

# Ethik in der Medizin

## Ethische Grundlagen medizinischer Behandlungsentscheidungen – Auftaktartikel zur Serie

*Aufgrund der zunehmenden Bedeutung ethischer Fragen in Medizin und Gesundheitswesen hat sich die Redaktion des „Bayerischen Ärzteblattes“ entschieden, eine Artikelserie zur Ethik in der Medizin zu starten. Fachlich koordiniert wird die Serie von Privatdozent Dr. Dr. Ralf Jox und Professor Dr. Georg Marckmann, MPH, vom Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München. Die Beiträge werden vier Mal im Jahr erscheinen und sollen vor allem solche ethischen Fragen behandeln, die für Ärztinnen und Ärzte bei ihrer praktischen Tätigkeit in der stationären oder ambulanten Patientenversorgung relevant sind (zum Beispiel Fragen der Therapieziel-*

*änderung) oder aktuell in der Öffentlichkeit bzw. der Ärzteschaft kontrovers diskutiert werden (zum Beispiel ärztlich assistierter Suizid). Knappe, praxisorientierte Übersichten und kommentierte Fallbesprechungen sollen den Leserinnen und Lesern diese Themen auf eine verständliche Weise nahebringen. Auch rechtliche Aspekte werden – sofern erforderlich – mit abgedeckt. Themenvorschläge und interessante Fälle zur Diskussion nehmen wir gerne entgegen, auch potenzielle Autoren dürfen sich gerne bei uns melden. Als ersten Beitrag dieser Artikelserie stellen wir im Folgenden dar, wie im ärztlichen Alltag ethisch gut begründete Entscheidungen getroffen werden können.*

Ärztinnen und Ärzte sind in ihrem Alltag in Klinik und Praxis heute zunehmend mit ethischen Herausforderungen konfrontiert. Der medizinisch-technische Fortschritt eröffnet neue Handlungs- und Interventionsmöglichkeiten am Lebensbeginn und Lebensende, die nicht nur unsere moralische Urteilsfähigkeit, sondern darüber hinaus auch das menschliche Selbstverständnis herausfordern. Immer häufiger stellt sich die Frage, ob alles, was medizinisch möglich wäre, auch tatsächlich durchgeführt werden sollte. Gleichzeitig ist unsere Gesellschaft durch einen Pluralismus von Wertüberzeugungen und Lebenseinstellungen geprägt, sodass bei den ethischen Herausforderungen nur selten auf einen allgemein geteilten Wertekonsens zurückgegriffen werden kann. Nicht zuletzt führt die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens vermehrt zu ethischen Konfliktsituationen. Dabei ist die ärztliche Ethik eigentlich so alt wie die Medizin als schriftlich überlieferte Disziplin. Schon im antiken Griechenland verpflichteten sich Ärzte im sogenannten Hippokratischen Eid darauf, dem Patienten zu nutzen, ihm keinen Schaden zuzufügen und die Schweigepflicht zu wahren. Diese moralische Selbstverpflichtung der Ärzte ist in der archetypischen Grundsituation von Not und Hilfe begründet, welche die Arzt-Patient-Beziehung seit jeher prägt: Ein durch Krankheit in Not geratener Mensch wird sich nur dann einem Arzt anvertrauen können, wenn er sich darauf verlassen kann, dass dieser bestimmte moralische Grundsätze berücksichtigt, insbesondere dass er seine eigenen Interessen hinter die des Patienten zurückstellt.

Neu ist hingegen die zunehmende Komplexität der ethischen Herausforderungen, bei denen das traditionelle ärztliche Ethos oft nur eine unzureichende Orientierung bietet. Nicht nur technologische Innovationen, auch neue Strukturen der Gesundheitsversorgung und erweiterte Aufgaben der Medizin erfordern ständig eine neue Reflexion und Diskussion ethischer Fragen. Wo die ethischen Grenzen des medizinisch Möglichen jeweils zu ziehen sind, wird seit den 1970er-Jahren nicht mehr allein von den handelnden Akteuren, den Forschern und Ärzten, diskutiert, sondern zunehmend in medizin- und bioethischen Instituten systematisch erforscht und gelehrt. Die ethische Reflexion hat damit einen eigenen Ort in den Wissenschaften gefunden, das ärztliche Ethos wird durch die Medizinethik ergänzt und erweitert. Sie bleibt dabei nicht auf die ärztliche Tätigkeit beschränkt, sondern schließt alle Akteure im Gesundheitswesen mit ein.

Über Lehre und Forschung hinaus hat die Medizinethik in verschiedenen Beratungsangeboten eine explizite und zunehmend professionelle Form angenommen. Politische Entscheidungsträger sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitswesens greifen zunehmend auf medizinethische Expertise zurück. Die Prüfung von Forschungsvorhaben am Menschen durch Ethikkommissionen kann inzwischen auf eine lange und erfolgreiche Tradition zurückblicken. Eine vergleichsweise junge Entwicklung sind demgegenüber die ethischen Beratungsangebote in Kliniken und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens, die eine Unterstützung bei ethisch schwierigen Fragen der Versorgung

kranker oder pflegebedürftiger Menschen leisten. Diese „Klinische Ethikberatung“ ist ein Versuch, die ethische Reflexion im Alltag des Gesundheitswesens in einer expliziten, strukturierten und methodisch gestützten Art und Weise durchzuführen und die beteiligten Akteure in der Wahrnehmung ihrer moralischen Verantwortung zu unterstützen. Sie vermag das ethische Urteil der Entscheidungsträger vor Ort zwar zu erhellen, aber nicht zu ersetzen. Die Entscheidungsverantwortung verbleibt notwendigerweise bei den handelnden Akteuren.

### Normative Orientierung: Die Prinzipienorientierte Medizinethik

Ein wesentliches Ziel ethischer Reflexion in der Medizin besteht darin, in schwierigen Entscheidungssituationen ethisch gut begründete Lösungen herauszuarbeiten. Damit stellt sich aber die Frage, an welchen Gründen sich die Medizinethik orientieren soll: Welche normativen Orientierungspunkte sollten für ethische Entscheidungen in der Medizin maßgeblich sein? Während sich in der Moralphilosophie bislang keine ethische Theorie als die allein richtige durchsetzen konnte, wurde mit der „Prinzipienorientierten Medizinethik“ für den medizinischen Bereich ein eher praxisnaher Ansatz entwickelt, der – zumindest in der westlichen Welt – weithin zustimmungsfähig ist und in allen Bereichen der Medizin Anwendung findet [1]. Der Ansatz gibt den Anspruch einer umfassenden ethischen Theorie auf und orientiert sich stattdessen an vier weithin konsensfähigen „mittlere-

ren" Prinzipien, die mit verschiedenen Moraltheorien vereinbar sind. Die Prinzipien werden aus moralischen Alltagsüberzeugungen abgeleitet (rekonstruiert) und in einen kohärenten Zusammenhang gebracht. Man spricht deshalb auch von einem „rekonstruktiven“ oder „kohärentistischen“ Begründungsansatz.

Die folgenden vier medizinethischen Prinzipien definieren die grundlegenden moralischen Verpflichtungen von Ärzten und anderem Gesundheitspersonal. Sie bieten damit eine verbindliche Orientierung in schwierigen ethischen Entscheidungssituationen:

1. Das „Prinzip des Wohltuns“ (englisch: beneficence) verpflichtet alle im Gesundheitswesen Tätigen dazu, das Wohlergehen des Patienten bestmöglich zu fördern, das heißt diejenigen Maßnahmen auszuwählen, die dem Patienten den größten Nutzen bieten. Nützlich sind allgemein diejenigen Maßnahmen, die die Lebenserwartung und/oder die Lebensqualität des Patienten verbessern.
2. Das „Prinzip des Nichtschadens“ (englisch: nonmaleficence) verpflichtet dazu, dem Patienten nach Möglichkeit durch die therapeutischen Bemühungen keinen Schaden zuzufügen. Oft kann der Arzt dem Patienten aber nur dann effektiv helfen, wenn er ihm

gleichzeitig gesundheitliche Risiken und Belastungen zumutet (vgl. zum Beispiel onkologische oder intensivmedizinische Behandlungen). In diesem Fall ist eine sorgfältige Abwägung von Nutzen und Schaden für den Patienten erforderlich.

3. Dem „Prinzip des Respekts vor der Autonomie“ zufolge dürfen nur diejenigen Maßnahmen durchgeführt werden, denen der Patient nach angemessener Aufklärung selbst zugestimmt hat (sogenannter „informed consent“). Dabei umfasst das Autonomie-Prinzip nicht nur die Entscheidungsfreiheit, sondern darüber hinaus die Verpflichtung, den Patienten in seiner Entscheidungsfindung aktiv zu unterstützen und ihn dadurch erst in die Lage zu versetzen, eine selbstbestimmte Entscheidung über die durchzuführenden Maßnahmen zu treffen. Die Bedingungen des „informed consent“ sind erfüllt, wenn der Patient kognitiv entscheidungsfähig ist, eine ausreichende Aufklärung erhalten und diese verstanden hat, freiwillig eine Entscheidung trifft und schließlich seine Zustimmung zur Maßnahme gibt.
4. Das „Prinzip der Gerechtigkeit“ blickt über den einzelnen Patienten hinaus und fordert eine faire Verteilung von Nutzen und Las-

ten im Gesundheitswesen. Diese ethischen Fragen der Verteilungsgerechtigkeit dürften aufgrund der zunehmenden Diskrepanz zwischen medizinisch Möglichem und solidarisch Finanzierbarem in den kommenden Jahren weiter an Bedeutung gewinnen. Im Kern fordert dabei die Gerechtigkeit eine Gleichbehandlung der Patienten: Gleiche Fälle sollten gleich behandelt werden, und ungleiche Fälle sollten nur insofern ungleich behandelt werden, als sie moralisch relevante Unterschiede aufweisen. Was im Einzelfall moralisch relevante Unterschiede sind, bereitet oft Interpretationsschwierigkeiten.

Jedes der vier Prinzipien ist „prima facie“ gültig, das heißt auf den ersten Blick verbindlich, solange es nicht mit gleichwertigen oder stärkeren Verpflichtungen kollidiert. Sie bilden allgemeine Orientierungspunkte, die im Einzelfall noch einen erheblichen Beurteilungsspielraum bieten. Sie müssen für die vorliegende Situation interpretiert bzw. spezifiziert und im Konfliktfall gegeneinander abgewogen werden. Wie dies in einer strukturierten Art und Weise erfolgen kann, erläutert der folgende Abschnitt.

### Strukturiertes Vorgehen im Einzelfall: Die Prinzipienorientierte Falldiskussion

Ausgangspunkt ethischer Fragen in der Medizin ist meist eine Entscheidungssituation, in der es mehrere (Be-)Handlungsoptionen gibt, wobei es unklar oder umstritten ist, welche der verfügbaren Optionen in der vorliegenden Situation vorzuziehen ist. So kann sich zum Beispiel die Frage stellen, ob ein schwer kranker Patient mit einer lebensbegrenzenden Erkrankung noch intensivmedizinische Maßnahmen erhalten oder nur palliativ behandelt werden sollte [2]. Zur Beantwortung solcher Ausgangsfragen gilt es, schrittweise die ethischen Verpflichtungen zu prüfen, die sich aus den vier medizinethischen Prinzipien ergeben. Wir sprechen deshalb auch von einer „Prinzipienorientierten Falldiskussion“, die insgesamt fünf Bearbeitungsschritte umfasst (siehe Tabelle). Das klar strukturierte Vorgehen soll es erleichtern, sich in der Komplexität des Einzelfalls zurecht

<b>1. Analyse</b>	Medizinische Aufarbeitung des Falles a) Information über den Patienten (Anamnese, Befunde, Diagnosen, etc.)
	b) (Be-)Handlungsoptionen mit ihren Chancen und Risiken (Prognose)
<b>2. Bewertung I</b>	Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten a) Wohl des Patienten fördern, nicht schaden
	b) Autonomie respektieren
<b>3. Bewertung II</b>	Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten: Familienangehörige, andere Patienten, Versicherungsgemeinschaft (Gerechtigkeit)
<b>4. Synthese</b>	Konvergieren oder divergieren die Verpflichtungen? Im Konfliktfall → Begründete Abwägung
<b>5. Kritische Reflexion</b>	a) Was ist der stärkste Einwand gegen die ausgewählte Option?
	b) Wie hätte der Konflikt möglicherweise vermieden werden können?

Tabelle: Prinzipienorientierte Falldiskussion in der Übersicht [3].



© XtravaganT – Fotolia.com

zu finden und alle relevanten ethischen Aspekte zu berücksichtigen. Nach Möglichkeit sollte das Modell die Leitstruktur für ethische Fallbesprechungen sein, an denen alle relevanten Akteure, medizinischen Disziplinen und Berufsgruppen beteiligt sind. Das strukturierte Vorgehen kann aber auch in anderen Kontexten hilfreich sein, sei es bei der Entscheidungsfindung des einzelnen Arztes, in einem kollegialen Gespräch oder bei einer klinischen Visite.

### 1. Medizinische Analyse

Anlass einer ethischen Falldiskussion ist in der Regel eine Unsicherheit oder Uneinigkeit, welche der verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten in der vorliegenden Situation am besten ist. Bevor wir entscheiden können, was wir tun „sollen“, müssen wir zunächst herausarbeiten, was wir überhaupt tun „können“. Jede Fallbesprechung muss deshalb mit einer sorgfältigen medizinischen Aufarbeitung der Situation beginnen. Diese umfasst zunächst eine möglichst genaue Beschreibung der medizinischen Situation, in der sich der Patient aktuell befindet. Hierbei sind neben den medizinischen Fakten (Diagnosen, Befunde, Verlauf) auch die psychosozialen, existenziellen und kulturellen Gegebenheiten herauszuarbeiten, die für den Patienten und die aktuelle Situation Bedeutung haben. Anschließend ist zu klären, welche Handlungsoptionen überhaupt zur Verfügung stehen, das heißt welche Möglichkeiten es gibt,

auf die Probleme des Patienten zu reagieren. Dabei ist es wichtig, das gesamte Spektrum aller sinnvollen Behandlungsmöglichkeiten zu erfassen, zum Beispiel von einer uneingeschränkten lebensverlängernden Therapie bis hin zu einem vollständigen Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen. Die einzelnen Handlungsoptionen sind durch jeweils unterschiedliche Behandlungsziele gekennzeichnet. Für jede einzelne Handlungsoption ist dann der zu erwartende weitere Verlauf herauszuarbeiten: Wie groß sind die Überlebenschancen des Patienten? Mit welcher Lebensqualität wird der Patient weiterleben? Am Ende dieses ersten Bearbeitungsschrittes ist herausgearbeitet, welche Handlungsoptionen zur Verfügung stehen und welche Chancen und Risiken bzw. Belastungen damit jeweils verbunden sind.

### 2. Bewertung I: Ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten

Mit dem zweiten Bearbeitungsschritt beginnt die ethische Bewertung der Entscheidungssituation. Als Bewertungsmaßstab dienen die vier klassischen medizinethischen Prinzipien. Aus zwei Gründen sollte man dabei mit der Perspektive des Patientenwohls beginnen, bevor man den Blick auf die Autonomie des Patienten richtet. Zum einen verhindert dies, dass man sich zu früh auf die Bewertungen des Patienten selbst festlegt und dadurch die eigene Bewertung vernachlässigt. Zudem können bereits in

diesem ersten Bearbeitungsschritt diejenigen Behandlungsoptionen ausgeschlossen werden, die dem Patienten keinen Nutzen (mehr) bieten und deshalb – aufgrund der fehlenden Indikation – dem Patienten auch nicht mehr angeboten werden dürfen. Die beiden Prinzipien des Wohltuns und Nichtschadens sind dabei gemeinsam anzuwenden, da sich die Bewertung aus dem Verhältnis von Nutzen und Schaden ergibt.

### 2 a) Wohltun und Nichtschaden

Die Leitfrage lautet: „Welche der verfügbaren Handlungsoptionen ist im Hinblick auf das Wohlergehen des Patienten am besten?“ Maßgeblich ist hierfür weniger das aktuelle Wohlergehen des Patienten. Welche Behandlung der Patient selbst präferiert, ist an dieser Stelle ganz bewusst auszublenden. Insbesondere bei einer schwer zu beurteilenden Prognose (zum Beispiel nach einer schweren Schädigung des Gehirns) ist es sinnvoll, mehrere Personen in die Bewertung mit einzubeziehen, um verschiedene Perspektiven auf das Patientenwohl zu berücksichtigen und die Gefahr einseitiger Bewertungen zu reduzieren. Sofern eine eindeutige Bewertung nicht möglich ist, sollte man prüfen, ob zumindest tendenziell eine Handlungsoption im Hinblick auf das Patientenwohl zu bevorzugen ist. Wenn sich ein Team nicht einigen kann, welche Handlungsoption für den Patienten am besten ist, ist dies als Zwischenergebnis festzuhalten.

### 2 b) Respekt vor der Autonomie

Die Leitfrage lautet: „Welche der verfügbaren Handlungsoptionen bevorzugt der Patient selbst bzw. würde der Patient bevorzugen?“ Voraussetzung für die Beantwortung dieser Frage ist eine einfühlsame Aufklärung des Patienten bzw. der Angehörigen/rechtlichen Vertreter über die verfügbaren Handlungsoptionen. Wenn der Patient nicht mehr einwilligungsfähig ist, ist auf eine Patientenverfügung, früher vom Patienten mündlich geäußerte Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Patientenwillen zurückzugreifen [4]. Eine Patientenverfügung muss im Dialog mit den Angehörigen sorgfältig und im Sinne des Patienten interpretiert werden. Bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens kommt es darauf an, genügend Informationen über frühere Äußerungen und Werthaltungen des Patienten von verschiedenen Personen aus seinem Umfeld zusammenzutragen.

### 3. Bewertung II: Verpflichtungen gegenüber Dritten

Im dritten Bearbeitungsschritt ist – geboten durch das Prinzip der Gerechtigkeit – zu prüfen, welche Bedürfnisse anderer beteiligter Perso-



nen für die Entscheidungsfindung relevant sind. Die Leitfrage lautet: „Welche der verfügbaren Behandlungsoptionen ist für andere beteiligte Personen am besten?“ Neben den Angehörigen und nahestehenden Personen sind hierbei auch die Bedürfnisse anderer Patienten zu berücksichtigen, wenn zum Beispiel keine ausreichende Anzahl von Intensivbetten zur Verfügung steht. Auch Fragen des Ressourcenverbrauchs wären hier zu diskutieren, sofern sie für die vorliegende Entscheidung relevant sind. Die Verpflichtungen gegenüber Dritten sind dabei den Verpflichtungen gegenüber dem Patienten (vgl. Bearbeitungsschritt zwei) nachgeordnet. Nur wenn zwei im Hinblick auf den Patienten (Bewertung I) gleichwertige Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen, können die Bedürfnisse gegenüber Dritten den Ausschlag bei der endgültigen Entscheidung geben (zum Beispiel wenn es zwei die Angehörigen verschieden belastende Wege gibt, einen irreversibel koma-tösen Patienten sterben zu lassen). In anderen Fällen kann man versuchen, bei der Umsetzung der klar im Interesse des Patienten gebotenen Handlungsoption die Bedürfnisse Dritter zu berücksichtigen (zum Beispiel durch eine psychologische Unterstützung der Angehörigen).

#### 4. Synthese

Im vierten Bearbeitungsschritt sind die vorangehenden Einzelbewertungen zu einer übergreifenden Situationsbeurteilung zusammenzuführen. Die Leitfrage lautet: „Konvergieren oder divergieren die ethischen Verpflichtungen, die sich aus den einzelnen Prinzipien ergeben?“ Im ersten Fall gibt es gute ethische Gründe, die entsprechende Behandlungsoption zu ergreifen. Im zweiten Fall liegt ein ethischer Konflikt vor, bei dem eine „begründete Abwägung“ der

konfligierenden Verpflichtungen erforderlich ist, da keines der Prinzipien kategorisch Vorrang gegenüber den anderen genießt. Eine Ausnahme bildet die Ablehnung einer medizinischen Maßnahme durch einen aufgeklärten, einwilligungsfähigen Patienten oder gemäß seinem verfügten bzw. mutmaßlichen Willen: In diesem Fall hat die Selbstbestimmung des Patienten ethisch wie rechtlich Vorrang vor seinem Wohlergehen, das heißt der Patient kann auch gegen sein eigenes Wohl entscheiden (vgl. die Verweigerung von Bluttransfusionen durch einen erwachsenen Zeugen Jehovas). Bei der begründeten Abwägung gilt es, fallbezogene Gründe zu finden, einer der konfligierenden Verpflichtungen den Vorrang einzuräumen. Lässt sich in einer ethischen Fallbesprechung keine Einigkeit erzielen, sind die unterschiedlichen Positionen jeweils mit ihrer ethischen Begründung zu dokumentieren. An dieser Stelle sollte auch überlegt werden, welche weiteren Schritte erforderlich sind, um das Ergebnis der ethischen Fallbesprechung umzusetzen, und ob gegebenenfalls ein erneutes Gespräch zu einem späteren Zeitpunkt vorgesehen werden sollte.

#### 5. Kritische Reflexion

Als letzter Bearbeitungsschritt kann eine kritische Reflexion der Fallbesprechung sinnvoll sein. Die Leitfragen lauten: „Worin besteht der stärkste Einwand gegen die favorisierte Handlungsoption?“ Und: „Wie hätte der Konflikt möglicherweise verhindert werden können?“ Dies soll zum einen die kritische Selbstreflexion fördern (gegebenenfalls mit einer Modifikation des Ergebnisses), zum anderen Anlass geben zu prüfen, ob man etwas aus dem vorliegenden Fall für vergleichbare zukünftige Situationen lernen kann.

## Zusammenfassung

Ärzte und andere Akteure im Gesundheitswesen sind in zunehmender Häufigkeit mit komplexen ethischen Fragen konfrontiert, die ein hohes Maß an moralischer Urteilsfähigkeit und ethischer Reflexion erfordern. Die medizinische Ethik als wissenschaftliche Disziplin entwickelt Instrumente und Modelle, welche die Entscheidungsfindung in der Praxis erleichtern sollen. Ein erprobter Ansatz ist die Prinzipienorientierte Fallbesprechung: Ausgehend von den vier Prinzipien des Wohltuns, des Nichtschadens, des Respekts vor der Autonomie und der Gerechtigkeit wird die Entscheidungsfrage auf eine strukturierte Weise einer gut begründeten und möglichst konsensfähigen Antwort nähergeführt.

Die hiermit begonnene Artikelserie „Ethik in der Medizin“ des *Bayerischen Ärzteblattes* wird regelmäßig praxisrelevante ethische Fragen der Medizin sowie klinische Problemfälle vorstellen und ethisch begründete Orientierung anbieten. Für Interessierte sei zudem auf die bald in München stattfindende Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin verwiesen: unter dem Motto „Vom Konflikt zur Lösung: ethische Entscheidungswege in der Medizin“ lädt die LMU München vom 10. bis 12. Oktober 2013 neben Ethikern auch Ärzte, Pflegenden und andere zu einem Gedankenaustausch ein (Näheres siehe [www.aem-online.de](http://www.aem-online.de)).

## Literatur:

1. Beauchamp TL, Childress JF (2013) Principles of Biomedical Ethics. 7th ed. Oxford University Press, New York Oxford
2. Jox RJ (2011) Sterben lassen. Über Entscheidungen am Ende des Lebens. Edition Körber-Stiftung, Hamburg
3. Marckmann G, Mayer F (2009) Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie. Grundlagen einer prinzipienorientierten Falldiskussion. *Der Onkologe* 15:980-988
4. Marckmann G, Sandberger G, Wiesing U (2010) Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen. *Dtsch Med Wochenschr* 135:570-574

## Autoren



Professor Dr. Georg Marckmann, MPH  
Studium der Medizin und Philosophie an der Universität Tübingen, Public-Health Studium an der Harvard Universität. 1998-2010

Mitarbeiter am Tübinger Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, 2003 Habilitation für das Fach „Ethik in der Medizin“. Seit 2010 Universitätsprofessor für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin und Leiter des gleichnamigen Instituts an der LMU München. Seit 2012 Präsident der Akademie für Ethik in der Medizin.  
Kontakt: [marckmann@lmu.de](mailto:marckmann@lmu.de)



Privatdozent Dr. Dr. Ralf J. Jox  
Studium der Medizin, Philosophie und Medizinethik an den Universitäten Freiburg, München, Basel sowie am King's College in London. 2003-2010

Ausbildung zum Facharzt für Neurologie mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin am Klinikum der Universität München. Seit 2010 Akademischer Rat auf Zeit am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin an der LMU München. 2012 Habilitation für das Fach „Ethik in der Medizin“.  
Kontakt: [ralf.jox@med.uni-muenchen.de](mailto:ralf.jox@med.uni-muenchen.de),  
Internet: [www.egt.med.uni-muenchen.de](http://www.egt.med.uni-muenchen.de)