

Tätigkeitsbericht der Bioethikkommission

Oktober 2019 – Oktober 2020

Tätigkeitsbericht der Bioethikkommission

Oktober 2019 – Oktober 2020

Wien 2020

Impressum

Medieninhaber, Verleger und Herausgeber:
Geschäftsstelle der Bioethikkommission, Ballhausplatz 2, 1010 Wien
Wien, 2020. Stand: 14. Dezember 2020

Copyright und Haftung: Auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung der Geschäftsstelle der Bioethikkommission und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtsausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgehen.

Inhalt

1 Einleitung	5
2 Veranstaltungen (Auswahl)	5
3 Aktuelle Stellungnahmen und Empfehlungen	6
3.1 Ärztliches Handeln im Spannungsfeld von Big Data, Künstlicher Intelligenz und menschlicher Erfahrung	6
3.2 Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der COVID-19-Pandemie.....	8
3.3 Impfen gegen Erkrankungen, für die es zugelassene Impfstoffe gibt, in Zeiten der COVID-19-Pandemie.....	11
3.4 Contact Tracing in der COVID-19-Pandemie.....	12
3.5 Versorgung der Bevölkerung mit dem Influenza-Impfstoff in der Saison 2020/21.....	14
4 Geschäftsstelle der Bioethikkommission	15
5 Kontakte und Zusammenarbeit	15
Anhang I	16
Verordnung des Bundeskanzlers über die Einsetzung einer Bioethikkommission.....	16
Anhang II	20
Mitglieder der Bioethikkommission.....	20
Anhang III	21
Pressespiegel (repräsentative Auswahl der Geschäftsstelle).....	21

1 Einleitung

Die Bioethikkommission wurde im Juni 2001 beim Bundeskanzleramt eingesetzt. Sie berät den Bundeskanzler in allen gesellschaftspolitischen, naturwissenschaftlichen und rechtlichen Fragen, die sich auf dem Gebiet der Humanmedizin und Humanbiologie aus ethischer Sicht ergeben.

Der Bioethikkommission gehören derzeit 25 Mitglieder aus den Bereichen Medizin, Molekularbiologie und Genetik, Rechtswissenschaften, Sozialwissenschaften, Philosophie, Theologie und Psychologie an. Den Vorsitz führt Dr. Christiane Druml. Sie wird von Univ.-Prof. Dr. Markus Hengstschläger (erster stellvertretender Vorsitzender) und Univ.-Prof. Dr. Peter Kampits (zweiter stellvertretender Vorsitzender) unterstützt.

Eine Liste der aktuellen Mitglieder ist dem Bericht angeschlossen.

2 Veranstaltungen (Auswahl)

Im Oktober 2019 nahm die Vorsitzende am Round Table der EGE (European Group on Ethics in Science and New Technologies) in Brüssel zum Thema „Ethics of Gene Editing“ teil.

Ebenso nahm die Vorsitzende im Dezember 2019 an einer Podiumsdiskussion zum Thema „Mensch der Zukunft: Selbst gemacht?“ im Rahmen der Wiener Vorlesungen im Globe Theater – mit Jürgen Knoblich (IMBA) und Marc Elsberg – teil.

Ab März 2020 fanden COVID-19-bedingt zahlreiche Veranstaltungen nicht oder in Form von Videokonferenzen statt:

Im Rahmen einer virtuellen Konferenz der WHO mit dem Titel „National Ethics Committees & Response to COVID-19“ stellte die Vorsitzende Anfang April die aktuelle Stellungnahme der Bioethikkommission zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der COVID-19-Pandemie vor.

Das 25. Forum Nationaler Ethikräte („NEC-Forum“) wurde im Rahmen des kroatischen EU-Ratsvorsitzes veranstaltet. Aus aktuellem Anlass wurde im Rahmen einer Videokonferenz am 18. Juni 2020 das Thema „Ethics and Pandemics – Lessons Learned“ erörtert. Dabei wurden u. a. der Schutz der Grundrechte, datenschutzrechtliche Aspekte in Zusammenhang mit der Verwendung von digitalen Technologien im Kampf gegen COVID-19 und die unterschiedlichen Erfahrungen der einzelnen Länder diskutiert.

Üblicherweise findet das jährliche Treffen der deutschsprachigen nationalen Ethikkommissionen (DACH-Treffen) alternierend in Deutschland, Österreich oder der

Schweiz statt. Der für dieses Jahr ursprünglich vom Deutschen Ethikrat geplante Termin musste COVID-19-bedingt vorerst auf September verschoben und schließlich für dieses Jahr gänzlich abgesagt werden.

2020 hätte der 13. Weltgipfel nationaler Ethikkommissionen – „13th Global Summit of National Ethics / Bioethics Committees“ – in Lissabon stattfinden sollen. Zunächst wurde diese Konferenz von März auf September 2020, schließlich jedoch auf das Jahr 2022 verschoben. Im September fanden in diesem Rahmen jedoch Webinare zu Themen im Kontext von COVID-19 statt, an denen die Vorsitzende der Bioethikkommission teilnahm.

Auch die periodisch vorgesehenen Sitzungen von UNESCO (International Bioethics Committee und Intergovernmental Bioethics Committee) sowie des Europarates (DH-BIO) wurden entweder verschoben oder in Form von Videokonferenzen durchgeführt.

3 Aktuelle Stellungnahmen und Empfehlungen

Nachfolgend werden die im Berichtszeitraum verabschiedeten Dokumente zusammenfassend wiedergegeben.

Sämtliche Volltexte der Stellungnahmen bzw. Empfehlungen können unter folgendem Link abgerufen werden: <https://www.bundestkanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/publikationen-bioethik.html>

3.1 Ärztliches Handeln im Spannungsfeld von Big Data, Künstlicher Intelligenz und menschlicher Erfahrung

Digitale Technologien haben nicht nur die medizinische Forschung revolutioniert (z. B. durch die Möglichkeit zur Analyse von Big Data), die Entwicklung ganz neuer Behandlungsmethoden ermöglicht (wie personalisierte Medizin) und die Administration des Gesundheitssystems auf neue Beine gestellt, sondern wirken sich auch auf das ärztliche und pflegerische Handeln im unmittelbaren Patientenkontakt aus. Ziel dieser im Mai 2020 verabschiedeten Stellungnahme ist es, Ärztinnen und Ärzten sowie Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen einen Einblick in diese Thematik, insbesondere in die technisch-mathematischen, medizinischen und rechtlichen Aspekte, zu vermitteln. Ethische Fragen des Einsatzes von Big Data, Künstlicher Intelligenz und maschinellem Lernen werden erläutert und Handlungsbedarf auf den verschiedenen Ebenen aufgezeigt.

Unter „digitalen Technologien“ wird ein breites Spektrum an Werkzeugen und Services verstanden, die elektronische Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) verwenden. Im Gesundheitswesen wird in diesem Zusammenhang mitunter von „Electronic Health“ (E-Health) oder „Digital Health“ gesprochen, zu der z. B. folgende

Bereiche zählen: Telemedizin, Teleberatung, Telecare (Ambient Assisted Living, AAL), Telediagnostik, Telelabor, Telemonitoring, elektronische Medikation, digitale Dokumentation/ Krankengeschichte, Gesundheitsportale, persönliches Gesundheitsmanagement, Social Health Networks, E-Learning, elektronische Fakturierung oder E-Überweisung.

Diese teilweise bereits im Routinebetrieb eingesetzten IKT werden durch neuere Entwicklungen von Big Data-Anwendungen, Machine Learning und Künstlicher Intelligenz (KI/ AI) weiter gestaltet. Erscheinungsformen umfassen dabei insbesondere die Unterstützung der Befunderhebung durch moderne Sensorik, die Unterstützung von Diagnose und Therapieentscheidungen durch fortgeschrittene algorithmische Systeme (regelbasierte Programmierung und /oder maschinelles Lernen) sowie die Unterstützung pflegerischer oder medizinischer Eingriffe durch Robotik-Anwendungen (s. dazu auch die Stellungnahme der Bioethikkommission „Roboter in der Betreuung alter Menschen“ aus 2018).

Auf der Grundlage umfassender Erwägungen unterbreitete die Bioethikkommission im Mai 2020 folgende Empfehlungen:

1. Moderne digitale Technologien bieten im Sinne des Wohltunsprinzips die Chance für eine Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität. Ihr Einsatz ist bei erreichbarer Verbesserung des Therapieerfolges nicht nur zulässig, sondern ethisch geboten.
2. Das emotionale Wohlbefinden der Patientin und des Patienten sowie der Ärztin und des Arztes ist bei der Bewertung der medizinischen Qualität stets zu berücksichtigen.
3. Auch der allgemeine medizinische Fortschritt zum Wohle künftiger Patientengenerationen stellt ein ethisch relevantes Argument für den Einsatz digitaler Technologien dar.
4. Künstliche Intelligenz und maschinelles Lernen führen nicht automatisch zu mehr sozialer Gerechtigkeit im Gesundheitssystem. Mögliche Quellen von Bias und Diskriminierung zu erkennen, zu reflektieren und ihnen durch eine bias-sensitive Systemgestaltung und -nutzung entgegenzuwirken, stellt eine Herausforderung aber auch eine gesellschaftliche Chance dar.
5. Durch den Einsatz von Maschinen hat sich das Zusammenwirken von Arzt und Maschine verändert. Beim Einsatz von algorithmischen Systemen ist anzustreben, dass eine von der Maschine errechnete Diagnose oder ein Therapievorschlag alleine nicht zu einer faktischen Entscheidung führen darf.
6. Durch die Auslagerung von Funktionen auf Maschinen entstehen Freiräume für die Ärztin bzw. den Arzt. Diese Freiräume sollten auch gezielt dazu eingesetzt werden, der einzelnen Patientin bzw. dem einzelnen Patienten mehr menschliche Zuwendung in der persönlichen Arzt-Patienten-Beziehung zukommen zu lassen.
7. Gewonnene Zeit kann nur dann wirklich in die Beziehung zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient investiert werden, wenn eine Aufwertung der „sprechenden Medizin“ erfolgt und auch entsprechende finanzielle Anreize gesetzt werden.

8. Ärztinnen und Ärzte müssen in ihrer universitären Ausbildung und ihrer daran anschließenden praktischen Tätigkeit die nötigen Kenntnisse und Fertigkeiten erlernen um Entscheidungen betreffend die Einbindung algorithmischer Systeme in ihre täglichen patientenbezogenen Tätigkeiten umzusetzen.
9. Es sind alle rechtlichen, organisatorischen und technischen Voraussetzungen für die rechtssichere Sammlung, Kuratierung und Nutzung von Daten im intra- und extramuralen Gesundheitswesen zu schaffen.
10. Der ethisch vertretbare Einsatz von modernen digitalen Technologien setzt Erklärbarkeit und Transparenz der letztlich getroffenen medizinischen Entscheidungen voraus.
11. Der Einsatz von Künstlicher Intelligenz in der Medizin muss für alle Beteiligten – das sind insbesondere Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte sowie die Träger von Krankenanstalten – rechtssicher möglich sein.
12. Der Spitalsträger oder der eine Ordination leitende Arzt sollte für den – nicht bloß die Entscheidung eines Menschen unterstützenden – Einsatz eines „autonomen“ Systems in gleicher Weise Verantwortung übernehmen und zivilrechtlich haften wie wenn menschliches medizinisches Personal eingesetzt worden wäre. Dies soll garantieren, dass kein Verantwortungsvakuum entsteht.
13. Die Befähigung von Ärztinnen und Ärzten, algorithmische Systeme in die täglichen patientenbezogenen Tätigkeiten einzubinden, soll auch in den Curricula der medizinischen Studien schwerpunktmäßig berücksichtigt werden.
14. Bei der Entscheidung über den Einsatz und die Gestaltung moderner digitaler Technologien sind Aspekte des speziellen und generellen ärztlichen Kompetenzerhalts im Sinne eines kompetenzsensitiven Designs stets zu berücksichtigen.
15. Grundlegende Kompetenzen im Datenrecht (v. a. Datenschutzrecht) und in der Datenethik müssen künftig fester Bestandteil der Ausbildung aller medizinischer Berufe sein.

3.2 Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der COVID-19-Pandemie

Die COVID-19-Pandemie stellt die Gesundheitssysteme aller Länder vor die Frage, wie sie ihre vorhandenen, unter Normalbedingungen ausreichenden, Ressourcen einsetzen sollen.

Die Erfahrung von Ländern, die von der COVID-19-Pandemie bereits früher als Österreich betroffen waren, zeigte, wie sich die allgemeine Frage nach dem Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung so zuspitzen kann, dass nicht mehr ausreichend Personen und Mittel zur Verfügung stehen, um eine Lebensrettung bei allen Kranken zu versuchen. Da dieser Extremfall ein Dilemma darstellt, für das es keine ethisch oder rechtlich befriedigende Lösung gibt, gilt es, ihn nach Kräften zu verhindern oder sein Auftreten so minimal wie möglich zu halten.

Die Bioethikkommission hält in ihrer Stellungnahme vom April 2020 fest, dass trotz einer Ausnahmesituation angesichts der COVID-19-Pandemie folgende Grundlagen für die ethische Beurteilung nicht vergessen werden dürfen:

1. Fokus der Aufmerksamkeit: Die konkrete medizinische Behandlung sieht sich einem Ansatz verpflichtet, der auf die kranke Person fokussiert. Ihr individuelles Wohl und ihr Wille sind die maßgeblichen Kriterien für Entscheidungen. Kollektive Überlegungen im Sinn der öffentlichen Gesundheit tauchen in der konkreten Behandlungssituation allenfalls als Randbedingung auf. Im Kontext einer Epidemie oder Pandemie verschiebt sich die Aufmerksamkeit hin zu kollektiven Überlegungen. Begründen lässt sich dies insbesondere mit dem Argument, dass der Gesundheit des Individuums nur soweit geholfen werden kann, als das Gesamtsystem (Gesundheitswesen und andere gesellschaftliche Bereiche) funktionsfähig ist.
2. Ethische Prinzipien: Ungeachtet dieser Verschiebung in Richtung Verantwortung für das Kollektiv bleibt die konkrete medizinische Behandlung ihren ethischen Grundlagen verpflichtet und hat sie soweit wie möglich zu erfüllen (Optimierungsgebot). Dies impliziert insbesondere:
 - a) Die Pflicht, den Willen einer kranken Person möglichst frühzeitig zu erkunden.
 - b) Die Pflicht, Risiken, Belastungen und Schäden zu minimieren, die aus einer Behandlung für die betroffene Person, aber auch für Dritte (z. B. Personal) entstehen können.
 - c) Die Pflicht, auch unter verschärfter Ressourcenknappheit danach zu suchen, was eine – unter den jeweiligen Bedingungen – bestmögliche Versorgung zum Wohl der kranken Person wäre.
 - d) Die Pflicht, Entscheidungen so zu treffen, dass sie fair bleiben (z. B. eine Behandlung nicht nach unsachlichen Kriterien entscheiden, d. h. Betroffene diskriminieren).
3. Grundrechtsbindung: Auch im Kontext einer Pandemie sind alle Akteure – staatliche wie klinische – den Wertungen und Normen der Verfassung und Grundrechte verpflichtet. Dies bedeutet insbesondere Folgendes:
 - a) Gleichheit: Jede Person hat ein Grundrecht auf Leben (Art. 2 EMRK) sowie andere im medizinischen Kontext relevante Grundrechte, wie insbesondere das Recht auf Achtung des Privatlebens (Art. 8 EMRK). Wegen dieses grundrechtlichen Schutzes folgt eine Pflicht zur Gesundheitsversorgung ohne Ansehung der Person, das heißt ohne Differenzierung nach nicht-medizinischen Kriterien. Ein prinzipieller Ausschluss aufgrund von Kriterien wie Restlebensdauer oder verbleibende Lebensqualität nach einer Behandlung ist nicht gerechtfertigt. Zugleich ist festzuhalten, dass es kein Recht auf eine nicht oder nicht mehr indizierte medizinische Behandlung gibt.
 - b) Gleichstellung: Manche Personen benötigen eine spezielle Unterstützung, um ihr formales Grundrecht auf Leben und die damit verbundene medizinisch indizierte Behandlung effektiv wahrnehmen zu können, z. B. wenn sie eine physische oder psychische bzw. kognitive Einschränkung haben. In solchen Fällen ist nicht nur eine gleiche, sondern eine spezielle und damit unter Umständen auch höhere Ressourcenzuteilung nötig, damit diese Personen dieselbe Chance haben wie Menschen ohne Einschränkung.

Extremfälle dilemmatischer Entscheidungssituationen angesichts knapper Ressourcen in der Gesundheitsversorgung können durch zwei – gleichermaßen nötige – Ansätze vermieden oder in ihren negativen Auswirkungen minimiert werden: durch die Wahrnehmung klinischer Verantwortung (realistisches Therapieziel, sorgsame Indikationsstellung und Abstimmung mit dem Willen der betroffenen Person) und durch die Wahrnehmung gesellschaftlicher Verantwortung („flatten the curve“).

Wenn im Gesundheitssystem nicht mehr ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen, um alle Personen, die eine akute Behandlung benötigen, zu versorgen, dann kommt es zu dilemmatischen Entscheidungssituationen. Dies betrifft im Kontext der COVID-19-Pandemie insbesondere intensivmedizinische Ressourcen und dort vor allem die Möglichkeit, Betroffene maschinell beatmen zu können. Dabei können zwei Szenarien eintreten:

1. Behandlung noch nicht begonnen (Szenario 1): In dieser Situation gibt es eine begrenzte Zahl noch verfügbarer Behandlungsplätze (Intensivbetten, Beatmungsgeräte), aber eine höhere Zahl an Personen, die diese Ressourcen benötigen würden.
2. Behandlung bereits begonnen (Szenario 2): In dieser Situation sind alle Behandlungsplätze belegt, und es kommt mindestens eine Person hinzu, die diese Ressourcen benötigen würde.

Beide Szenarien können in manchen Fällen dadurch entschärft werden, dass die Behandelnden sorgsam prüfen, ob sich unter den betroffenen Menschen eine Person befindet, die – gemessen an den oben skizzierten, etablierten ethischen Orientierungspunkten – keine Intensivtherapie benötigt, keine Intensivtherapie möchte oder bei der die Intensivtherapie faktisch aussichtslos oder in Hinblick auf die betroffene Person unverhältnismäßig wäre.

Wo eine Entschärfung nicht gelingt, dort kommt es zu Triage-Entscheidungen, d. h. zu Entscheidungen, wer eine bestimmte Gesundheitsversorgung (Intensivbett, Beatmungsgerät) erhält und wer sie nicht erhält, obwohl er sie – gemessen an den etablierten ethischen Orientierungspunkten – bräuchte. Die Handlungsorientierung, die daraus hervorgeht, zielt darauf ab, mit den absolut knappen Ressourcen in einer Triage-Situation so viele Menschen wie möglich zu retten. Dafür kristallisiert sich die kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit als maßgeblicher Orientierungspunkt heraus: Für den Beginn (oder Verzicht) und die Fortsetzung (oder Beendigung) einer Intensivtherapie sollte so weit wie möglich die Prognose ausschlaggebend sein, ob die betroffene Person die Intensivtherapie überleben kann. Gleichwertig zum Ziel der Lebenserhaltung muss die Frage nach der Vermeidung einer chronisch-kritischen Erkrankung die Indikationsstellung begründen. Der Begriff „chronisch-kritische Erkrankung“ beschreibt einen Zustand des Überlebens einer lebensbedrohlichen Situation mit daraus resultierender ständiger und irreversibler Abhängigkeit von intensivmedizinischen Maßnahmen. Jenseits der Betrachtung der individuellen „Lebensperspektive“ ist dieser Aspekt der Prognose

im Hinblick auf die massiv eingeschränkten Ressourcen einer Katastrophensituation von besonderer Bedeutung. Die Prognose hängt unter anderem mit der Schwere der aktuellen Erkrankung (z. B. COVID-19), aber auch mit dem Stadium möglicher Vorerkrankungen (z. B. chronische Lungenschädigung) und den körperlichen Reserven (z. B. Ausprägung eines Gebrechlichkeitssyndroms) zusammen.

Ein Dilemma bleibt die Triage jeder Konstellation dennoch, weil die Entscheidung, auf eine indizierte lebensrettende Behandlung zugunsten einer anderen Person zu verzichten oder sie zu beenden, im Kontext der rechtsethischen Werte und rechtlichen Normen nicht gerechtfertigt werden kann, zumal Leben gegen Leben einer Abwägung nach dessen Qualität nicht zugänglich ist. Für jene Ärztinnen und Ärzte, die solche Entscheidungen in einer Katastrophensituation wie einer Pandemie dennoch vornehmen müssen (auch der Beginn oder die Fortsetzung der Intensivtherapie ist eine solche Entscheidung), ist angesichts dieses Dilemmas seitens der Gesellschaft und Rechtsgemeinschaft der entschuldigende Notstand anerkannt, wie er z. B. in § 10 Strafgesetzbuch (StGB) seinen Ausdruck findet.

3.3 Impfen gegen Erkrankungen, für die es zugelassene Impfstoffe gibt, in Zeiten der COVID-19-Pandemie

Am 6. Mai 2019 hat sich die Bioethikkommission aus gegebenem Anlass für eine allgemeine Pflicht zur Impfung gegen Masern ausgesprochen. Die Bioethikkommission forderte in dieser Stellungnahme dazu auf, eine allfällige Ausweitung der Impfpflicht evidenzbasiert und regelmäßig zu überprüfen.

Die COVID-19-Pandemie veranlasste die Bioethikkommission im Juni 2020 zur Verfassung einer Empfehlung für Impfungen gegen Erkrankungen, die, wie COVID-19, die Lunge angreifen und für die es zugelassene Impfstoffe gibt. Diese Empfehlung bezieht sich nicht auf einen allfälligen COVID-19-Impfstoff, den es derzeit nicht gibt.

Die derzeitige COVID-19-Pandemie hat in sehr dramatischer Weise gezeigt, wie rasch der Ausbruch von Infektionskrankheiten Menschen gefährden kann, das Gesundheitssystem überfordert und zu teilweise drastischen Einschränkungen der persönlichen Freiheit des / der Einzelnen führt, um weitreichende Schäden für die Bevölkerung zu verhindern. Diese Einschränkungen führen nicht nur zu großen wirtschaftlichen Belastungen, sondern auch zu nicht unerheblichen Folgen für einzelne Bevölkerungsgruppen (z. B. Isolation von Bewohnerinnen bzw. Bewohnern in Alten- und Behinderteneinrichtungen). Ein zeitliches Zusammentreffen von COVID-19 mit anderen Infektionskrankheiten potenziert das Risiko für besonders schwere Krankheitsverläufe. Vor diesem Hintergrund erscheint es aus ethischen Erwägungen unabdingbar, das Potential von bereits verfügbaren Impfungen gegen Erkrankungen voll auszuschöpfen.

Aufgrund der Erfahrungen mit der COVID-19-Pandemie empfiehlt die Bioethikkommission eine aktive Impfprophylaxe. Diese impfpräventablen Erkrankungen sind insbesondere Pertussis (Keuchhusten), Pneumokokkeninfektionen sowie Influenza. Die Bioethikkommission fordert zur Verhinderung von Ko-Infektionen mit COVID-19, dass rasch eine breit angelegte Informationskampagne über die Wichtigkeit der möglichst

flächendeckenden Immunisierung gegen Pertussis, Pneumokokken und saisonale Influenza in Österreich durchgeführt wird.

Sollte die Durchimpfungsrate zu den o.a. Erkrankungen mittels Eigenverantwortung, Information und Motivation nicht kurzfristig erreicht werden können, ist im Licht der Stellungnahme der Bioethikkommission vom 1. Juni 2015 eine Impfpflicht jedenfalls für einzelne besonders gefährdete Gruppen in Betracht zu ziehen.

3.4 Contact Tracing in der COVID-19-Pandemie

In dieser Stellungnahme aus dem Juni 2020 beschäftigt sich die Bioethikkommission ausschließlich mit jenen Apps, die dem Contact Tracing dienen (auch Exposure Tracing Apps oder Proximity Tracing Apps genannt). Es werden verschiedene ethische und rechtliche Anforderungen an Tracing-Apps gestellt: Eine Voraussetzung ist die epidemiologische Geeignetheit der Maßnahmen, wobei hier die Treffsicherheit eine entscheidende Rolle spielt. Falschmeldungen sind dabei durch ein entsprechendes Systemdesign möglichst zu minimieren. Eine weitere Voraussetzung ist die Einbettung der Contact Tracing-Maßnahmen in eine Gesamtstrategie, die aus vielen Komponenten besteht und nur in ihrer Gesamtheit sinnvoll bewertet werden kann. So sind eine rasche Isolation der betroffenen Person, leicht erreichbare Testmöglichkeiten, wirkungsvolle Maßnahmen gegen Stigmatisierung und eine entsprechende öffentliche Kommunikationsstrategie unabdingbar für den erfolgreichen Einsatz einer App.

Auf der Grundlage umfassender Erwägungen unterbreitete die Bioethikkommission sechs konkrete Empfehlungen:

1. Contact Tracing ist in einer Pandemie alternativlos. Dies gilt insbesondere für eine Phase, in welcher sich die Verbreitung der Infektion noch (oder bereits wieder) in einem Bereich bewegt, in dem die gezielte Isolierung von Infektionsclustern flächendeckende Einschränkungen für die gesamte Bevölkerung entbehrlich macht. Es kann daher nur um das Wie, und nicht um das Ob, von Contact Tracing gehen. Diesbezüglich werden neben klassischem („händischem“) Tracing immer mehr auch verschiedene Formen des digital gestützten Contact Tracking und Tracing diskutiert, insbesondere unter Verwendung digitaler Applikationen auf Mobiltelefonen („Corona-Apps“).
2. Mindestanforderungen an derartige Applikationen sind ihre epidemiologische Geeignetheit, die Einbettung in eine Gesamtstrategie, Eignung im grenzüberschreitenden Kontext, Folgeabschätzung und regelmäßige Evaluierung und ggf. Adaptierung, Transparenz, umfängliche Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit einschließlich der zeitlichen Begrenzung der Maßnahme, die zuverlässige Verhinderung von Diskriminierung und eine sorgfältige Abwägung und Steuerung gesamtgesellschaftlicher Auswirkungen. Letzteres betrifft auch und gerade effektive Maßnahmen gegen „function creep“, also die schleichende Etablierung von Überwachungstechnologien über den konkreten Anlassfall der COVID-19-Pandemie hinaus.

3. Eine detaillierte Regelung im EpidemieG oder in spezieller COVID-Gesetzgebung, welche neben den Voraussetzungen für die Anwendung der Maßnahme auch deren begrenzte Dauer, das Verbot der Datenverarbeitung zu anderen Zwecken als denen der Eindämmung von COVID-19 und weitere Punkte ausdrücklich klarstellt, ist im Interesse der Rechtssicherheit für alle Beteiligten zu fordern. Eine Begleitung der Maßnahme durch ein multidisziplinäres Expertengremium wäre wünschenswert. Zusätzlich könnte die zivilgesellschaftliche Kontrolle durch die Etablierung eines Nutzergremiums erhöht werden, welches bei Entscheidungen über sich verändernde Funktionalitäten der App ein Mitspracherecht hat.
4. Die Verwendung solcher Applikationen muss grundsätzlich auf Freiwilligkeit beruhen, wobei bereits unterhalb der Schwelle gesetzlicher Verpflichtung und insbesondere durch das Hinzutreten privater Akteure (z. B. Betreiberinnen bzw. Betreiber von Einrichtungen oder Veranstalterinnen bzw. Veranstalter) echte Freiwilligkeit oft nicht gegeben ist. Es sollten daher für staatliche wie für private Akteure ähnliche Bedingungen formuliert werden, unter denen die Verwendung einer bestimmten Applikation zur Bedingung für die Nutzung einer Einrichtung oder die Inanspruchnahme einer Leistung gemacht werden kann. Menschen, die solche Applikationen nicht verwenden wollen oder können, darf dies zu keinen Nachteilen bezüglich ihrer Bewegungsfreiheit oder Autonomie gereichen.
5. Eine Verpflichtung zu digitalem Contact Tracing kann gerechtfertigt sein für die Nutzung von Einrichtungen, die nicht zur Grundversorgung zählen (also bspw. Konzerthäuser oder Restaurants, nicht dagegen Supermärkte, Spitäler oder öffentliche Verkehrsmittel). Dies gilt aber nur bei strikter Verhältnismäßigkeit der Maßnahme. Diese ist grundsätzlich nur dann gegeben, wenn anderenfalls die betreffende Einrichtung (z. B. Konzerthaus) geschlossen bliebe oder nur unter unzumutbaren Einschränkungen betrieben werden könnte und daher insgesamt ein noch schwererer Grundrechtseingriff erfolgen müsste, sich digitales Tracing also unter Grundrechtsgesichtspunkten als das mildere Mittel darstellt. Für Personen, die kein Smartphone besitzen oder zur Verwendung entsprechender Endgeräte nicht in der Lage sind, müssen zur Vermeidung einer Diskriminierung zumutbare Alternativen geschaffen werden.
6. Digital gestütztes Contact Tracing – auch unter Verwendung von Apps – muss sich ständig neuen epidemiologischen Erkenntnissen anpassen und sollte für verschiedene Situationen möglichst maßgeschneiderte Lösungen bereithalten, ohne die einzelnen Nutzerinnen und Nutzer mit der hinter diesen Lösungen liegenden Komplexität zu konfrontieren. Dabei wäre etwa auch das „Superspreader“-Phänomen angemessen zu adressieren. Digitale Tracing-Lösungen sollten daher für bestimmte Berufsträgerinnen und Berufsträger entwickelt werden, die in besonders gravierender Weise als Multiplikatoren des Virus fungieren können (z. B. Kindergärtnerinnen und Kindergärtner, Gesundheitspersonal). Auch wären für bestimmte Typen von Veranstaltungen, Orte und Einrichtungen, bei denen das derzeit gängige Bluetooth-gestützte Proximity Tracing nicht oder nicht gut funktioniert, spezielle technische Lösungen zu entwickeln.

3.5 Versorgung der Bevölkerung mit dem Influenza-Impfstoff in der Saison 2020/21

In der Empfehlung über die Versorgung der Bevölkerung mit dem Influenza-Impfstoff in der Saison 2020/21 hebt die Bioethikkommission die Bedeutung einer Influenza-Impfung in der COVID-19-Pandemie hervor. Ein zeitliches Zusammentreffen von COVID-19 und anderen Infektionskrankheiten potenziert das Risiko für besonders schwere Krankheitsverläufe, und zwar nicht nur bei Risikopatienten und -patientinnen. Vor diesem Hintergrund erscheint es der Bioethikkommission aus ethischen Erwägungen unabdingbar, das Potential von bereits verfügbaren Impfungen gegen Erkrankungen und insbesondere auch gegen Influenza voll auszuschöpfen. Eine Impfprävention bewirkt einen wirksamen Schutz vor einer Erkrankung und dient somit auch der Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems während der COVID-19-Pandemie. Der größte Effekt mit den verfügbaren Grippe-Impfstoffen kann erzielt werden, wenn die Impfquoten vor allem bei Risikogruppen erheblich gesteigert werden können.

Angesichts der aufgrund der COVID-19-Pandemie besonders großen Relevanz einer aktiven Impfprophylaxe gegen Influenza ist eine möglichst umfangreiche Information der Bevölkerung über die Bedeutung, die Verfügbarkeit und den empfohlenen Zeitpunkt der Influenza-Impfung wichtig. Besondere Bedeutung sollte einer objektiven und transparenten Information mit dem Ziel zukommen, Menschen einen effektiven Weg zur Influenza-Impfung aufzuzeigen. Die Informationen zur Influenza-Impfung sollen vorrangig jene Personen adressieren und erreichen, für die eine hohe Priorität für eine Impfung während der COVID-19-Pandemie besteht. Das sind nach einer Empfehlung der WHO Angehörige von Gesundheitsberufen und Personen ab dem 60. Lebensjahr (höchste Priorität) sowie ferner Personen mit chronischen Erkrankungen, Schwangere und Kinder im Alter zwischen 6 und 59 Monaten. Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz hat in seiner „Empfehlung zur Influenza-Impfung (Grippeimpfung) Saison 2020/2021“ detailliert die einzelnen Personengruppen aufgezählt.

Die Bioethikkommission empfiehlt Maßnahmen, um den Bedarf und die verfügbare Menge an Influenza-Impfstoffen möglichst präzise prognostizieren zu können. Falls keine ausreichende Menge an Influenza-Impfstoffen verfügbar sein und eine Mangelsituation absehbar werden sollte, ist dringend zu empfehlen, durch geeignete Maßnahmen eine Versorgung jedenfalls jener Personen sicherzustellen, für die eine Impfung prioritär ist. Die Bioethikkommission empfiehlt für einen solchen Fall, insbesondere die Inanspruchnahme der „Sonderbestimmung im Zusammenhang mit Krisensituationen“ gemäß § 94d AMG (Arzneimittelgesetz) zu prüfen. Auf der Grundlage dieser Bestimmung kann der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz spezifische Versorgungs- und Bereitstellungsverpflichtungen verordnen, um während der Pandemie die notwendige Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln sicherzustellen. Als „notwendig“ erscheint im Fall einer Mangelsituation insbesondere die Versorgung der genannten Risikogruppen mit dem Influenza-Impfstoff. Ein derartiges Verständnis liegt auch im Licht des verfassungsgesetzlichen Sachlichkeitsgebotes (Art. 7 Abs. 1 B-VG)

und der aus dem Grundrecht auf Leben (Art. 2 EMRK) abzuleitenden Schutzpflichten, die Maßnahmen zur Aufrechterhaltung des Gesundheitssystems erfordern, nahe.

Im Übrigen erinnert die Bioethikkommission an ihre Empfehlung, Maßnahmen zu setzen und zu unterstützen, um die Produktion von Impfstoffen in Europa zu fördern. Sie weist schließlich darauf hin, dass trotz einer Influenza-Impfung das Tragen einer MNS-Maske sowie die Einhaltung der allgemeinen Hygienevorschriften (Abstand, Händehygiene) als zentrale Instrumente zur Eindämmung der Ausbreitung der COVID-19-Pandemie wesentlich bleiben.

4 Geschäftsstelle der Bioethikkommission

Die im Bundeskanzleramt angesiedelte Geschäftsstelle der Bioethikkommission unterstützt die Kommission und deren Organe bei der Erfüllung ihrer Aufgaben. Ihr obliegen insbesondere die Führung der laufenden Geschäfte der Kommission, die Vor- und Nachbereitung von Sitzungen, die Erstellung von Protokollen, die Dokumentation von Arbeitsunterlagen sowie die Abwicklung der Abgeltung von Reiseaufwendungen.

Die Zuständigkeit für die Geschäftsstelle der Bioethikkommission liegt in der Abteilung IV/7. Mit der Leitung der Geschäftsstelle wurde Frau Dr. Isabelle Hassler betraut.

5 Kontakte und Zusammenarbeit

Folgende Ressorts waren im Berichtszeitraum als nicht stimmberechtigte Teilnehmer bei Sitzungen der Bioethikkommission vertreten: Bundeskanzleramt/Sektion für Frauenangelegenheiten und Gleichstellung; Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung; Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sowie Bundesministerium für Justiz.

Die Bioethikkommission pflegt zahlreiche internationale Kontakte und steht daher in ständigem Austausch mit vergleichbaren nationalen Ethikkommissionen. Auf EU-Ebene erfolgt der Austausch insbesondere im Rahmen der regelmäßig von den Ratspräsidentenschaften organisierten NEC (National Ethics Councils)-Foren.

Anhang I

Verordnung des Bundeskanzlers über die Einsetzung einer Bioethikkommission

Stammfassung

BGBI. II Nr. 226/2001

Änderung

BGBI. II Nr. 517/2003

BGBI. II Nr. 362/2005

BGBI. II Nr. 335/2012

Präambel / Promulgationsklausel

Auf Grund des § 8 Abs. 1 und 2 des Bundesministeriengesetzes 1986, BGBI. Nr. 76, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBI. I Nr. 141/2000, wird verordnet:

Text

Einsetzung der Bioethikkommission

§ 1. Beim Bundeskanzleramt wird eine Bioethikkommission (Kommission) eingesetzt.

Aufgaben

§ 2. (1) Aufgabe der Bioethikkommission ist die Beratung des Bundeskanzlers in allen gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen und rechtlichen Fragen aus ethischer Sicht, die sich im Zusammenhang mit der Entwicklung der Wissenschaften auf dem Gebiet der Humanmedizin und -biologie ergeben. Hierzu gehören insbesondere:

1. Information und Förderung der Diskussion über wichtige Erkenntnisse der Humanmedizin und -biologie und über die damit verbundenen ethischen Fragen in der Gesellschaft;
2. Erstattung von Empfehlungen für die Praxis;
3. Erstattung von Vorschlägen über notwendige legislative Maßnahmen;
4. Erstellung von Gutachten zu besonderen Fragen.

(2) Die im Abs. 1 genannten Aufgaben werden im Hinblick auf die in den Wirkungsbereich des Bundeskanzleramtes fallenden Angelegenheiten der allgemeinen Regierungspolitik einschließlich der Koordination der gesamten Verwaltung des Bundes sowie des Hinwirkens auf das einheitliche Zusammenarbeiten zwischen den Gebietskörperschaften wahrgenommen.

Zusammensetzung der Bioethikkommission

§ 3. (1) Der Kommission gehören 15 Mitglieder an. Bei Bedarf können weitere Mitglieder bestellt werden, maximal jedoch 25 Mitglieder.

(2) Der Kommission sollen Fachleute insbesondere aus den folgenden Fachgebieten angehören:

1. Medizin;
2. Molekularbiologie und Genetik;
3. Rechtswissenschaften;
4. Sozialwissenschaften;
5. Philosophie;
6. Theologie;
7. Psychologie.

(3) Der Bundeskanzler kann nach Bedarf Beobachterinnen oder Beobachter bestellen. Deren Zahl darf ein Fünftel der Mitglieder der Kommission nicht überschreiten. Sie können an den Sitzungen der Kommission beratend ohne Stimmrecht teilnehmen. Im Übrigen finden § 4 Abs. 1, 4 und 5 sowie § 5 Anwendung.

Bestellung der Mitglieder

§ 4. (1) Die Mitglieder der Kommission werden vom Bundeskanzler auf drei Jahre bestellt. Wiederbestellungen sind zulässig. Die dreijährige Funktionsperiode beginnt mit dem ersten Zusammentreten der Mitglieder der neu bestellten Kommission. Scheidet ein Mitglied vorzeitig aus, erfolgen Neubestellungen auf den Rest der Funktionsperiode. Nach Ablauf der Funktionsperiode hat die Kommission die Geschäfte so lange weiterzuführen, bis die neu bestellte Kommission zusammentritt.

(2) Bei der Bestellung der Mitglieder ist auf ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis besonders Bedacht zu nehmen.

(3) Aus dem Kreis der Mitglieder bestellt der Bundeskanzler die Vorsitzende oder den Vorsitzenden der Kommission und zwei Personen als Stellvertreterin oder Stellvertreter.

(4) Die Mitglieder haben in der ersten Sitzung der Kommission nach deren Bestellung möglicherweise entstehende Interessenskonflikte bei der Wahrnehmung der Aufgaben in der Kommission offen zu legen. Danach sind Änderungen in den Interessenskonflikten unverzüglich der oder dem Vorsitzenden bekannt zu geben. Die Geschäftsstelle hat die offen gelegten Interessenskonflikte öffentlich zugänglich zu machen.

(5) Die Mitgliedschaft in der Kommission ist ein unbesoldetes Ehrenamt. Es besteht jedoch Anspruch auf Ersatz der Reiseaufwendungen.

Beendigung der Mitgliedschaft

§ 5. (1) Die Mitgliedschaft endet durch Zeitablauf.

(2) Der Bundeskanzler kann aus wichtigem Grund Mitglieder der Kommission vor Ablauf der Funktionsperiode abberufen.

(3) Mitglieder können jederzeit ihre Funktion mittels Schreiben an den Bundeskanzler zurücklegen.

Einberufung der Sitzungen

§ 6. (1) Der Bundeskanzler oder die / der Vorsitzende berufen die Kommission nach Bedarf, mindestens jedoch vierteljährlich, zu Sitzungen ein.

(2) Mitglieder und allenfalls bestellte Beobachterinnen und Beobachter sind mit der vorläufigen Tagesordnung schriftlich (postalisch, E-Mail oder Telefax) zur Sitzung einzuladen.

(3) Die Kommission kann zu ihren Sitzungen Auskunftspersonen zur fachlichen Erörterung eines Tagesordnungspunktes beiziehen.

Leitung und Ablauf der Sitzungen

§ 7. (1) Die oder der Vorsitzende eröffnet und leitet die Sitzung. Zu Beginn der Sitzung ist die endgültige Tagesordnung von der Kommission zu beschließen.

(2) Die Kommission kann beschließen, dass über ihre Beratungen und die diesen zu Grunde liegenden Unterlagen oder Unterlagenteile Vertraulichkeit zu bewahren ist.

(3) Über die Ergebnisse der Beratungen der Kommission ist ein Protokoll zu erstellen. Darin sind gegebenenfalls auch die von der überwiegenden Meinung abweichenden Auffassungen festzuhalten.

(4) Die Sitzungen der Kommission sind nicht öffentlich. Die Kommission tagt im Plenum. Zur Vorbereitung von Gegenständen kann die Kommission Arbeitsgruppen einsetzen.

(5) Zur Beschlussfähigkeit der Kommission ist die Anwesenheit von mindestens einem Drittel der Mitglieder erforderlich. Die Kommission hat bei der Beschlussfassung einen größtmöglichen Konsens anzustreben. Sie fällt ihre Beschlüsse mit Stimmenmehrheit; eine Stimmenthaltung ist unzulässig. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Vorsitzenden-Stimme.

(6) Ein Mitglied der Kommission kann ein anderes Mitglied schriftlich durch Mitteilung an die Geschäftsstelle mit seiner Vertretung bei einer einzelnen Sitzung betrauen. Jedes Mitglied kann nur eine solche Vertretung übernehmen. Das vertretene Mitglied ist bei der

Feststellung der Beschlussfähigkeit nicht mitzuzählen. Das Recht, den Vorsitz zu führen, kann nicht übertragen werden. Sind sowohl Vorsitzende als auch Stellvertreterinnen bzw. Stellvertreter verhindert, führt auf die Dauer der Verhinderung das an Jahren älteste Mitglied den Vorsitz.

(7) Die Kommission erstattet einen jährlichen Tätigkeitsbericht an den Bundeskanzler.

Geschäftsordnung

§ 8. Nähere Regelungen betreffend die Führung der Geschäfte legt die Kommission in einer Geschäftsordnung fest. Sie bedarf der Genehmigung des Bundeskanzlers.

Geschäftsstelle

§ 9. (1) Das Bundeskanzleramt unterstützt als Geschäftsstelle die Kommission und deren Organe bei der Erfüllung der Aufgaben.

(2) Dabei obliegt der Geschäftsstelle insbesondere:

1. Führung der laufenden Geschäfte der Kommission;
2. Vorbereitung der Sitzungen der Kommission;
3. Erstellung der Sitzungsprotokolle;
4. Dokumentation der Arbeitsunterlagen der Kommission;
5. Abwicklung der Abgeltung der Reiseaufwendungen der Mitglieder, Beobachterinnen und Beobachter der Kommission.

Inkrafttreten, Übergangsbestimmungen

§ 10. §§ 2 bis 9, in der Fassung BGBl. II Nr. 335/2012, treten mit 1. Oktober 2013 in Kraft. Die nächste Funktionsperiode der Kommission beginnt mit 1. Oktober 2013.

Anhang II

Mitglieder der Bioethikkommission

Dr. Christiane Druml (Vorsitzende)
Univ.-Prof. Dr. Markus Hengstschläger (erster stellvertretender Vorsitzender)
Univ.-Prof. Dr. Peter Kampits (zweiter stellvertretender Vorsitzender)
Univ.-Prof. DDr. Matthias Beck
Univ.-Prof. Dr. Alois Birklbauer
Dr. Andrea Bronner
ao. Univ.-Prof. Dr. Christian Egarter
Prof. Dr. Thomas Frühwald
Prim. Dr. Ludwig Kaspar
Univ.-Prof. Dr. Lukas Kenner
Dr. Maria Kletecka-Pulker
Univ.-Prof. Dr. Ursula Köller
Univ.-Prof. Mag. Dr. Michael Mayrhofer
Univ.-Prof. Dr. Johannes Gobertus Meran, M.A.
Dr. Stephanie Merckens
Univ.-Prof. Dr. Siegfried Meryn
Univ.-Prof. Dr. Christina Peters
Prof. Dr. phil. Mag. phil. Barbara Prainsack, FRSA
Univ.-Prof. DDr. Walter Schaupp
Univ.-Prof. Dr. Andreas Valentin, MBA
Dr. Klaus Voget
Univ.-Prof. Dr. Ina Wagner
Priv.-Doz. Dr. Jürgen Wallner, MBA
Univ.-Prof. Dr. Christiane Wendehorst, LL.M
Univ.-Prof. Dr. Gabriele Werner-Felmayer

Anhang III

Pressespiegel (repräsentative Auswahl der Geschäftsstelle)

Dieser Pressespiegel enthält eine Auswahl an Übersichtsartikeln, Interviews und Kommentaren mit Verweis oder Bezug zur Bioethikkommission.

Online-Artikel

Immunitätsausweis nach Covid? Deutscher Ethikrat sagt Nein

22. September 2020, Kurier

Bestimmt sterben

20. September 2020, Wiener Zeitung

„Digitaler Wandel und Ethik“ – Buch rollt soziale Zukunftsfrage auf

7. September 2020, Der Standard

Coronavirus: Welche Impfungen jetzt noch wichtig sind

31. August 2020, Kurier

Die Corona-Impfung scheint greifbar, aber wird sie auch akzeptiert?

10. August 2020, Der Standard

Politikberatung und Wissenschaft – öffentlich und transparent?

10. Juni 2020, APA science

Umfrage: Mehrheit der Österreicher für Corona-Impfpflicht

23. Mai 2020, Die Presse

Evaluierung der Coronavirus-Maßnahmen im Juni

18. Mai 2020, Salzburger Nachrichten

Regeln für die Triage / Worauf es ankommt, wenn Ärzte über Leben und Tod entscheiden müssen

5. April 2020, Kleine Zeitung

Alter allein ist kein Kriterium für Beatmung

3. April 2020, Kronen Zeitung

Wer wird bei Überlastung beatmet? Nicht alleine Alter soll entscheiden

3. April 2020, Tiroler Tageszeitung

Ethikkommission: Alter bei Coronavirus nicht alleiniges Kriterium für Beatmung

3. April 2020, Der Standard

Gratwanderung / Was ist, wenn im Spital die Beatmungsgeräte zur Neige gehen?

2. April 2020, Kleine Zeitung

Das Genom ist kein offenes Buch

9. Dezember 2019, Der Standard

Print-Artikel

„Patienten ins Boot holen“: Wie Arztgespräche verlaufen sollten

12. Oktober 2020, Salzburger Nachrichten

Menschen sollen Ermöglicher werden

11. Oktober 2020, Kurier

Ja zur Suizid-Beihilfe, aber Nein zum „Geschäft damit“

9. Oktober 2020, Die Presse

Wir brauchen eine Sterbekultur

24. September 2020, Kurier

Merklicher Anstieg von Covid-Fällen für dritte Septemberwoche erwartet

1. September 2020, Oberösterreichisches Volksblatt

Hoffen auf den Stich gegen Covid-19

10. August 2020, Der Standard

Der Streit um den unbequemen Pikser

31. Juli 2020, Kurier

Der „Game-Changer“

23. Juli 2020, Die Furche

Damoklesschwert über Ärzteschaft

20. Juli 2020, Die Presse

Ein Mann kämpft um seinen Tod

26. Juni 2020, News

Schutz-Schimpfung

24. Mai 2020, Profil

Wäre eine Impfpflicht verfassungswidrig?

4. Mai 2020, Oberösterreichische Nachrichten

Schutzpflichten des Staats

2. Mai 2020, Wiener Zeitung

Wenn es um Leben und Tod geht

17. April 2020, News

Gesundes Wirtschaften muss möglich sein

12. April 2020, Kurier

Halte diesen Diskurs für gefährlich

8. April 2020, Die Presse

Pflicht zum Leben?

12. März 2020, Die Furche

Gesetze und Geschäfte rund um den Tod

3. März 2020, Der Standard

Sterbehilfe ist nicht gleich Sterbehilfe

28. Februar 2020, Kurier

Verändert sich die Medizin komplett?

7. Dezember 2019, Kronen Zeitung

