaltbaren MARTHALER'schen Erfolgsberichten können uns kein nachahmenswertes Vorbild sein.

Sind Sie bereit, die gegebene und gegen jede Fluoridierung sprechende Sachlage in Wahrung des Grundsatzes der materiellen Wahrheit zur Kenntnis und von der Kochsalzfluoridierung in Österreich jedenfalls Abstand zu nehmen?

Zu Ihrer Beantwortung unserer Frage 2:

In diesem Fragenkomplex haben wir das Problem des Obersten Sanitätsrates als Ihr beratendes Organ, seine Zusammensetzung, seine personellen Verflechtungen, das Problem der falschen Gutachten und die Notwendigkeit, den Obersten Sanitätsrat auf eine neue, viel breitere und unabhängigere Basis zu stellen, angesprochen.

a1) Aus der Ihrer Anfragebeantwortung beigelegten Liste über die derzeitige Zusammensetzung des OSR ersehen wir zum Beispiel, daß zwar namhafte Persönlichkeiten der Medizin, Pharmazie, Pharmaindustrie, und Gesellschaft aus dem gesundheitspolitischen Bereich, aber keine Vertreter der Mathematik, Statistik, Naturwissenschaften (Physik, Chemie, Biologie, etc.) im OSR sind, obwohl viele Gutachten und experimentelle Probleme gerade auch von dieser Warte her gesehen werden müssen und das Feld nicht, wie das z.B. bei der Fluoridierung geschehen ist, den Zahnärzten überlassen werden kann, von denen dann alle anderen jahrzehntelang die falschen Statistiken und fehlerhaften Experimente

abschreiben und "gutachtlich" als eigenes Fachwissen dem Gesundheitsminister bekanntgeben. Es fehlen auch Vertreter der Ganzheits- und Alternativmedizin sowie der Verbraucher.

Unter den ordentlichen und außerordentlichen Mitgliedern des Obersten Sanitätsrates befindet sich kein Experte für Fluorfragen und für die sorgfältige mathematisch-statistisch-naturwissenschaftliche Überprüfung der Studien, Experimente und Erfolgsberichte der (zahnärztlichen) Fluor-Befürworter.

Dadurch ist erneut die Gefahr gegeben, daß so wie von Prof. KRAUPP durch (gutgläubiges) Abschreiben der objektiv falschen und wissenschaftlich unhaltbaren Gutachten und Erfolgsberichte der Fluor-Lobby in anerkannten Gremien wie der WHO, des Europarates, usw., vom OSR erneut falsche Gutachten, Schlußfolgerungen und Empfehlungen produziert werden.

Da Sie unsere Frage k) nicht beantwortet haben, stellen wir sie vor dem Hintergrund der objektiv falschen und wissenschaftlich unhaltbaren Fluor-Gutachten nochmals.

Sind Sie bereit, den Obersten Sanitätsrat auf eine viel breitere Basis unter Einschluß der naturwissenschaftlichen Disziplinen wie Physik, Chemie, Mathematik, Statistik (nicht nur von Ärzten betriebene "medizinische" Statistik), Biologie, sowie von Ganzheits- und Alternativmedizinerinnen und Sachkennern aus dem Bereich der Verbraucher, des Patientenschutzes, sachkundigen Kritikern in medizinischen und gesundheitspolitischen Belangen zu stellen und eine entsprechende Gesetzesvorlage vorzubereiten?

b1) Der Oberste Sanitätsrat soll den Bundesminister zweifellos wissenschaftlich und nicht politisch beraten und nicht selbst Politik betreiben. Seine Gutachten müssen wissenschaftlichen Charakter haben, daher nachvollziehbar und überprüfbar sein und dürfen, ebenso wie die aus den Gutachten erfließenden Empfehlungen, nicht den Charakter von Dogmen aufweisen.

Es ist daher unerlässlich, daß die wissenschaftlichen Gutachten und daraus resultierenden Empfehlungen des OSR und seiner Referenten, die ja in der Regel auf wissenschaftlicher Literatur gegründet sind, der interessierten Öffentlichkeit zugänglich sind und hier nicht "Geheimwissenschaft" betrieben wird.

Daher ist es unverständlich und durch Nichts zu rechtfertigen, daß Sie die von uns angefragten Gutachten und Empfehlungen des OSR in der Fluorangelegenheit offensichtlich nicht herausgeben wollen und unsere diesbezügliche Anfrage nicht beantwortet haben, als ob es hier Peinlichkeiten zu verstecken gäbe.

Der OSR hat sich in seiner Vollversammlung schon relativ oft mit der Fluorproblematik befaßt, was auf die Schwierigkeiten und offenen Fragen bei den Fluoraktionen hinweist. Wir fragen daher nochmals:

Sind Sie bereit, alle Gutachten, Stellungnahmen, und Empfehlungen des OSR und seiner Referenten, dessen Vollversammlung sich nach Ihren Ausführungen 1955, 1966, 1970, 1972, 1976 (zweimal), 1979, 1982, 1984, 1987, 1989 mit der Fluorproblematik befaßt hat, herauszugeben und uns vollinhaltlich zur Verfügung zu stellen?

c1) Anlässlich der Aufhebung der Rezeptpflicht für die Fluortabletten im Jahre 1974 hat sich Ihr Ressort auf eine Empfehlung des OSR berufen, obwohl die

Beurteilung zur Aufhebung der Rezeptpflicht nach dem Gesetz eine Angelegenheit der anders zusammengesetzten Rezeptpflichtkommission und nicht des Obersten Sanitätsrates ist.

In Ihrer Anfragebeantwortung vom 22. Juni 1992 (Seite 10) teilen Sie mit, daß der OSR seine Tätigkeit in Vollversammlungen ausübt, auf Seite 3, daß er die Aufhebung der Rezeptpflicht in seiner Vollversammlung am 22. Juni 1974 empfohlen habe. In der Aufzählung der Termine auf S. 11 Ihrer Anfragebeantwortung fehlt dieses Datum und mit Schreiben vom 15.1.1975 teilte OSR-Gutachter Prof. KRAUPP Ing. ZIEGELBECKER mit, der OSR habe die Aufhebung der Rezeptpflicht in seiner Sitzung vom 14.11.1974 beraten.

Wann und in welcher Sitzung hat die Vollversammlung des OSR die Aufhebung der Rezeptpflicht für Fluortabletten wirklich beschlossen und mit welchem Text, wann hat die Rezeptpflichtkommission die Aufhebung der Rezeptpflicht beschlossen oder empfohlen und sind Sie bereit, die schriftlichen Gutachten sowie die Empfehlungen des OSR und der Rezeptpflichtkommission herauszugeben?

d1) Unsere Fragen 2.b,c,d,e,f,g,h,j,k,l,m) wurden von Ihnen unvollständig, gar nicht, oder ausweichend beantwortet.

Wir wiederholen daher unsere Fragen zu diesen Punkten im vollen Wortlaut unserer Anfrage vom 23.4.1992 mit dem Ersuchen, die Fragen nunmehr vollständig zu beantworten.

e1) Entgegen Ihrer Darstellung S. 11 haben wir nicht behauptet, daß die Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundheit (ÖAV) eine von Pharmafirmen getragene, sondern eine von Pharmafirmen mitgetragene Einrichtung ist (unsere Fragen 2. 1) und 2. m)).

Unsere Frage 3. e) "Welche Beträge wurden der Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundheit sowie deren Sektion Jugendzahnpflege seit ihrem Bestehen jährlich zur Verfügung gestellt und zu welchem Zweck?" wurde von Ihnen überhaupt nicht beantwortet.

1. *Wo war der Sitz der ÖAV in den letzten 20 Jahren und wo ist er heute (genaue Adresse und Zeitraum)?*

2. *Waren oder sind Beamte Ihres Ressorts Mitglieder oder Funktionäre der ÖAV? Wenn ja, wer (Name und Funktion in Ihrem Ressort sowie in der ÖAV) und wurden von Ihrem Ressort und/oder der ÖAV Zuwendungen, Vergütungen, Entgelte an die betreffenden Beamten für ihre Tätigkeit in der ÖAV entrichtet, welche und in welchem Ausmaß?*

3. *Wie wurde und wird die ÖAV finanziert und von wem, wer hat ihre teilweise kostspieligen Aussendungen zur Fluor-Propaganda finanziell abgedeckt, welchen Anteil hat/hatte daran die Pharmaindustrie (welche?) und welchen Ihr Ressort?*

4. *Welche Beträge wurden der ÖAV sowie deren Sektion Jugendzahnpflege seit ihrem Bestehen jährlich zur Verfügung gestellt und zu welchem Zweck?*

5. *Erhielt der Präsident der ÖAV für seine Tätigkeit in der ÖAV in den letzten 10 Jahren Zuwendungen, Vergütungen, Entgelte, wenn ja welche und von wem?*

6. Wo, von wem und auf welche Kosten wurden und werden die administrativen Arbeiten für die ÖAV sowie für deren "Sektion Jugendzahnpflege" (Zeitraum, Kosten, Personen, Ort aufgeschlüsselt) abgewickelt?

Zu Ihrer Beantwortung unserer Frage 3.:

Zu Ihrer Beantwortung unserer Frage a) und b) verweisen wir auf unsere Ausführungen in unserer heutigen Anfrage im Abschnitt "Zu Ihrer Beantwortung unserer Frage 1". Aus den dort angeführten Gründen können wir Ihre Anfragebeantwortung zu den Punkten a) und b) nicht akzeptieren.

Unsere Fragen c bis m wurden von Ihnen unvollständig, ausweichend und in wesentlichen Belangen überhaupt nicht beantwortet.

Sie teilen uns mit, daß Akten nach der derzeit in Ihrem Ressort gültigen Skartierungsordnung bereits nach 7 Jahren aus der Ablage ausgeschieden werden dürfen. Uns erscheint dieser Zeitraum für das Gesundheitsressort, in dessen Tätigkeitsbereich viele langfristige Vorgänge des Lebens und gesundheitspolitische Entwicklungen mit hineinspielen, viel zu kurz.

Es erscheint uns merkwürdig, daß Sie zwar Angaben über Aufwendungen in weiter zurückliegenden Zeiten machen, nicht aber, wonach wir ebenfalls gefragt haben, in den letzten Jahren.

So hören z.B. Ihre Angaben über die Subventionen an die 1974 gegründete Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheitserziehung (AGZ) im Jahre 1985 auf, obwohl an diesen Verein, der nach wie vor "Im Auftrag der Gesundheits- und Schulbehörden ..." tätig ist (Schreiben der AGZ vom "Frühjahr 1992" an die Schuldirektionen) auch nach 1985 nicht unerhebliche Mittel geflossen sein dürften. Außerdem erhebt sich die Frage, ob außer den von Ihnen angeführten relativ geringfügigen Subventionen nicht auch andere Gelder an die AGZ, in deren Vorstand ständig ein Spitzenbeamter Ihres Ressorts sitzt, für deren aufwendige personellen und sachlichen Aktivitäten und den Bürobetrieb geflossen sind.

Da Ihrem Ressort die jährlichen Gesamtaufwendungen für die "Fluor-Kariesprophylaxe" bekannt sind, haben wir unter lit c) danach gefragt. Diese Frage wurde von Ihnen nicht beantwortet.

Die von Ihnen angegebenen Beträge Ihres Ressorts zum Ankauf von Fluor-Tabletten in der Größenordnung von 1 bis 2 Millionen Schilling erscheinen relativ gering und spielen die Kostenfrage herab.

Derzeit kostet eine Packung Zymafluor-Tabletten mit 100 Stück zu 1 mg (1 Tablette pro Tag), was etwa dem Tablettenaufwand für ein halbes Schuljahr entspricht, in der Apotheke s 53.-. Rechnet man einen Tablettenbezug für derzeit 600.000 Schüler pro Schuljahr (früher waren es ca. 900.000), so ergibt sich derzeit ein Apothekenpreis für das Schuljahr von $53 \times 2 \times 600.000 = 63,6$ Millionen Schilling pro Jahr. Rechnet man, daß die staatlichen Einrichtungen die Fluortabletten heute um den halben Preis erhalten, so kostet allein der Tablettenbezug für das Schuljahr 1991/92 immerhin noch 31,8 Millionen Schilling, dem nur 1,67 Millionen Schilling Ihres Ressorts gegenüberstehen. Die Frage ist daher, wer die übrigen Kosten der von Ihrem Ressort so leidenschaftlich empfohlenen und vehement verteidigten Fluortablettenaktion wirklich trägt.

Anhand einer Fluortabletten-Nachbestellung des Amtes der Oberösterreichischen Landesregierung im Februar 1986 zum Preis von S 82.500.- für 750.000 Zymafluor-Tabletten bei der Firma GEBRO kann eine Kontrollrechnung durchgeführt werden. Demnach kostete 1 Tablette 1986 dem Land $82.500/750.000 = 0,11$ Schilling, was S 22.- pro Kind und Jahr entspricht und umgerechnet auf 600.000 Schüler an 200 Schultagen (1 Tablette pro Tag) 13,2 Millionen Schilling ausmacht, dem ein Aufwand von nur 1,175 Millionen Schilling für den Tablettenankauf durch Ihr Ressort im Jahre 1986 gegenübersteht.

Zwischen dem Apothekenpreis und dem Behördenpreis besteht also ein enormer Unterschied von fast 5 : 1 und es hat den Anschein, als ob bei der Behördenaktion noch von irgendwoher "stille Gelder" fließen.

Nach Ihren Ausführungen in der Anfragebeantwortung hat Ihr Ressort für die Fluor-Tablettenaktion in den letzten 20 Jahren für alle Maßnahmen einschließlich Forschung und Werbung insgesamt nur ca. 38 Mio S ausgegeben, nach den obigen Berechnungen kostete jedoch allein der Tablettenankauf auf der billigsten Preisbasis von 1986 nicht weniger als 264 Mio S.

Da unsere parlamentarische Anfrage vom 23. 4. 1992 von Ihnen nicht entsprechend beantwortet wurde, stellen wir folgende Fragen:

1. *Wie hoch waren die jährlichen Gesamtkosten für die Fluoraktionen in Österreich in den letzten 20 Jahren, von wem wurden sie getragen und wie schlüsseln sie sich anteilmäßig auf?*
2. *Welche Beträge hat die Firma GEBRO in dieser Zeit erhalten und wer hat die Tätigkeit ihrer Pharmavertreter in den Schulen empfohlen, bewilligt, organisiert, und bezahlt?*
3. *Hinsichtlich der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundheit (ÖAV) und ihrer "Sektion Jugendzahnspflege" wurde unsere Anfrage vom 23.4.1992 ebenfalls nicht beantwortet und wiederholen wir hier unsere Frage 3. lit e1) Zi 1-6 in unserer heutigen Anfrage (S. 64/65);*
 - a) *Wer ist der Vertreter Ihres Ressorts im Präsidium der ÖAV?*
4. *Unsere Anfrage über die Beträge, welche die Werbefirma der Pharma- und Kosmetikindustrie "Österreichische Gesellschaft für Zahnhygiene (ÖGZ)" erhalten hat, wurde ebenfalls nicht beantwortet, obwohl u.a. deren jährlich durchgeführte "Zahnbeutelaktion" und verschiedene Werbeaktionen für die Fluoridierung zumindest teilweise finanziert worden sind. Wir wiederholen daher unsere Frage:*
 - a) *Welche Beträge wurden der ÖGZ seit deren Gründung jährlich bis heute zur Verfügung gestellt und zu welchem Zweck?*
5. *Die der Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheitserziehung (AGZ), in der seit der Gründung Spitzenbeamte Ihres Ressorts im Vorstand saßen und sitzen, nach Ihren Angaben jährlich zur Verfügung gestellten Mittel erscheinen uns außergewöhnlich gering und hören Ihre Angaben im Jahre 1985 auf, obwohl dieser Verein noch im Jahre 1992 sehr aktiv war.*
 - a) *Welche Beamten Ihres Ressorts saßen und sitzen jeweils im Vorstand der AGZ, haben diese Beamten irgendwelche Zuwendungen, Vergütungen, Entgelte für ihre Tätigkeit in der AGZ erhalten oder handelt es sich bei deren Tätigkeit um eine "Lebende Subvention"?*

b) Wer finanziert diesen Fluor-Propagandaverein AGZ und seinen erheblichen Aufwand außer Ihrem Ressort, das mit einem Spitzenbeamten darin vertreten ist, noch?

c) Wie hoch waren die von Ihnen in Ihrer Anfragebeantwortung nicht angegebenen jährlichen Subventionen und sonstigen Mittel für die AGZ durch Ihr Ressort für die Jahre 1986 - 1991/92?

6. Ihre Angaben über die Zuwendungen an den äußerst gut dotierten Verein Fonds "Gesundes Österreich" (1988 sollen es ca. 10 Mio S gewesen sein), dessen Vorsitz Sie persönlich führen, erscheinen uns zu bescheiden und unvollständig.

a) Waren die von Ihnen für das Jahr 1988 angegebenen 2,694.000.- S nur für Maßnahmen und Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Zahngesundheit bestimmt oder auch für Maßnahmen und Tätigkeiten auf dem Gebiet der Herz- und Kreislauferkrankungen und wenn ja, wie hoch waren die anteiligen Mittel?

b) Ist aus diesem Betrag von S 2,694.000.- auch die Zahnstatus-Erhebung an 6jährigen Kindern in allen Bundesländern und die WHO-Pilot-Studie an 12jährigen Kindern in Wien, Tirol, und der Steiermark finanziert worden und wie hoch waren die anteiligen Kosten?

c) Welche Beträge hat der Fonds "Gesundes Österreich" in dem von Ihnen nicht angeführten Zeitraum 1989-1992 erhalten und zu welchem Zweck?

d) Ist es richtig, daß laut Zeitungsberichten der Geschäftsführerin der Steirischen Gesellschaft für Gesundheitsschutz in Graz und gleichzeitig auch Geschäftsführerin des Fonds "Gesundes Österreich" in Wien, Dr. Lindi KALNOKY, für Ihre Reisen nach Wien, die sie meist kostenlos mit Dienstautos des Landes Steiermark durchführte, und für ihre Tätigkeiten beim Fonds "Gesundes Österreich" vom Fonds "Gesundes Österreich" Kilometergelder in einer 5-stelligen Höhe als Arbeitsentgelt und Entschädigung ausbezahlt wurden und in welcher Höhe?

e) Wer sind die beiden Vertreter Ihres Ressorts im Fonds "Gesundes Österreich" jetzt und wer war es 1988?

7. Die Steirische Gesellschaft für Gesundheitsschutz hat 1982, 1983, 1984, 1985, 1987, 1991 zusammen 1,445 Millionen Schilling erhalten.

a) Welche Beträge hat sie in den Jahren 1988-1991 noch erhalten?

b) Haben außer der Steirischen Gesellschaft für Gesundheitsschutz auch andere um die Zahngesundheit bemühte Vereine wie etwa der Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin in Vorarlberg und ähnliche Vereine in anderen Bundesländern Subventionen oder andere Zuwendungen (z.B. durch Ankauf von Medikamenten, Kosmetika, Zahnbürsten, etc.) erhalten, wann und in welcher Höhe?

c) Warum sollte die Steirische Gesellschaft für Gesundheitsschutz ausgerechnet in den steirischen Schulen von Ihrem Ressort gespendete Fluorzahnpasten (die übrigens zum Teil an die Schüler weiterverkauft wurden) verteilen, obwohl Ihrem Ressort gut bekannt war, daß die Steiermärkische Landesregierung die Verteilung sämtlicher fluorhaltigen Medikamente und Kosmetika in den Schulen ablehnte, und wurden von Ihrem Ressort hierfür S 300.000.- aufgewendet?

8. Für Aufklärungsschriften geben Sie für den Zeitraum 1974-1985 insgesamt S 1,255.- Millionen an, davon S 98.000.- für die AGZ. Die AGZ verschickt jedoch auch jetzt noch große Mengen aufwendigen Aufklärungsmaterials. Für 1986-1991 fehlen Ihre Angaben.

a) Wie hoch war der Aufwand Ihres Ressorts für Aufklärungsschriften für 1986 - 1991 und welchen Anteil hatte daran die AGZ?

b) Wer hat die inhaltliche Richtigkeit dieser Aufklärungsschriften überprüft?

9. Zum Schriftwechsel mit Herrn Bundespräsidenten Dr. KIRCHSCHLÄGER ist folgendes festzuhalten:

Der Termin von Ing. ZIEGELBECKER bei Bundesminister Dr. SALCHER kam erst auf Vermittlung von Bundesminister Otto RÖSCH zustande. Zuvor hatten Beamte von Dr. SALCHER jeden Termin verhindert. Das Gespräch mit Bundesminister Dr. SALCHER wurde bereits im Februar 1980 erbeten, fand aber erst am 18. November 1980 statt. Dr. SALCHER sagte Ing. ZIEGELBECKER, seine Beamten hätten das Gespräch mit allen Mitteln verhindern wollen, bis es ihm zuviel geworden sei. Deshalb habe er auch keine Beamten zu dem Gespräch zugezogen, um sich unbeeinflusst ein Bild machen zu können. Nach dem Gespräch sagte Bundesminister Dr. SALCHER, der auch in der Lage war, statistischen Fragestellungen und Darstellungen rasch zu folgen, es sei ihm nun vieles klar geworden. Ing. ZIEGELBECKER habe das richtig erkannt, er werde Maßnahmen ergreifen, überlege auch die Einstellung der Fluortablettenaktion, und brachte dann Ing. ZIEGELBECKER mit seinem Auto persönlich zum Südbahnhof zum Zug. Bundesminister Dr. SALCHER sprach im Auto auch von Korruption.

Der Brief von Ing. ZIEGELBECKER vom 25.11.1980 an Bundesminister Dr. SALCHER mit dem positiven Hinweis bezieht sich auf die Situation während und nach diesem Gespräch. Bundesminister Dr. SALCHER konnte seine Vorhaben nicht mehr verwirklichen, weil er nur etwa zwei Wochen später überraschend zum Finanzminister bestellt wurde. Nach dem Ministerwechsel wurde die Situation von den Beamten wieder "umgedreht" und der alte Zustand wieder hergestellt.

In dieser Angelegenheit existiert ein umfangreicher Schriftwechsel samt Beilagen, den zu studieren ratsam ist.

Nach den Unterlagen von Ing. ZIEGELBECKER stellt sich der Schriftverkehr nicht ganz so dar wie in Ihrer Anfragebeantwortung. Das Schreiben von Bundespräsident Dr. KIRCHSCHLÄGER vom 22. August 1980 ("Vorwürfe eines fast an die Grenze der Strafbarkeit herankommenden Verhaltens") blieb durch Ihr Ressort unbeantwortet. Am 11. Mai 1981 urgierte Ing. ZIEGELBECKER beim Herrn Bundespräsidenten die im Schreiben vom 22. August 1980 angekündigte Antwort des Bundesministers für Gesundheit und Umweltschutz und des Bundesministers für Unterricht und Kunst, worauf er von der Präsidentschaftskanzlei, Oberrat Dr. Klaus SYPAL, eine Mitteilung vom 29. Mai 1981 erhielt, daß der Herr Bundespräsident bei den beiden Ministern nochmals urgiert habe. Im Juli erhielt Ing. ZIEGELBECKER schließlich ein weiteres Schreiben des Herrn Bundespräsidenten vom 3. Juli 1981, der Herr Vizekanzler Dr. SINOWATZ habe nunmehr eine Stellungnahme abgegeben, welche sich auf ein Schreiben des Herrn Bundesminister Dr. STEYRER vom 7. Mai 1981 an den Herrn Vizekanzler stütze. Von einem Schreiben des Herrn Bundesministers Dr. STEYRER vom 29. Juni 1981 an Herrn Bundespräsident Dr. KIRCHSCHLÄGER ist darin keine Rede.

Sind Sie bereit, die Stellungnahmen von Bundesminister Dr. STEYRER an Vizekanzler Dr. SINOWATZ vom 7. Mai 1981 und an Bundespräsident Dr. KIRCHSCHLÄGER vom 29. Juni 1981 vorzulegen und in der Causa "Fluoraktionen" in Ihrem Ressort eine sorgfältige und unabhängige Prüfung dahingehend vorzunehmen, ob von den zuständigen (Medizinal-)Beamten dem Grundsatz der materiellen Wahrheit Genüge getan wurde?