

II-14087 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen
des Nationalrates XVIII. Gesetzgebungsperiode



BUNDESMINISTERIN

für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz
DR. CHRISTA KRAMMER

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

• GZ 114.140/60-I/D/14/94

17. JUNI 1994

Herrn
Präsidenten des Nationalrates
Dr. Heinz FISCHER
Parlament
1017 Wien

6413 IAB

1994 -06- 20

zu 6443 IJ

Die Abgeordneten zum Nationalrat Mag. Mag. Dr. Madeleine Petrovic, Freunde und Freundinnen haben am 20. April 1994 unter der Nr. 6443/J an mich beiliegende schriftliche parlamentarische Anfrage betreffend das "Bundesgesetz vom 17. April 1963 über den Verkehr mit Speisesalz", BGBl. 112/1963, Zwangsbehandlung der Bevölkerung mit jodiertem Speisesalz gerichtet.

Diese Anfrage beantworte ich wie folgt:

Zu den Fragen 1 und 3:

Die Jodierung des Speisesalzes beruht auf dem Bundesgesetz über den Verkehr mit Speisesalz, BGBl. Nr. 112/1963.

Die Maßnahme stützte sich auf den damaligen Stand der medizinischen Wissenschaft, dem sich die Experten des Obersten Sanitätsrates in einem positiven Gutachten anschlossen.

Aufgrund dieses Gesetzes darf Speisesalz nur dann mit der Bezeichnung "Vollsalz" in Verkehr gebracht werden, wenn ihm 10 Milligramm Kaliumjodid pro Kilogramm Speisesalz (seit 1990 20 mg KJ/kg Salz) zugesetzt werden.

- 2 -

Von einem "zwangswweisen Zusatz" kann nicht gesprochen werden, weil nach wie vor unjodiertes Speisesalz hergestellt und im Einzelhandel auf Wunsch abgegeben wird.

Ich sehe in dieser Maßnahme auch keine "medizinische Zwangsbehandlung", sondern eine Prophylaxemaßnahme, die im Einklang mit internationalen Empfehlungen steht.

Jod ist ein essentielles Spurenelement, das insbesondere für die Biosynthese der Schilddrüsenhormone erforderlich ist und dem Organismus zur Vermeidung gesundheitlicher Schäden mit der Nahrung zugeführt werden muß. Da Österreich aufgrund seiner geologischen Gegebenheiten ein Jodmangelgebiet ist, kann der Jodbedarf durch die heimischen Nahrungsmittel und das Trinkwasser nicht gedeckt werden.

Bei einer internationalen Tagung unter der Schirmherrschaft der WHO und der UNICEF im April 1992 in Brüssel wurde in Anbetracht der Tatsache, daß Jodmangel in Europa noch immer ein ernsthaftes Problem darstellt und der Kropf keine unbedenkliche Gesundheitsstörung ist, eine Empfehlung erarbeitet, in der die Etablierung nationaler Programme zur Beseitigung von Jodmangelstörungen ebenso gefordert wurde wie angemessene gesetzgeberische Maßnahmen, um die Verfügbarkeit und Anwendung von Speisesalz mit Jodzusätzen sicherzustellen.

Zu Frage 2:

Bereits in der Beantwortung der parl. Anfrage Nr. 6173/J habe ich zur Frage der Veröffentlichung von Gutachten und Sitzungsprotokollen des Obersten Sanitätsrates grundsätzlich und ausführlich Stellung genommen, weshalb ich in diesem Zusammenhang ökonomischerweise auf die erwähnte in Kopie beiliegende Beantwortung verweise.

- 3 -

Zu den Fragen 4 und 5:

In Österreich wird keine amtlich-epidemiologischen Statistik zur Inzidenz von Struma-Erkrankungen geführt. Untersuchungen über die Kropfhäufigkeit in Österreich und deren Epidemiologie vor Einführung der Jodprophylaxe wurden jedoch durchgeführt und ergaben eine beträchtliche Endemiedichte (Kropfhäufigkeit bei Schulkindern bis zu 50 %) bei einem allgemeinen Jodmangel (Harnjodausscheidung/Tag im Mittel 40-60µg). Bezogen auf den Richtwert der Pan American Health Organisation, werden Gebiete mit einer Harnjodausscheidung unter 50 µg als Kropfländer und unter 100 µg als Jodmangelländer eingestuft.

Seither wurden wiederholt Untersuchungen über die Auswirkungen der Jodsalzprophylaxe auf die österreichische Bevölkerung durchgeführt, die in etlichen Arbeiten Niederschlag gefunden haben: dabei wurde festgestellt, daß die Kropfendemie deutlich zurückgegangen war (Kropffrequenz bei Schulkindern ca. 15-25 %), jedoch nach wie vor ein mäßiger Jodmangel bestand (mittlere Harnjodausscheidung/g Kreatinin 65 - 76µg).

Insbesondere möchte ich auf die Studie des Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen "Schilddrüse und Vollsalz, Regionale Unterschiede bei Schilddrüsenerkrankungen und Auswirkungen des Speisesalzgesetzes (1982)" hinweisen.

Zu den Fragen 6, 12 und 13:

In den vergangenen 75 Jahren wurde von vielen Autoren immer wieder festgestellt, daß durch Jodzufuhr in endemischen Kropfgebieten bei Jodmangel der endemische Kropf beseitigt werden kann. Hierzu ist auch eine adäquate Salzjodierung als geeignet angesehen worden.

- 4 -

Die Häufigkeit von Krankheiten mit Schilddrüsenüberfunktion nimmt insgesamt dabei nicht nennenswert zu, es kommt jedoch zu einer Verschiebung im Typ der Schilddrüsenüberfunktion: nach einem passageren Ansteigen der Hyperthyreose bei toxischen Adenomen nimmt mit fortschreitender Elimination der Endemie diese Form der Hyperthyreose und die ähnliche bei sogenannten "multifokalen Autonomen" ab, während die immunogene Hyperthyreose vom Typ Basedow eher zunimmt. In diesem Zusammenhang hat die Österreichische Gesellschaft für Nuklearmedizin mitgeteilt, daß sie seit Erhöhung der Kochsalzjodierung eine Dokumentation über die Frequenz von Hyperthyreosen führt. Die entsprechenden Daten wurden von meinem Ressort angefordert.

Die Häufigkeit von Schilddrüsenkrebs ist seit Einführung der Jodprophylaxe - in Übereinstimmung mit internationalen Statistiken - annähernd gleich geblieben. Die Prognose von Schilddrüsenkrebs hat sich allerdings deutlich gebessert.

Aus der beiliegenden Statistik ist zu ersehen, daß der Schilddrüsenkrebs eine konstant sinkende Mortalität zeigt (Beilage x). Die Auswirkungen der Jodsalzprophylaxe auf die Struma maligna wurden auch in der ÖBIG-Studie "20 Jahre österreichisches Speisesalzgesetz" mit vorstehendem Ergebnis untersucht.

Zu Frage 7:

Seit dem Jahr 1991 werden dem KRAZAF folgende Leistungen aufgrund des Kataloges ausgewählter medizinischer Einzelleistungen für alle vom KRAZAF-bezugschußten Krankenanstalten (80 % der Bettenkapazität) gemeldet.

- 5 -

Pos.Nr.	Leistungsbezeichnung	1991	1992
2701	Operation an der Schilddrüse (Resektion, Lobektomie), Thyreoidektomie	7038	6517
2706	Op. an der Schilddrüse (Resektion, Lobektomie), Thyreoidektomie mit Thorakotomie	122	125
2711	Thyreoidektomie mit Lymphknotenresektion bei maligner Struma	132	123
2716	Erweiterte Thyreoidektomie bei maligner Struma (Ösophagus-, Trachea-, Larynxre- sektion)	22	11

Detaillierte Angaben im Sinne der Fragestellung sind nicht möglich.

Zu Frage 8:

Produktions- und Absatzziffern von jodiertem Kochsalz liegen meinem Ressort nicht vor.

Zu Frage 9:

Ich habe die Anfrage zum Anlaß genommen, um die Ämter der Landesregierungen um die Übermittlung eventuell vorhandener diesbezüglicher Daten zu ersuchen.

Zu den Fragen 10 und 11:

Durch die Novelle zum Speisesalzgesetz, BGBl. Nr. 288/1990, wurde die Menge des erlaubten Zusatzes von Kaliumjodid von 10 auf 20 Milligramm je Kilogramm Speisesalz erhöht.

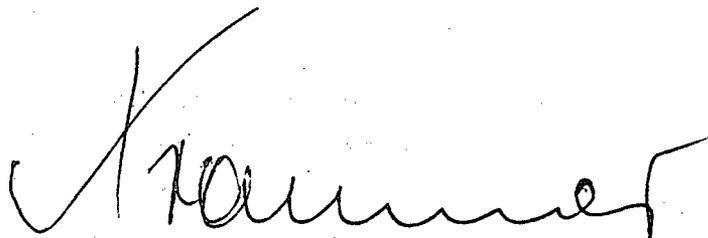
- 6 -

Diese Maßnahme wurde nötig, nachdem Untersuchungen an Kindern und Jugendlichen ergaben, daß trotz Durchführung der Jodprophylaxe noch immer ein mäßiggradiger Jodmangel mit daraus resultierendem Jodmangelkropf anzutreffen war. Durch die Verdoppelung des Kaliumjodidzusatzes zum Speisesalz wurde für eine ausreichende Jodzufuhr der Bevölkerung Sorge getragen und Jodmangeler-scheinungen vorgebeugt.

Die Erhöhung des Kaliumjodidgehaltes stand im Einklang mit gutachterlichen Stellungnahmen der Österreichischen Gesellschaft für Nuklearmedizin, des Obersten Sanitätsrates sowie einer Studie des österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen; die Novelle zum Speisesalzgesetz wurde vom Nationalrat einstimmig beschlossen.

Zu Frage 14:

Seit Einführung der Salzjodierung ist es zu einem deutlichen Absinken der kongenitalen Hypothyreose und der Hypothyreose im Erwachsenenalter gekommen, eine geringfügige Zunahme der Immuntthyreoiditis Hashimoto ist in erster Linie wohl durch eine verbesserte Diagnostik zu erklären (siehe Beilage xx).



Nr. 644313

BEILAGEN

1

1994-04-20

ANFRAGE

der Abgeordneten Mag.Mag.Dr. Madeleine Petrovic, Freunde und Freundinnen
an die Bundesministerin für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz

betreffend das "Bundesgesetz vom 17. April 1963 über den Verkehr mit Speisesalz", BGBl. 112/1963, Zwangsbehandlung der Bevölkerung mit jodiertem Speisesalz.

Mit diesem Gesetz wird gemäß § 2 Abs. 1 der Zusatz von 10 Milligramm Kaliumjodid je Kilogramm Speisesalz angeordnet und ist dieses jodierte Salz unter der Bezeichnung "Vollsalz" in Verkehr zu bringen. Unjodiertes Speisesalz darf gemäß § 2 Abs. 3 vom Hersteller oder Importeur an Wiederverkäufer oder Verbraucher nur auf ausdrückliches Verlangen abgegeben werden. Gemäß § 4 kann der Landeshauptmann anordnen, daß für Gebiete, in denen zufolge Jodmangels Kropf gehäuft auftritt, a) im Einzelhandel ausschließlich Vollsalz (jodiertes Salz) feilzuhalten und zu verkaufen ist; b) bei gewerbsmäßiger Herstellung von Brot und Backwaren ausschließlich Vollsalz (jodiertes Salz) zu verwenden ist.

Damit liegt eine medizinische Zwangsbehandlung eines Großteils oder der gesamten österreichischen Bevölkerung über die Ernährung vor. De facto ist es so, daß unjodiertes Speisesalz und offenbar auch Brot und Backwaren ohne Jodzusatz nicht erhältlich sind.

Eine Deklaration des medizinischen Jodzusatzes zum Speisesalz ist weder vorgeschrieben noch auf den Packungen enthalten, sodaß die Bevölkerung großteils davon keine Kenntnis hat. Die medizinische (Zwangs-)Behandlung der österreichischen Bevölkerung mit jodiertem Salz erfolgt daher unter krasser Verletzung der Aufklärungspflicht, die im Falle von prophylaktischen medizinischen Maßnahmen besonders streng zu handhaben ist. Sie stellt eine Entmündigung des Bürgers dar. Die "Zustimmung" der Betroffenen ist rechtsunwirksam. Der mit der medizinisch wirksamen Jodbehandlung der Schilddrüse erfolgende Eingriff in den Körper durch den Kaufmann, Bäcker, etc. ist gemäß § 110 StGB strafbar und stellt überdies gemäß § 184 StGB eine Kurpfuscherei dar..

Während Ihr Ministerium altbewährte Heilkräuter wie Huflattich, Beinwell, Kreuzkraut, Pestwurz, Wasserhanf, Färberkrapp, und daraus hergestellte Arzneimittel per 1. August 1994 auch in homöopathischen Dosierungen verbietet, wird ein Großteil der österreichischen Bevölkerung, ebenfalls auf Betreiben Ihres Ministeriums, per gesetzlicher Anordnung und unter Strafandrohung gegen Hersteller und Importeure bei Unterlassung des Zusatzes des keineswegs harmlosen Halogens Jod zum Speisesalz, zu Brot und Backwaren u.a.m., ohne echte und kontrollierte medizinische Indikation mit dem Halogen Jod an der Schilddrüse zwangsbehandelt.

Meerschwammasche war schon in der vorchristlichen chinesischen Medizin als Kropfheilmittel bekannt. 1811 wurde Jod von B. Courtois entdeckt. J.F. Coindet vermutete Jod als wirksamer Bestandteil in der Meerschwammasche und konnte 1820 die kropfheilende Wirkung von Jodlösungen zeigen. Schon ein Jahr später mußte er allerdings über das Auftreten von "Jodismus" bei höheren Dosen berichten. 1825 beschrieb M. Roulin die kropfheilende Wirkung der Sole einer Salzmine in Kolumbien, 1833 empfahl er die Verwendung jodhaltigen Salzes zur Kropfbekämpfung. Die Verwendung jodhaltigen Salzes konnte sich damals nicht durchsetzen, vor allem weil die Dosen zu hoch waren. 1896 konnte E. Baumann in Freiburg

i.Br. erstmals Jod in der Schilddrüse nachweisen. 1915 zeigte H. Hunziger an Schulkindern, dass 100 Mikrogramm Jod genügten, um das Auftreten von Kröpfen zu verhindern und kleine diffuse Strumen zum Verschwinden zu bringen.

Jod ist ein keineswegs harmloses, sondern ein schon in sehr geringen Dosierungen medizinisch hochwirksames Halogen, das in den Hormonhaushalt der Schilddrüse und damit in alle Stoffwechselfvorgänge des Körpers, die die Schilddrüse steuert oder mitbeeinflusst, eingreift. Daher ist Jod Bestandteil von Medikamenten (Schilddrüsenpräparate, aber auch Expectorantien). Unkontrollierte Jodzufuhr kann auch zu Erkrankungen wie Kropf, Basedow (Schilddrüsenüberfunktion) u.a.m. führen. Jodpräparate können zentrale Erregung, Hautausschlag, Kopfschmerzen, Schwindel, Magen-Darm-Störungen, Blutschäden, Psychosen, Durchfall, Gewichtsverlust hervorrufen, bei Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten auch zu Angina pectoris und Herzinfarkt führen. Jodidhaltige Röntgenkontrastmittel beeinflussen die Schilddrüse insgesamt negativ. Niedrige Dosen von Jod können auch eine Schilddrüsenüberfunktion provozieren. Die vorbeugende Einnahme von Jod hat in manchen Gegenden sogar zu einem Ansteigen der Kropfkrankheiten geführt.

Jodmangel in Gebirgstälern tritt heute durch geänderte und verbesserte Ernährungsbedingungen und Ausbau zentraler Wasserversorgungen bei weitem nicht mehr so häufig auf. Andererseits leidet heute bereits ein hoher Prozentsatz der österreichischen Bevölkerung an krankhaften Veränderungen der Schilddrüse, die auf künstliche Jodzusätze zurückgeführt werden, sodaß die generelle und unkontrollierte, der Bevölkerung weithin unbekannt, weil nicht deklarierte zwangsweise Zufuhr von Jod über das Speisesalz (Vollsalz) medizinisch und volksgesundheitlich überaus bedenklich ist. Deshalb hat es von medizinischer Seite auch lange Zeit warnende Stimmen vor einer unkontrollierten generellen Behandlung der Schilddrüsen aller Österreicher mit jodiertem Kochsalz gegeben, die offenbar von einer Lobby überstimmt wurden.

Die unterfertigten Abgeordneten stellen daher an die Frau Bundesministerin für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz folgende

A n f r a g e

- 1) Wann, von wem und auf welchen wissenschaftlich nachvollziehbaren Grundlagen (Literatur) wurde der generelle und zwangsweise Zusatz von Jod zum Speisesalz in Österreich empfohlen?
- 2) Sind Sie bereit, die Protokolle und Gutachten herauszugeben, falls die Empfehlung durch den Obersten Sanitätsrat erfolgte und wer hat daran mitgewirkt?
- 3) Wer ist für die generelle und nicht deklarierte, fortdauernde medizinische Zwangsbehandlung der gesamten österreichischen Bevölkerung mit jodiertem Kochsalz verantwortlich und sind Sie bereit, diesen unerträglichen Zustand sofort abzustellen?
- 4) Wurden Untersuchungen über die Kropfhäufigkeit in Österreich und deren geographische Verteilung vor Einführung der "Jodprophylaxe" gemacht und wenn ja, wie wurden diese bei der Salzjodierung konkret berücksichtigt?
- 5) Wurden laufend geeignete Untersuchungen zur Überwachung der Auswirkungen der Salzjodierung an der österreichischen Bevölkerung durchge-

führt? Wenn ja, wann, wie, wo, von wem, mit welchem Ergebnis (bitte auch Angabe der betreffenden Studien und Literatur)? Wenn nein, warum nicht?

- 6) Wurde wissenschaftlich schlüssig erhoben, wie sich der Zustand der Schilddrüsen und das Auftreten von Kropf als Folge der Salzzodierung verbessert und ob sich das Auftreten von Schilddrüsenüberfunktion, Basedow, anderen Schilddrüsenenerkrankungen einschließlich Schilddrüsenkrebs seit Einführung der Salzzodierung bei der Bevölkerung verschlechtert hat? Wenn ja, mit welchem Ergebnis? Wenn nein, warum nicht und werden Sie eine solche Untersuchung sofort in die Wege leiten?
- 7) Seit Einführung der Salzzodierung 1963 wurde die Technik der Kropfoperationen verbessert, was zweifellos zu häufigeren Kropfoperationen und damit seltener als früher sichtbaren Kröpfen geführt hat. Die Abnahme der Kröpfe dürfte daher auch in einem beachtlichen Ansteigen der Kropfoperationen gelegen sein.

Wieviele Kropf- und Schilddrüsenoperationen wurden in den österreichischen Spitälern in den letzten 10, 20, 30 Jahren durchgeführt, aufgeschlüsselt nach Jahren, Spitälern, Geschlecht, Alter, Schilddrüsenenerkrankungen durch Unterfunktion, Überfunktion, anderen Ursachen, und Schilddrüsenkrebs?

- 8) Wieviele Tonnen jodiertes Kochsalz wurden in den letzten 30 Jahren seit Einführung der generellen zwangsweisen Salzzodierung in Österreich jährlich produziert und/oder abgesetzt?
- 9) Gibt es Gegenden in Österreich, wo vorzugsweise unjodiertes und als solches deklariertes Kochsalz abgesetzt wird? Wenn ja, aus welchen Gründen und welche Gegenden sind dies? In welchen Gegenden und Bundesländern ist (ev. auf Anordnung des Landeshauptmannes) nur jodiertes Kochsalz im Handel?
- 10) Wurde das Salzgesetz "Bundesgesetz vom 17. April 1963 über den Verkehr mit Speisesalz", BGBl. 112/1963, seither geändert? Wenn ja, wann, warum, und wie?
- 11) Wurde die seinerzeit vorgeschriebene Jodkonzentration von 10 Milligramm erhöht? Wenn ja, wann und aus welchen konkreten medizinischen Gründen (Literatur, Gutachten, empfehlende Organe (Oberster Sanitätsrat, Ärzte, etc.))?
- 12) Wurde untersucht, ob es seit Einführung der Salzzodierung zu einer Zunahme der Basedow-Erkrankungen gekommen ist? Wenn nein, warum nicht? Wenn ja, wann, von wem, und wo sind die Ergebnisse dokumentiert?
- 13) Wurde untersucht, ob es seit Einführung der Salzzodierung zu einer Zunahme der Schilddrüsenenerkrankungen an Krebs gekommen ist? Wenn nein, warum nicht? Wenn ja, mit welchem Ergebnis und wo dokumentiert?
- 14) Wurde untersucht, ob es seit Einführung der Salzzodierung zu einer Zunahme anderer als der vorgenannten Schilddrüsenenerkrankungen gekommen ist? Wenn nein, warum nicht? Wenn ja, welcher und wo dokumentiert?

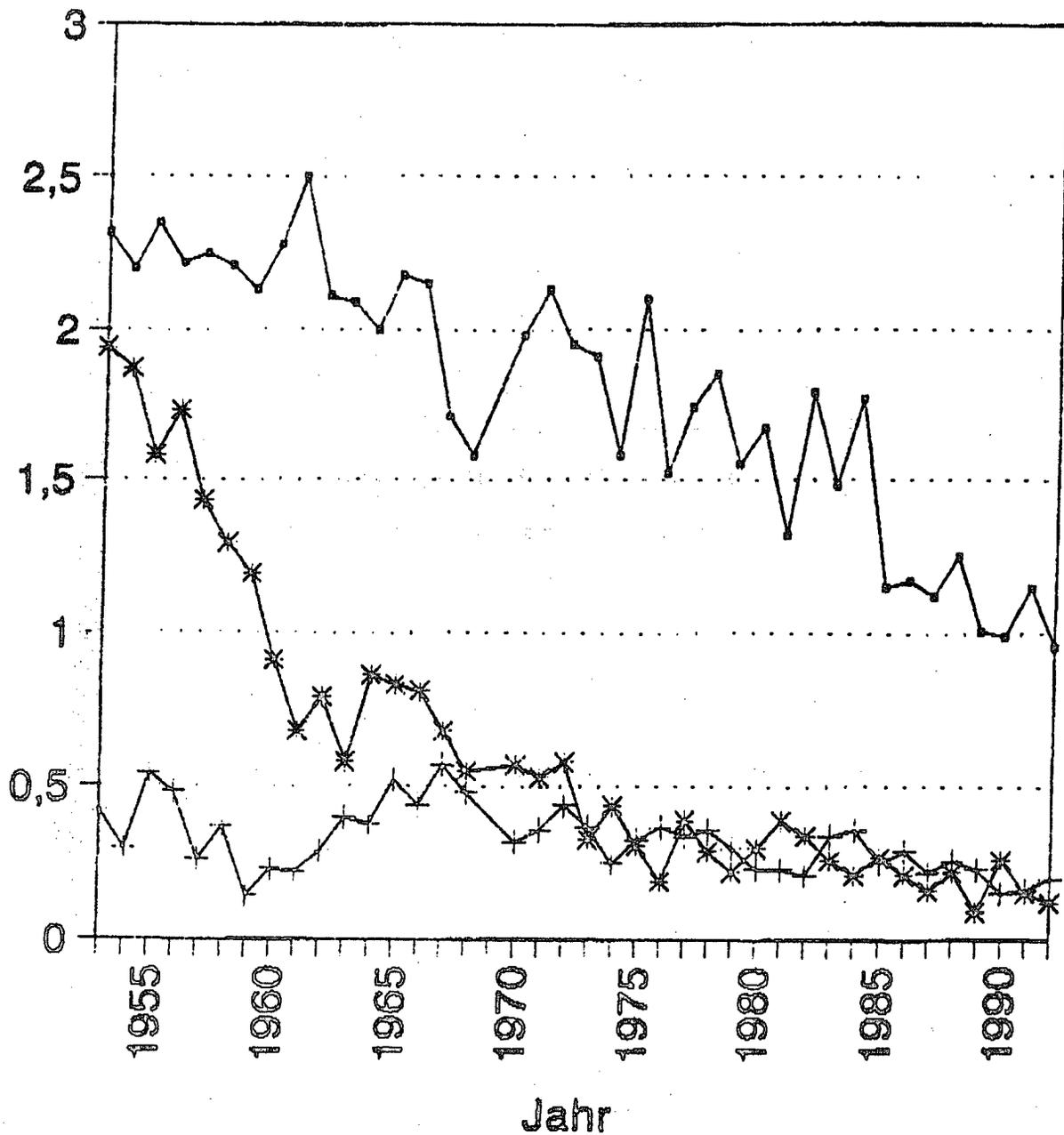
Sterblichkeit - Schilddrüsenerkrankungen-Österreich

Altersstandardisierte Raten auf 100000
(WHO-Europe-Standard-Population)

Todesursache: Schilddrüsenerkrankheit
 ◊ Krebs + Hyperthyreose * Sonstige

Beleg X)

Sterbefälle/100000



Quelle: ÖSTAT

**STERBEFÄLLE
ALTERSSTANDARDISIERTE RATEN AUF 100000
(WHO-EUROPE-STANDARD-POPULATION)***Beilage XX)*

	SD- KREBS	HYPER THYR	ANDERE SD-KH
1953	2.32	0.42	1.94
1954	2.20	0.30	1.87
1955	2.35	0.54	1.58
1956	2.22	0.48	1.73
1957	2.25	0.26	1.43
1958	2.21	0.37	1.29
1959	2.13	0.14	1.19
1960	2.28	0.23	0.91
1961	2.50	0.22	0.68
1962	2.11	0.29	0.79
1963	2.09	0.40	0.58
1964	2.00	0.38	0.86
1965	2.18	0.52	0.83
1966	2.15	0.44	0.81
1967	1.71	0.57	0.68
1968	1.58	0.48	0.55
1970	1.98	0.32	0.57
1971	2.13	0.36	0.53
1972	1.95	0.44	0.58
1973	1.91	0.37	0.33
1974	1.58	0.25	0.44
1975	2.10	0.33	0.31
1976	1.52	0.37	0.19
1977	1.74	0.34	0.39
1978	1.85	0.36	0.29
1979	1.55	0.30	0.22
1980	1.67	0.23	0.30
1981	1.32	0.23	0.39
1982	1.79	0.21	0.34
1983	1.48	0.34	0.26
1984	1.77	0.36	0.21
1985	1.15	0.25	0.27
1986	1.17	0.29	0.21
1987	1.12	0.22	0.16
1988	1.25	0.26	0.22
1989	1.01	0.23	0.09
1990	0.99	0.15	0.26
1991	1.15	0.16	0.15
1992	0.96	0.20	0.12

QUELLE: ÖSTAT

**BUNDESMINISTERIN**

für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz
DR. CHRISTA KRAMMER

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

• GZ 114.140/23-I/D/14/94

Herrn
Präsidenten des Nationalrates
Dr. Heinz FISCHER
Parlament
1017 Wien

28. APR. 1994

Die Abgeordneten zum Nationalrat Petrovic, Freunde und Freundinnen haben am 1. März 1994 unter der Nr. 6173/J an meinen Amtsvorgänger eine schriftliche parlamentarische Anfrage betreffend Veröffentlichung der Sitzungsprotokolle des Obersten Sanitätsrates gerichtet, die folgenden Wortlaut hat:

- "1. In der amtlichen Zeitung wurde von den unterfertigten Abgeordneten noch nie ein Sitzungsprotokoll des Obersten Sanitätsrates entdeckt.
Warum kommt es nicht zu den gesetzlich vorgeschriebenen Veröffentlichungen?
2. Soferne bei einer Veröffentlichung öffentliche Rücksichten verletzt werden, um welche handelt es sich hierbei?
3. Soferne bei einer Veröffentlichung dienstliche Rücksichten verletzt werden, um welche handelt es sich hierbei?
4. Soferne bei einer Veröffentlichung Privatrücksichten verletzt werden, um welche handelt es sich hierbei?
5. Finden Sie es mit einem modernen Gesundheitssystem vereinbar, daß wichtige Entscheidungen hinter verschlossenen Türen getroffen werden?
6. Werden Sie die Veröffentlichung der Sitzungsprotokolle des Obersten Sanitätsrates anordnen?
Wenn nein, warum nicht?

Diese Anfrage beantworte ich wie folgt:

- 2 -

Zu den Fragen 1 bis 6:

Den Bestimmungen des Gesetzes vom 30. April 1870, RGBL.Nr. 68 (Reichssanitätsgesetz), im Hinblick auf die Einrichtung des Obersten Sanitätsrates als beratendes Organ für alle Fragen der Volksgesundheit im Gebiet der ehemaligen österreichisch-ungarischen Monarchie, wurde durch das Bundesministeriengesetz 1973, BGBl. Nr. 389, wiederverlautbart durch BGBl.Nr. 76/1986, idgF, derogiert.

Nach § 8 des erwähnten Gesetzes kann jeder Bundesminister zur Vorbereitung und Vorberatung der in den Aufgabenbereich des Ressorts fallenden Geschäfte Kommissionen einsetzen. Dem jeweiligen Minister obliegt es, die Zusammensetzung, den Vorsitz und die Meinungsbildung jeder von ihm eingesetzten Kommission festzulegen.

Der Oberste Sanitätsrat ist als Kommission im Sinne des Bundesministeriengesetzes anzusehen, die Bezeichnung wurde aus Gründen der Kontinuität beibehalten.

Vorschriften, ob und in welcher Weise die Fachmeinung der aufgrund des § 8 BMG eingerichteten Gremien veröffentlicht werden soll, finden sich im vorzitierten Paragraphen nicht. Es ist diesbezüglich als Rechtsgrundlage daher die derzeit gültige Geschäftsordnung mit den entsprechenden auf die Veröffentlichung von Protokollen und Gutachten bezughabenden Bestimmungen heranzuziehen.

Gemäß § 25 (1) Geschäftsordnung des Obersten Sanitätsrates obliegt die Verfügung über die allfällige Veröffentlichung der Gutachten und Sitzungsprotokolle dem Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz.

- 3 -

Gemäß Abs. 2 hat jede Veröffentlichung eines Gutachtens im Einvernehmen mit dem Verfasser zu erfolgen. In der Regel geschieht die Veröffentlichung in der von der Sektion Gesundheitswesen im Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz herausgegebenen Fachzeitschrift für das öffentliche Sanitätswesen in Österreich.

Die Veröffentlichung von Fachmeinungen des OSR erfolgt nach den vorgenannten Bestimmungen nicht automatisch und unreflektiert, sondern je nach dem in der Öffentlichkeit bestehenden Informationsbedürfnis nach wissenschaftlichen Aussagen.

Die Tagesordnungspunkte der Vollversammlungen des OSR allerdings werden in den "Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung" kontinuierlich veröffentlicht.

Von Entscheidungen hinter verschlossenen Türen kann nicht die Rede sein. Der OSR erarbeitet auf höchster wissenschaftlicher Kompetenz Entscheidungsgrundlagen, die vom Gesundheitsminister/von der Gesundheitsministerin gesundheitspolitisch in jeweils entsprechender Form umgesetzt werden.

