

Aus dem Institut für Medizin- und Wissenschaftsgeschichte
der Universität zu Lübeck
Direktor: Prof. Dr. D. von Engelhardt

Die Patientenaufklärung in der russischen Medizin der Gegenwart

**Eine Untersuchung des *informed consent* in der russischen
Medizin in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck

– Aus der medizinischen Fakultät –

vorgelegt von
Christian Siebel
aus Wuppertal

Lübeck 2003

Erster Berichterstatter: Herr Prof. Dr. phil. Dietrich v. Engelhardt
Zweiter Berichterstatter: Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. habil. Fritz Schmielau
Tag der mündlichen Prüfung: 07. Juni 2004
Zum Druck genehmigt: 07. Juni 2004

gez. Prof. Dr. med. Eberhard Schwinger
- Dekan der Medizinischen Fakultät -

Gewidmet meiner geliebten Mutter, deren Selbstlosigkeit
mein Studium und die vorliegende Arbeit ermöglicht hat

INHALT

I. Einleitung	3
Material und Methoden	9
II. Das russische Gesundheitssystem	12
III. Der Begriff des <i>informed consent</i>	15
IV. Die öffentliche Diskussion des <i>informed consent</i> in Russland	21
V. Der <i>informed consent</i> in der Forschung	29
VI. Sterbehilfe und <i>informed consent</i>	31
VII. Der <i>informed consent</i> in der russischen Fachliteratur zur Medizinethik	36
VIII. Rechtliche und normative Grundlagen des <i>informed consent</i> in Russland	40
Gesetzesgrundlagen zum Schutz der Gesundheit der Bürger	40
Der Kodex der ärztlichen Ethik	41
IX. Diskussion	43
X. Zusammenfassung	50
XI. Anhang	52
Gesetzestexte	52
Konstitution der Russischen Föderation in der aktuellen Fassung vom 10.02.1996	52
Gesetz No. 5487-1 vom 22.07.1993 „Grundlagen der Gesetzgebung der Russischen Föderation zum Schutz der Gesundheit der Bürger“	53
Gesetz der RF No. 3185-I vom 02.07.1992 (Psychiatriegesetz)	60
Kodex der ärztlichen Ethik	63
Deklaration von Helsinki von 1964	74
Transliterationstabelle	79

Literaturverzeichnis	80
Weiterführende Literatur	83
Internet-Quellen	85
Danksagung	86
Lebenslauf	87

I. Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem rechtlichen und gesellschaftlichen Hintergrund der Patientenaufklärung und ihrer Durchführung in Russland¹ zwischen Perestrojka² und dem Jahr 2001. Denn mit dem Beginn der Glasnost/Perestrojka (ab 1985) in der ehemaligen UdSSR entstand in den Nachfolgestaaten ein zuvor nicht geahnter Bedarf an neuen Leitlinien, an nicht vom System vorgegebenen Maximen. Über die gesamte Zeit der Sowjetunion hatte eine Legislative mit der zentralen Vorgabe von Dogmen einen teleologischen Standpunkt vertreten, der alles guthieß, was dem Sozialismus förderlich war und verwarf, was mutmaßlich die Entwicklung des Kommunismus behinderte. Im Jahre 1956 veröffentlichte Nikolaj Nikolaewiĉ Petrov sein Buch „Fragen chirurgischer Deontologie“³, das rückblickend den Beginn des medizinethischen Diskurses innerhalb der Sowjetunion darstellt. Die Resonanz jedoch war recht verhalten und das Thema wurde kaum beachtet. Der Inhalt des Buches beschränkte sich allerdings auch weitestgehend auf Verhaltensregeln für den jungen Arzt, wie er sich Patient und Staat gegenüber zu verhalten habe.

Seit der Gründung der „Gemeinschaft Unabhängiger Staaten“ im Dezember 1991 entwickelt sich jedoch unter zunehmendem Einfluss der westlichen Welt auch eine öffentliche Debatte um die Frage nach dem „sittlich Richtigen“ in der Heilkunst.

Die Zeitspanne zwischen 1985 und 1991 wird heute im Allgemeinen mit dem Begriff der Perestrojka-Politik beschrieben, da sich kein klarer Wendepunkt mit einer Jahreszahl festmachen lässt, allenfalls bietet sich die Wahl Michajl S. Gorbacëvs zum Generalsekretär der KPdSU 1985 als Beginn der politischen Neuorientierung in Russland an. Die Gründung der GUS 1991 stellt hier

¹ Konstitution der Russischen Föderation, Artikel 1: „Die Bezeichnungen Russische Föderation und Russland sind gleichbedeutend.“

² „Glasnost“ (глазность) = Klarheit, Offenheit; „Perestrojka“ (перестройка) = Umbau

³ Petrov, 1956.

bestimmt einen Meilenstein in der Entwicklung des Großreiches dar, sicherlich aber nicht das Ende der Umstrukturierung des ehemals totalitären Systems. Die neueren Entwicklungen in Russland unter dem gegenwärtigen Präsidenten Vladimir V. Putin, der offensichtlich wieder eine stärkere Ressourcen- und Machtbündelung im Präsidentenamt anstrebt, eröffnen weiteren Raum für Spekulationen um die Zukunft Russlands.

Diese Entwicklung verdient in mehreren Hinsichten Beachtung, da zum einen in Russland das Bestreben herrscht, eine freiheitliche Gesellschaftsordnung in der Praxis durchzusetzen, deren Grundlage die Selbstbestimmung des Individuums ist, zum anderen das Erbe eines jahrzehntelangen, unterdrückenden Regimes und knappe Staatsfinanzen einen gesellschaftlichen Umbau behindern. Diese auch in der Verfassung festgeschriebenen⁴ Grundrechte sind allerdings im direkt aus der sozialistischen Realität hervorgegangenen Alltag noch nicht in jeden Bereich des Lebens vorgedrungen, zumal in einem Kongressbericht aus dem Jahre 1992 beklagt wird, dass die Mitglieder der reaktionären „alten Garde“ der Medizin noch immer in ihren Positionen seien und noch nicht einmal die leitenden Psychiater suspendiert seien, die für die Kollaboration mit dem KGB⁵ verantwortlich waren⁶.

Die Medizin sieht sich hier insofern einem schwierigen Wandel gegenübergestellt, als in Russland eine jahrhundertlange Tradition des paternalen, sich aufopfernden Arztes die Medizin beeinflusste. Dem Patienten wird auch heute noch oftmals die Fähigkeit abgesprochen, die Tragweite seiner Diagnose zu verstehen und entsprechend damit umzugehen.

Diese ärztliche Haltung entstammt maßgeblich der deutschen Ärzteschaft, die in der Zarenzeit seit Peter dem Großen (1672-1725) die russische Medizin

⁴ Konstitutsija Rossijskoj Federazii, Artikel 2: “Der Mensch, seine Rechte und seine Freiheit sind das höchste Gut. Die Beachtung, Erfüllung und Schutz der Rechte und Freiheit des Menschen und des Bürgers sind Aufgabe des Staates.“

⁵ Komitet Gosudarstvennoj Bezopasnosti (Komitee für Staatssicherheit), 1994 ersetzt durch den FSB (Federal'naja Služba Bezopasnosti).

⁶ Tiščenko, P. D., Judin, B. G., 1992.

maßgeblich prägte und mitbestimmten. Seit der Gründung der Hauptstadt Sankt Petersburg (1712) waren die Bezeichnungen „Arzt“ und „Deutscher“ fast gleichbedeutend, der Leibarzt Peter des Großen, Robert L. Blumentrost, war Deutscher – wie die der meisten folgenden Zaren auch –, und die oberste ärztliche Aufsichtsbehörde (Apothekenkanzlei) war über Jahrhunderte unter deutscher Verwaltung. Zwischen 1819 und 1858 wurden allein in Sankt Petersburg 3 verschiedene Ärztevereinigungen gegründet, deren Mitglieder zu über 90% deutsche Ärzte waren.⁷ Die deutsche ärztliche und wissenschaftliche Kultur war wegweisend für die Entwicklung der russischen Akademien⁸ und so erstaunt es nicht, dass das paternalistische deutsche Arzt-Patienten-Verhältnis⁹ über Jahrhunderte in Russland wiederzufinden war. Der Schriftsteller und Arzt Vikentij Vikent'evič Veresaev unterstellt 1901 in seinen „Aufzeichnungen eines Arztes“ (dt. Übersetzung: „Bekenntnisse eines Arztes“) dem unheilbar Erkrankten die Forderung an den Arzt „... wenn keine Hoffnung besteht, dann belüge mich so, dass ich nicht eine Sekunde daran zweifle, dass Du die Wahrheit sagst.“¹⁰ Während sich in Deutschland im 20. Jahrhundert eine Entwicklung zum *informed consent* hin vollzogen hat,⁹ scheint sich diese ärztliche Tradition in Russland bis heute konserviert zu haben. Heute lässt sich diese Haltung auch noch weiterhin aus Artikel 2.7 des „Ethischen Kodex´ des russischen Arztes“ herauslesen.¹¹ Dieser wird auch Gegenstand der nachfolgenden eingehenden Betrachtungen sein.

Im stalinistischen Russland wurde zudem auch besonders die psychiatrische Diagnose als Machtinstrument verwendet und gegen den „Patienten“ angewandt, um politisch unliebsame Bürger aus dem öffentlichen Leben zu isolieren. Geradezu traurige Berühmtheit hat hier die folgenschwere Aussage systemtreuer Psychiater erlangt: „Dass wir keine Diagnose stellen können, be-

⁷ Zieger, K., 2000, S.107-113.

⁸ Dumschat, S., 2000, S. 26-27.

⁹ vgl.: Winau, R., 1996.

¹⁰ Veresaev, V. V., 1901, S. 203.

¹¹ s. Anhang.

deutet nicht, dass Sie nicht psychisch krank sind”.¹² Diagnosen wie „übertriebene Wertschätzung des Kapitalismus“ und „krankhafte Beurteilung des Westens“ zeugen vom skrupellosen Missbrauch der medizinischen Einrichtungen. Die Interessen des Staates hatten unbedingten Vorrang vor dem individuellen Wohl und so bezeichnete der Hygienearzt und erste „Volkskommissar für Gesundheit“ Nikolaj Aleksandrovič Semaško 1925 das ärztliche Geheimnis als „bourgeoises Relikt“, welches dazu diene, Patienten nicht zu verlieren und im Sozialismus keinen Platz haben sollte. Semaško schaffte die gesetzliche Schweigepflicht ab,¹³ was er jedoch im Jahre 1945 offensichtlich als Fehlentscheidung einräumte,¹⁴ da vielfach kein Vertrauensverhältnis zustande kam oder erkaufte wurde. Mit der Abschaffung des Persönlichen in der Medizin erstarb in der Sowjetunion auch die medizinethische Diskussion. Die gesetzliche Regelung der ärztlichen Schweigepflicht wurde 1970 wieder eingeführt, doch hat sich auf diesem Gebiet erst durch Michajl Sergeevič Gorbačëvs Politik der Glasnost-Ära deutlich mehr verändert: Das russische Gesundheits- sowie das Psychiatrie-Gesetz¹⁵ gehören zu den modernsten weltweit und halten jedem internationalen Vergleich stand.

Die einschneidendste Veränderung aber brachte die weitgehende politische und soziale Öffnung Russlands dem Westen gegenüber mit sich. Denn nicht nur durch den inzwischen regen wissenschaftlichen Austausch – viel mehr noch durch die in den Massenmedien transportierten Informationen – tritt immer deutlicher die Kluft zwischen dem tradierten Krankheitsverständnis und den Forderungen einer auf freiheitlich-demokratischen Grundsätzen basierten Medizin zutage.

In diesem Zusammenhang wirken allein die heldenhaften Arztfiguren aus den amerikanischen und deutschen Vorabendserien im Fernsehen, die in einem frappierenden Missverhältnis zur medizinischen Realität in Russland stehen,

¹² In einem Bericht des WDR: “50 Jahre lebendig begraben” vom 23.08.1997

¹³ Semaško, 1925.

¹⁴ Ivanjuškin, A. Ja., Judin, B. G., Tiščenko, P. D., 1998, S. 130.

¹⁵ S. Anhang: Gesetz der Russischen Föderation No. 3185-I.

als „Kulturboten“. Spätestens hier wird dem Fernsehzuschauer klar, dass medizinische Möglichkeiten unmittelbar von finanziellen und somit volkswirtschaftlichen Faktoren abhängen. Im sozialistischen Russland waren die Mittel im Gesundheitswesen staatlich verteilt, eine der Marktwirtschaft entsprungene hochtechnisierte Medizin war weitgehend unbekannt. In Kombination mit der paternalistischen Ärzetradition führte dies zu einer Konservierung des - bisweilen romantisch anmutenden - breiten Nicht-Wissens über die Behandelbarkeit zahlreicher, z.B. maligner, Erkrankungen. Die Folge ist eine heute noch deutlich spürbare Stigmatisierung und zum Teil gesellschaftliche Isolation des ernstlich erkrankten Menschen. Unter diesem Gesichtspunkt liegt ebenfalls eine Beleuchtung der ärztlichen Schweigepflicht nahe, da diese in der aktuellen medizinischen Fachliteratur immer wieder dahingehend interpretiert wird, dass der Arzt das Recht, ja sogar die Pflicht hat, dem unheilbar Kranken seine Diagnose zu verschweigen. Dies stellt sich unter den oben genannten Verhältnissen als probate Möglichkeit zum Schutz des Patienten vor der gesellschaftlichen Isolation dar.

Die Stigmatisierung Kranker ist in der westlichen „aufgeklärten Demokratie“ mit ihrem hohem medizinischen Niveau keineswegs ein unbekanntes Phänomen, man entsinne sich der breiten Hysterie und Mystifizierung, die mit dem Auftreten des AIDS die westlichen Staaten ergriff. Es handelt sich hierbei jedoch – ähnlich den mittelalterlichen Seuchen – um Krankheiten mit unbekanntem, beziehungsweise unbehandelbarem Pathomechanismus, die seinerzeit unvermeidlich zum Tode des Betroffenen führten, während in Russland die grundlegende Stigmatisierung Krebskranker eher unverständlich erscheint - gemessen am medizinisch Möglichen.

Die russische Medienlandschaft ist mit 5 allgemeinen ärztlichen Journalen („Vrač“, „Glavny Vrač“, „Doktor Lending“, „Siberian Health Today“, „Russkij Meditsinskij Žurnal“), mehreren Hochschulnachrichten (Vestniki), einer Pflege-Fachzeitschrift („Medsestra“) und diversen fachärztlichen Zeit-

schriften nicht arm an medizinischen Publikationen, eine russische Zeitschrift zur Medizinethik gibt es allerdings derzeit nicht.

Eine der ersten russischen Arbeiten aus dem Jahre 1996, die sich mit Veröffentlichungen zum Thema Patientenaufklärung befasst¹⁶, weist darauf hin, dass in Russland zu diesem Zeitpunkt keine russischen Artikel im Medline-Archiv zu finden seien, während im US-Amerikanischen Raum knapp 5000 Artikel zu finden seien. Der Autor vermutet als Ursache dieser deutlichen Diskrepanz zum einen die grundlegenden materiellen Probleme in der russischen Medizin, andererseits aber auch eine starke Tradition der paternalistischen Arztrolle, die der Mentalität der Russen mehr entspreche als die rechtlich geforderte, vollständige Aufklärung des Patienten.

Da die vorliegende Arbeit die erste Metaanalyse der medizinethischen Diskussion im gegenwärtigen Russland darstellt, eröffnen sich hier Perspektiven für weitergehende Untersuchungen wie einen Vergleich der medizinethischen Lage in den verschiedenen slawischen Nationen beziehungsweise in den Nachfolgestaaten der ehemaligen UdSSR oder bezüglich der Rolle des russischen Krankenpflegepersonals bei der Patientenaufklärung.

Die medizinethischen Publikationen in den gängigen Fachzeitschriften für Medizin behandeln gelegentlich die Themen „Sterbehilfe“ und „Patientenaufklärung.“ Hier zeigt sich allerdings eine große Bandbreite in der Qualität der Beiträge, denn einige Autoren differenzieren noch nicht einmal zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe, beziehungsweise der Sterbebegleitung im Sinne einer palliativen Behandlung.

Aufgrund der kurzen Spanne der freiheitlichen Entwicklung im postsowjetischen Russland gibt es nur spärliche Veröffentlichungen zur Medizinethik in Russland, insbesondere der *informed consent* wird nicht häufig konstruktiv diskutiert. In dieser Beziehung hervorzuheben sind als Autoren mehrerer Ver-

¹⁶ Eelstein, N. V, 1996.

öffentlichungen der Leiter der RAMN¹⁷ in Sankt Petersburg, Boris Grigor'evič Judin¹⁸, der Leiter der RAMN⁸ in Moskau, Lev Abramovič Durnov, der Moskauer Arzt und Professor Vladimir Viktorovič Vlasov, sowie der Moskauer Onkologe Dr. Igor Viktorovič Kuz'min¹⁹.

Material und Methoden

Als Quellen für die vorliegenden Betrachtungen dienen die aktuell erscheinenden medizinischen Zeitschriften, darunter in erster Linie „Vrač“²⁰ (Der Arzt), „Kliničeskaja Meditsina“²¹ (Klinische Medizin), verschiedene Monographien und schließlich das russische Gesetzbuch²² in der gedruckten und elektronischen (kommentierten) Form.²³

In zwei Aufenthalten in Moskau standen für die Recherche die unergründlichen Archive der Lenin-Bibliothek²⁴ und die elektronische Volltextsuche der Staatlichen Medizinischen Bibliothek²⁵ zur Verfügung. Darüber hinaus bietet sich das Internet als aktuelle, grenzüberschreitende Informationsquelle an, wobei sich aufgrund der regional stark variierenden Transliteration eine Suchmaschine mit kyrillischer Oberfläche²⁶ als unabdingbar erweist. Eine große Vereinfachung für die Recherche stellte die Neuerscheinung der Zeitschrift „Kliničeskaja Meditsina“ als Internet-Version parallel zur gedruckten Ausgabe dar. Weiterhin hilfreiche online-Quellen waren die Homepage des russischen Justizministeriums,²⁷ der Zeitschrift „Der Arzt“ (Vrač) und der

¹⁷ Rossisskaja Akademija Meditsinskich Nauk, Russische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

¹⁸ z.B.: Frolov, I., Judin B.: „Etika Nauka – problemy i diskussii“, Moskau 1989.

¹⁹ Herausgeber der Internet-Seite „Onkoportal“ (<http://www.mtu-net.ru/ikzm/>).

²⁰ Vrač 01/1997 bis 04/2001.

²¹ Kliničeskaja Meditsina, Neue Ausgabe 01/1997 bis 04/2001.

²² Polny Sbornik Kodeksov, Moskau 2000.

²³ Garant © CD-ROM mit Volltextsuche 2000.

²⁴ Gosudarstvennaja Biblioteka Imeni Lenina, Moskau.

²⁵ Gosudarstvennaja Tsentralnaja Meditsinsko-Naučnaja Biblioteka, GZMNB (Zentrale Staatliche Medizinisch-Wissenschaftliche Bibliothek), Moskau.

²⁶ z.B. Yandex (<http://www.yandex.ru>), Rambler (<http://www.rambler.ru>).

²⁷ <http://www.scli.ru>.

„Russischen Medizinzeitschrift“²⁸ (Russkij Meditsinskij Žurnal) sowie der aktuellen Tageszeitungen²⁹.

Zwei Versuche, Fakten über die Umsetzung des Ethikunterrichtes an den russischen medizinischen Fakultäten zusammenzutragen, scheiterten leider an der mangelnden Kooperationsbereitschaft der russischen Hochschulen. Anfragen zur Situation an den jeweiligen Fakultäten in Briefform, als Fax oder E-Mail wurden nicht oder, seltener, abschlagend beantwortet. Auf insgesamt 78 Anfragen erfolgten 3 Antwortschreiben aus Russland.

In den folgenden Abschnitten werden zunächst die Struktur und Besonderheiten des russischen Gesundheitssystems aufgezeigt sowie der Begriff des *informed consent* besprochen, um anschließend die öffentliche Diskussion des *informed consent*

- in Fachzeitschriften
- in Monografien
- in Beziehung zur Sterbehilfe
- im Blick auf die Forschung

zu erörtern.

Die im Anhang aufgeführten Übersetzungen der Quelltexte wurden vom Autor selber vorgenommen und stellen einen wichtigen Teil der vorliegenden Arbeit dar, da mit ihnen erstmals dem Forscher, der die russische Sprache nicht beherrscht, eine entsprechende Lektüre und Interpretation möglich gemacht werden.

²⁸ <http://www.rmj.net/main.htm>.

²⁹ z.B. <http://www.itogi.ru>, <http://www.pravda.ru>, <http://www.izvestia.ru>.

Man mag sich vor dem Bruder fürchten, vor der Mutter oder dem Freund – niemals aber vor dem Arzt!³⁰

Russisches Sprichwort

³⁰ Можно страшиться брата, матери, друга, но врача – никогда!

II. Das russische Gesundheitssystem

Ohne grundlegende Einsicht in das russische Gesundheitssystem wird ein Verständnis der aktuell herrschenden Umstände nicht möglich sein. Darum soll hier ein kurzer Abriss der aus dem sozialistischen Gesundheitsmodell erwachsenen Strukturen erfolgen.

In der Sowjetunion gab und gibt es ein in der Verfassung verankertes Recht des Staatsbürgers auf kostenlose medizinische Versorgung³¹, die durch den jeweiligen Bezirksarzt bzw. durch die Bezirks-(Poli-)Klinik versehen wurde. Das sowjetische Zuteilungsverfahren ließ wenig Spielraum in der Wahl des Arztes; die Heilkunst wurde wie eine rein materielle Dienstleistung gehandhabt, bei der das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient eine untergeordnete Rolle spielen sollte. Dieses über etwa 70 Jahre währende System hat einen eher mechanistischen Herangang an Patienten und Krankheit gefördert, konnte aber nie ganz den spirituellen Bedürfnissen der „russischen Seele“ gerecht werden, sodass es auch unter dem Sozialismus ein breites Spektrum an Veröffentlichungen zu alternativen Heilmethoden und zur Volksheilkunde gab und heute noch gibt. Dieser Umstand erwuchs nicht zuletzt aus wirtschaftlichen Nöten, da Phytotherapeutika quasi frei zugänglich sind in einem großen Land, das mit knappen industriellen und finanziellen Ressourcen sparsam umgehen musste.

Ab 1993 wurde - zunächst in verschiedenen Großstädten³² und Verwaltungsbezirken (Oblasti) Russlands - die „Medizinische Pflichtversicherung“, OMS³³, eingeführt. Bis 2003 soll diese Versicherung landesweit eingeführt worden sein. In diesen kommunalen Versicherungsfond hat jeder Steuerzahler

³¹ Konstitucija Rossijskoj Federacii, Art.41, Absatz 1: "Jeder hat das Recht auf Gesundheitsvorsorge und medizinische Hilfe. In staatlichen und kommunalen medizinischen Einrichtungen des Gesundheitswesens erhalten Staatsbürger kostenlose medizinische Hilfe auf Kosten des entsprechenden Haushaltes, von Versicherungseinlagen, anderer Mittel."

³² Moskau, St. Petersburg, Orenburg, Karelien, Kemerov, Perm, Tver und weitere Orte.

³³ Objazatel'noe Meditsinskoe Strachovanie (Обязательное Медицинское Страхование, OMC).

13% seines Einkommens abzuführen, der Arbeitgeber zahlt pauschal 30% für Krankenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Rentenversicherung. Jeder Versicherte bekommt eine elektronische Versichertenkarte, die für die Erbringung kostenloser medizinischer Behandlung notwendig ist. Somit gleicht die OMS stark dem deutschen Pflichtversicherungssystem in zentralisierter Spielart.

Seit Einführung der Marktwirtschaft in Russland gibt es jedoch eine Vielzahl an privaten Versicherungen, die im Versicherungsfalle die Kosten für Sonderleistungen und Aufenthalte in Privatkliniken tragen. Auf den ersten Blick scheint sich auch hier ein System ähnlich dem deutschen zu entwickeln mit einer Basisversorgung und freiwilligen weitergehenden Leistungen. Einige Krankenhäuser haben sich inzwischen den neuen Bedingungen angepasst und bieten in einer Einrichtung eine Abteilung sowohl für die Basis-Versorgung als auch eine Privat-Abteilung.

Die Kluft zwischen „Normalverdienenden“ bzw. Rentnern und den Wohlhabenden („Novorič“) ist in Russland allerdings sehr groß, sodass Privatkliniken und Sonderleistungen nur einer kleinen, finanzschweren Oberschicht vorbehalten sind, während die Leistungen der Pflichtversicherung lediglich den in Russland üblichen, sehr elementaren Standard abdecken. Selbst in vielen Universitätskliniken sind z.B. Sonographiegeräte Mangelware, ganz zu schweigen von aufwendigeren Verfahren wie DSA (Digitale Subtraktions-Angiographie), CT (Computer-Tomographie) oder MRT (Magnet-Resonanz-Tomographie), die seltener in Universitäts- als in Privatkliniken zur Verfügung stehen.

Die – zunächst - regionale Einführung eines Versicherungsbeitrages in den Ballungsgebieten spiegelt den Zustand des Gesundheitssystems in Russland wider: Die finanziellen Ressourcen sind knapp, während zahlreiche vorhandene Einrichtungen wie Kurkliniken und „Tuberkulose-Zentren“ eine investitionssparende Behandlung ermöglichen. Gemessen am internationalen Preisniveau für Medizingeräte und Medikamente stellen medizinische Ar-

beitskraft und Arbeitszeitausfall für Kuren eine gut verfügbare Ressource dar, sodass viele russische Patienten vorzugsweise Kurbehandlungen erhalten.

Vor diesem Hintergrund wird verständlich, warum etwa moderne und teure (medikamentöse) Therapieformen schlichtweg nicht möglich, nämlich nicht finanzierbar sind. Hier schließt sich der Kreis in der Betrachtung der altmodisch anmutenden Einstellung zu Krankheit und Aufklärung, da dem Patienten oft nicht die Mittel zur Verfügung stehen, um die medizinisch indizierte und mögliche Therapie zu finanzieren. Der finanzielle Aspekt spielt also in einem Land des wirtschaftlichen Umbruchs eine gewaltige Rolle in Bezug auf ethische Entscheidungen. Wie weit muss - oder darf – der leidende Patient über prinzipielle Möglichkeiten aufgeklärt werden, wenn ihm die entsprechenden therapeutischen Möglichkeiten nicht angeboten werden können, wenn er nicht davon profitieren kann? Inwiefern ließe sich die Aufklärung überhaupt verhindern, wenn der Patient durch ausländische Massenmedien wie z.B. das Fernsehen eine Übersicht über aktuelle Behandlungsverfahren erlangt, die im eigenen Land nicht zugänglich beziehungsweise für den individuellen Fall wirtschaftlich indiskutabel sind?

III. Der Begriff des *informed consent*

Der Begriff des *informed consent* ist mit der umständlich anmutenden deutschen Umschreibung "aufgeklärte Einwilligung" sinngemäß recht gut zu übersetzen und wird auch in seiner vieldeutigen Interpretierbarkeit ähnlich unscharf wiedergegeben. Dietrich von Engelhardt fordert im Sinne einer genaueren Beschreibung einer solchen Einwilligung die ausführliche Bezeichnung als „moral, legal and free consent“³⁴, da Aufklärung und Einwilligung sich auch im ungesetzlichen und unethischen Raum abspielen können. Die folgende Abbildung No.1 verdeutlicht die Vielschichtigkeit der Elemente in der Medizinethik und deren Abhängigkeit voneinander und von allgemein gesellschaftlichen und kulturellen Gegebenheiten.

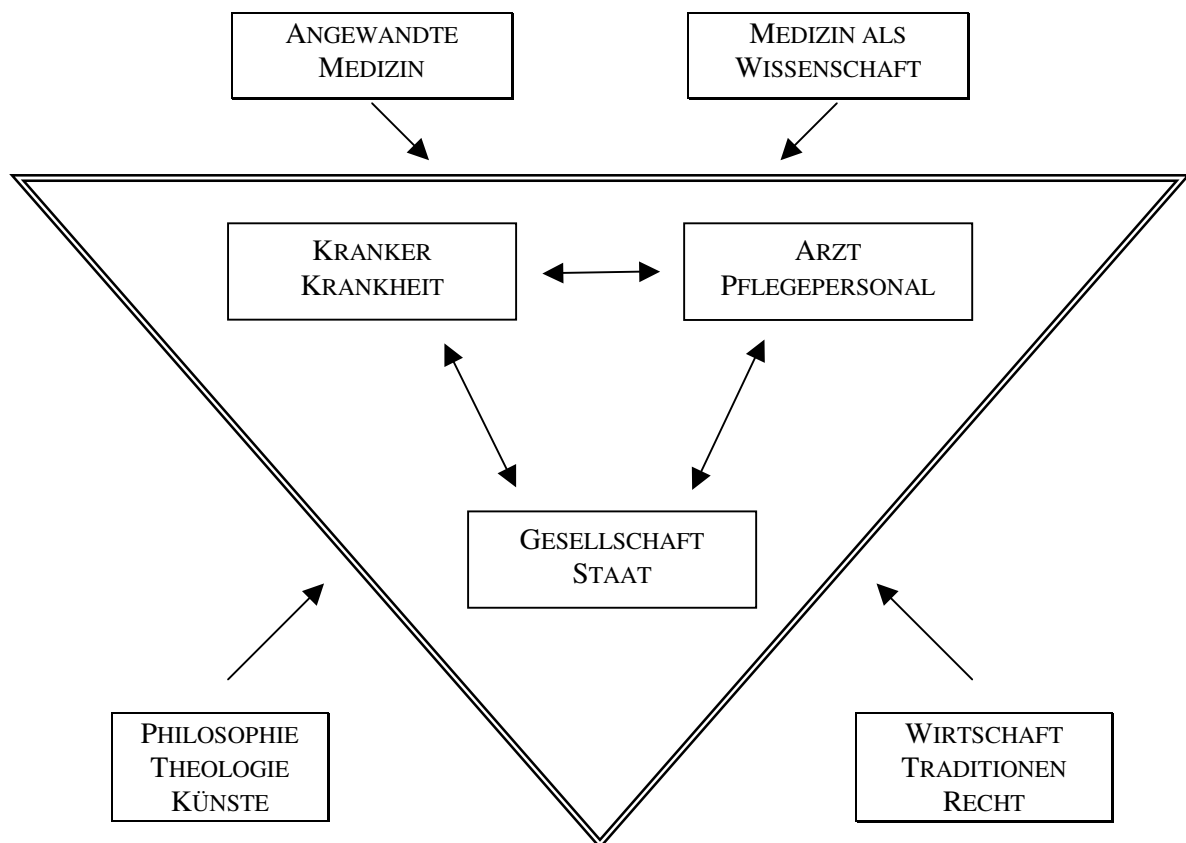


Abb. 1 „medizinisches Dreieck“
(modifiziert n. Engelhardt, D. v.)³⁴

³⁴ Engelhardt, D. v., 1996 (a).

Aufgrund der internationalen Einheitlichkeit in der Bezeichnung des *informed consent* wird in dieser Arbeit die angelsächsische Bezeichnung gebraucht.

Schon immer seit es medizinische Aufzeichnungen gibt, haben Ärzte versucht, das Spannungsfeld zwischen Aufklärung des Patienten und dem hoffnungsspendenden Verschweigen von Fakten zu erhellen und eine vertretbare Lösung zu finden. In diesem Kontext ist auch der *informed consent* als eine durch das Gesetz geregelte Lösung dieses Problems zu betrachten.

Einige Autoren sehen die Wurzeln des *informed consent* im frühen Griechenland, da sich schon bei Platon ein Text finden lässt, in dem der Arzt gehalten wird, den Patienten nicht eher etwas zu verordnen, „bis er ihn irgendwie davon überzeugt hat.“³⁵ Doch scheint es eine großzügige Interpretation dieser Passage zu sein, sie mit dem heutigen Verständnis einer aufgeklärten Einwilligung zu vergleichen, da der Vorgang des Überzeugens in den wenigsten Fällen mit einer umfassenden Aufklärung einhergehen muss. Unter diesem Gesichtspunkt ließe sich ein und dieselbe Textstelle auch in der nahezu entgegengesetzten Richtung interpretieren und diese Schrift nicht als einen frühen Beweis des *informed consent* bestehen.

Die jüngere Entwicklung des *informed consent* sowie auch die durchgängig US-amerikanischen Gerichtsentscheide diesbezüglich spiegeln letztlich die angelsächsische Herkunft dieses juristischen Konstruktes wider.

Da dem angelsächsischen Rechtssystem ein Grundgesetz fremd ist, werden grundsätzliche Regelungen erst getroffen, wenn der konkrete Fall eintritt, um das Gesetz anhand von folgenden Urteilen unter Berücksichtigung der Präzedenzfälle ausdifferenzieren. Daher bietet sich für eine Beschreibung des *informed consent* die Erörterung verschiedener historischer Gerichtsurteile an.

³⁵ Platon: Gesetze, 4. Buch.

Ein erster Fall findet sich 1767, in dem zwei Ärzte angeklagt sind, weil sie statt eines Verbandwechsels eine heilende Beinfraktur nochmals brechen und experimentell versorgen.³⁶ Im ergangenen Urteil wird explizit die Notwendigkeit einer Einwilligung und einer Aufklärung über einen Eingriff betont. Doch ist im Urteil nicht von einer „aufgeklärten Einwilligung“ die Rede, nurmehr von der Zustimmung zu einer nicht dem Standard entsprechenden Therapie. Die Urteilsbegründung setzt den Schwerpunkt auch eher auf den vorliegenden Kunstfehler („ignorance and unskillfulness“) als auf die fehlende Aufklärung.

Aus dem neunzehnten und frühen zwanzigsten Jahrhundert werden einige weitere, ähnliche Urteile berichtet, in denen jedoch meist die ärztliche Praxis Gegenstand der Verhandlung war.³⁷

Das erste belegte Gerichtsurteil, das eine Einwilligung mit vorhergehender Aufklärung fordert, stammt jedoch erst aus dem Jahre 1932. In diesem Urteil³⁸ wird ein Arzt der Körperverletzung für schuldig befunden, da er bei seiner Patientin nicht das vereinbarte rechte Ohr, sondern das linke operiert hat. Die Begründung des Urteils hebt das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung hervor und unterstreicht die somit erforderliche Zustimmung zur „Verletzung der körperlichen Integrität“ vor einem operativen Eingriff. Zudem wird gefordert, dass der Patient um „die Gefahren und Risiken“ weiß und sie selber „im Verlauf der Entscheidungsfindung abwägen“ kann. Darüber hinaus wird ein Vergleich zwischen einer Patienten-Einwilligung und einem Vertrag angestellt, die beide „Ergebnis informierter Überlegung,, seien. In dieser Formulierung sind - unter Berücksichtigung der Herangehensweise an den Fall - die ersten Grundlagen für die Idee des *informed consent* ausdrücklich formuliert worden. Jedoch ist im juristischen Sprachgebrauch lediglich von „consent“ die Rede.

³⁶ Faden, R. R., Beauchamp, T. L., 1986, S. 116-117 („The Slater Case“).

³⁷ ebd., S. 117-120.

³⁸ ebd., S. 120-121 („The Mohr Case“).

Der Begriff des „*informed consent*“ taucht erstmals 1957 in der Urteilsbegründung des als Meilenstein in der Medizinethik angesehenen Gerichtsverfahrens *Salgo vs. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees*³⁹ auf. In diesem Fall verklagt der Patient Martin Salgo, der nach einer Aortografie dauerhaft gelähmt ist, die durchführenden Ärzte wegen nachlässiger Durchführung des Eingriffs sowie wegen der Unterlassung der Aufklärung über eine mögliche Lähmung.

Aufgrund des Präzedenzcharakters dieses Urteils hatte es nicht nur Auswirkungen auf den Umfang der zugrunde zu legenden Pflichten eines Arztes, sondern auch in Hinsicht auf die Urteilsfindung in ähnlich gelagerten Fällen. Bis dahin lag es beim Kläger, entweder auf Unterlassung (*negligence*) oder auf Körperverletzung (*battery*) zu klagen, beziehungsweise oblag es den Richtern, eine der vorgenannten Möglichkeiten als Urteilsgrundlage heran zu ziehen.

Seit der Fall Sago im Sinne einer strafbaren Unterlassung entschieden wurde, gilt der nicht eingeholte *informed consent* vor dem Gesetz allgemein eher als Unterlassung denn als Körperverletzung.

Das heute zugrunde liegende Verständnis des Rechts auf Aufklärung wurde allerdings erst später durch ein weiteres Urteil in der Entwicklung des *informed consent* geprägt. In der Begründung des Falles *Canterbury vs. Spence*⁴⁰ wird ausdrücklich betont, dass es keine uniforme, richtige Entscheidung zu einem Eingriff geben kann, sondern dass jeder Patient für sich zu entscheiden hat. Der paternalistische, den Patienten bevormundende Standpunkt wird namentlich abgelehnt und als „sozialpolitisch nicht akzeptierbar“ bewertet. In diesem Fall verklagte der nach einer Wirbelsäulenoperation gelähmte Patient den behandelnden Arzt wegen der unzureichenden Aufklärung über mögliche Risiken des Eingriffs.

³⁹ Faden, R. R., Beauchamp, T. L., 1986, S. 125-129 („The Salgo case“).

⁴⁰ Faden, R. R., Beauchamp, T. L., 1959, S. 1239.

Die Entwicklung und die Terminologie des *informed consent* zeigen deutlich, dass es sich bei der Begriffsdefinition vorrangig um eine juristische Fragestellung handelt. Auf der moralischen Ebene würde die entsprechende Fragestellung lauten, ob der jeweilige Patient aufgeklärt werden soll - beziehungsweise muss – oder ob es im Sinne des Patienten ist, ihn im Ungewissen zu lassen. Das Gesetz hat somit einen für alle Fälle verbindlichen, normativen Charakter und stellt die Selbstbestimmung des Patienten über das eventuelle Bedürfnis nach Bevormundung. Aus diesem Grunde werden in den folgenden Untersuchungen die entsprechenden Gesetze – wo nötig – im Zusammenhang mit der öffentlichen Diskussion betrachtet.

Doch gibt es in den verschiedenen Nachschlagewerken zur Bioethik inzwischen auch Versuche von Definitionen des *informed consent*:

So ist im Dizionario di bioetica⁴¹ zu lesen, dass es sich hierbei um einen Kompromiss aus dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten und der diagnostisch-therapeutischen Autonomie des Arztes handele. Aufgrund der umfassenden und so einfach wie möglich zu haltenden Information des Patienten werde die Patienten-Arzt-Beziehung zu einer symmetrischen Interaktion, da der Arzt sich einem gleichberechtigten und entscheidungsfähigen Partner gegenüber sehe. Dies sei eine der grundlegenden Neuerungen in der modernen Medizin.

Auch die „Encyclopedia of bioethics“⁴² beschreibt den *informed consent* als Mittelweg zwischen dem Einholen der juristisch geforderten Unterschrift des Patienten und der vollständigen Aufklärung mit vollständigem Verständnis der Sachlage. Die Autoren heben dabei die Wichtigkeit der bewussten Entscheidung des Patienten hervor und fordern folgende fünf Elemente für das Zustandekommen eines *informed consent*:

⁴¹ Salvinelli, R., 1994, S.180-183.

⁴² Faden, R. R., Beauchamp, T. L., 1959, S. 1238-39.

- Aufklärung
- Verständnis
- Freiwilligkeit
- Kompetenz (*des Patienten*)
- Einwilligung

Im deutschen „Lexikon der Bioethik“⁴³ wird unter dem Stichwort der Aufklärung vor allem das Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung des bzw. Eingehen auf den Patienten und dem „therapeutischen Privileg“ des Arztes, d.h. dem Verschweigen von belastenden Fakten, beleuchtet. Unter dem Stichwort „Einwilligung“ findet sich interessanterweise zunächst die juristische Definition der Einwilligung, die einen Eingriff als „vorsätzliche Körperverletzung“ straffrei bleiben lässt. Der Unterpunkt der „Selbstbestimmungsaufklärung“ definiert die umfassende Aufklärung als einen wesentlichen Bestandteil des ärztlichen Aufgabenbereiches und zitiert damit ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes⁴⁴. Das „therapeutische Privileg“ wird hier allerdings als paternalistisch und gesellschaftlich überholt abgelehnt.

Die fortschreitende Entwicklung in der medizinischen Forschung, Diagnostik und Therapie lassen es sinnvoll erscheinen, die verschiedenen Dimensionen des *informed consent* auseinander zu dividieren. Einige Autoren unterscheiden z.B. zwischen den Bereichen *Diagnose, Ursache, Prognose, Therapie, soziale/psychische Folgen*⁴⁵ von Krankheit.

Aufgrund der wenig zahlreichen Veröffentlichungen zum Thema *informed consent* wird in der vorliegenden Arbeit darauf verzichtet, eine entsprechende Einteilung vorzunehmen. Da die ethische Diskussion in Russland innerhalb eines relativ kleinen Gelehrtenkreises stattfindet, bietet es sich an, die einzelnen Autoren mit ihren Standpunkten darzustellen.

⁴³ Walter, Ute, 1998, S. 284-288.

⁴⁴ Urteil vom 25.07.1979, BverfGe 52, 131, 170.

⁴⁵ z.B. Engelhardt, D. von, 1986, S.45-46.

IV. Die öffentliche Diskussion des *informed consent* in Russland

In den russischen Fachzeitschriften wird der Begriff des *informed consent* (informirovannoe soglasie)⁴⁶ zwar gelegentlich gebraucht und aus US-amerikanischen Veröffentlichungen zitiert, doch ist er keineswegs eine gängige Vokabel. Für das Verständnis des Umgangs mit der Patientenaufklärung in Russland ist von Bedeutung, dass das deutsche Wort „Schweigepflicht“ im Russischen mit „ärztlichem Geheimnis“⁴⁷ übersetzt wird. Denn dieses Geheimnis wird in Russland bei fatalen Prognosen traditionell eher vor dem Patienten gewahrt als vor der Umwelt. So werden Patienten stillschweigend in ein onkologisches Zentrum verlegt, während die Angehörigen voll aufgeklärt und in den Behandlungsprozess eingebunden werden. Aus diesem Grunde wird die rechtliche Forderung nach „Schweigepflicht“ des Arztes (zur Wahrung der Privatsphäre des Patienten) in Veröffentlichungen gelegentlich in dieser Form interpretiert, die den Patienten vor der Hoffnungslosigkeit und gesellschaftlicher Stigmatisierung bewahren soll. In der Praxis ist dies zweifelsohne der vorherrschende Modus operandi bezüglich der Aufklärung. Interessanterweise fand sich keine Literatur zum *informed consent* bei Kindern oder unmündigen Patienten; die vorhandenen Abhandlungen behandelten durchgängig die Thematik des orientierten und einwilligungsfähigen Patienten.

Den oben dargelegten juristischen Charakter des *informed consent* unterstreicht ein Artikel im *Oberarzt*⁴⁸ von 1997, der von einem russischen Präzedenzurteil berichtet, in dem ein Arzt verurteilt wurde, weil er die durchgeführte Patientenaufklärung nicht ausreichend dokumentiert hatte. Die betroffene Patientin hatte nach einer Strumektomie eine Stimmbandlähmung

⁴⁶ информированное согласие

⁴⁷ Врачебная Тайна (Врачебная тайна)

⁴⁸ Redaktionshinweis in: *Glavny Vrač* 2 (1997), S. 4-5.

erlitten und den Arzt verklagt. Der Anwalt der Klägerin habe erstmalig in Russland die Argumentation angewandt, die Patientin sei nicht ausreichend über die Risiken der Operation aufgeklärt worden und habe deshalb nicht frei entscheiden können, ob sie sich dem Risiko der Komplikationen aussetze. Da eine Zimmernachbarin bezeugen konnte, dass der Arzt nicht über die Risiken aufgeklärt habe, wurde für den behandelnden Arzt eine Strafe von 150 Mio. Rubel (dato ~ 5,5 Mio. Euro) festgelegt. Der Autor des Artikels weist ausdrücklich darauf hin, dass die Argumentation der Anklage im Ausland gängig sei, wenn es darum gehe, Ärzte zu verklagen. Weiterhin wird betont, dass dieser Redaktionsbeitrag die Problematik der Patientenaufklärung nicht umfassend behandeln könne, sondern nur den Leser für die Brisanz der Thematik sensibilisieren wolle. Diese wird verdeutlicht am alltäglichen Beispiel eines bewusstlosen Herzinfarkt-Patienten, der in Zukunft vor der invasiven Behandlung zu Bewusstsein gebracht werden müsse, um seine aufgeklärte Einwilligung zu erlangen, damit der Arzt vor Gericht bestehen könne.

Seit die Russische Föderation die im Jahre 1994 in Amsterdam⁴⁹ verfasste „Erklärung über die Förderung der Patientenrechte in Europa“ anerkannt und unterzeichnet hat, sind das Gesundheitsgesetz und entsprechende Strafgesetze fortwährend dem westlichen Standard angepasst worden und räumen dem Patienten verschiedene Rechte ein, die ihm eine freiheitliche und eigenständige Entscheidung über seine Gesundheit und Behandlung ermöglichen sollen.

Ein Artikel aus dem Jahre 1996 von Ol'ga Bogatko⁵⁰ widmet sich ausgiebigen Fallbeschreibungen, in denen Patienten von Ärzten in grob unangemessener Weise aufgeklärt worden seien. Die Autorin führt dies auf eine zunehmend westlich orientierte Rechtsprechung zurück, die in scharfem Kontrast zu der russischen Tradition stehe. So müsse beispielsweise ein US-amerikanischer Arzt seinen Patienten über alle Diagnosen und Eventualitäten aufklären, was

⁴⁹ Europäische Beratungstagung der WHO über Patientenrechte, Amsterdam, 28.-30. März 1994.

⁵⁰ Bogatko, O., 1996.

für Bogatko in Russland undenkbar ist. Sie fordert eine individuelle, einfühlsame Aufklärung des Patienten, der nicht mit „Überdiagnosen“ wie Prä-Infarkt, Prä-Diabetes etc. konfrontiert werden dürfe, da er hierdurch vor der eigentlichen Krankheit schon traumatisiert werde. Zusammenfassend kommt die Autorin zu dem Schluss, dass nicht die westlichen Maßstäbe an die russische Medizin angelegt werden dürften, um der russischen Tradition und Mentalität gerecht zu werden. Am Ende des Artikels beklagt Bogatko die – nach ihrer Einschätzung - unüberschaubaren gesetzlichen Regelungen zur medizinischen Versorgung. Dies könnte allerdings an der mangelnden Übersicht der Autorin über die Gesetzeslage liegen, da zur Entstehungszeit dieses Artikels viele Gesetze im Umbruch und die gesetzliche Krankenversicherung noch ferne Zukunftsmusik waren.

In einem Artikel des estnischen Professors Natan Eelstein im *Russkij Meditsinskii Žurnal*⁵¹ wird ganz allgemein gefordert, ein Arzt müsse „Persönlichkeit“ haben, um seiner Aufgabe gerecht zu werden. Zudem müsse er sich individuell auf den Patienten einstellen, um ein Arbeitsverhältnis herzustellen und eventuelle Reaktionen des Patienten abschätzen zu können. Hier wird also gefordert, den Patienten gemäß seiner Fähigkeiten aufzuklären und in die Behandlungsplanung mit einzubeziehen. Gleichzeitig wird Kritik an der Vernachlässigung einer Erörterung des Arzt-Patientenverhältnisses in der russischen Ärzteschaft geäußert. Als Maßstab werden Zahlen US-amerikanischer Veröffentlichungen zu diesem Thema als Vergleich herangezogen (nämlich 4725 Artikel zwischen 1991 und 1995). Doch hinterfragt der Autor kritisch die Notwendigkeit, dem Patienten uneingeschränkte Aufklärung zuteil werden zu lassen und zitiert Sigmund Freud, der seinem Arzt, als dieser ihn über seinen Zungenkrebs aufgeklärt hatte, entgegnete: „Wer hat ihnen erlaubt, mir davon zu erzählen?“.

Nicht zuletzt sei in der ehemaligen Sowjetunion nicht jede mögliche Therapie erreichbar oder bezahlbar, und es stellt sich dem Autor die Frage, ob der Pati-

⁵¹ Eelstein, N. V, 1996.

ent mit nicht erlangbaren Möglichkeiten und Idealen konfrontiert werden sollte oder z.B. nur die tatsächlich erreichbaren Möglichkeiten in Betracht gezogen werden sollten. Ausdrücklich wird auch auf die paternalistische Tradition in der russischen und auch sowjetischen Geschichte hingewiesen. Ungleich der allgemeinen westlichen medizinischen Aufklärung sei in der ehemaligen Sowjetunion ein Aufkommen an unseriöser medizinischer Information und Tätigkeit zu beobachten.

Im April 1998 erschien ein von Evgenij M. Burzev verfasster Artikel⁵² über die Nachteile der Kommerzialisierung der Medizin nach westlichem Vorbild. Der Professor für Neurologie und Neurochirurgie in Moskau beschreibt zunächst einen Verfall der Moral in der russischen Medizin, sich offenbarend an Zuständen, unter denen es beispielsweise Armen möglich sei, für Geld Organe und Blut zu spenden. Weiterhin beschreibt er ein patientenfernes Menschenbild, auf das er bei Aufenthalten in Bielefeld, Paris und Denver gestoßen sei und bei dem es lediglich um die Erbringung einer Dienstleistung gehe. Dies stehe in Kontrast zur russischen und sowjetischen ärztlichen Tradition, in der der Patient der Mittelpunkt der Überlegungen stehe und nicht eine Unmenge an Bild- und Labordaten, die der Patient nicht überschauen könne. So sei die Patientenaufklärung in der westlichen medizinischen Behandlung vom Aspekt der juristischen Absicherung bestimmt, während in Russland noch das Ideal des „Guten Handelns“ bestehe. Doch durch den Einfluss der marktwirtschaftlich orientierten Medizin sei ein Absinken moralischer Maßstäbe in Gang gekommen, der das ehemals so idealistische Menschenbild des Arztes bald dem westlichen angleichen werden.

Ein Jahr später wird in einer Veröffentlichung von Aleksandr Jakovlevič Ivanjuškin⁵³ das Problem der Aufklärung beim Schwangerschaftsabbruch erörtert. Dies ist insofern beachtenswert, als hier gewissermaßen „Primärprävention“ möglich ist, da durch eine erfolgreiche Kontrazeption ein

⁵² Burzev, E. M., 1998.

⁵³ Ivanjuškin, A. Ja, 1999.

Schwangerschaftsabbruch vermieden werden kann. Bis zur 28. Schwangerschaftswoche hat der Schwangerschaftsabbruch in der „Doppelstrategie“ des Gesundheitsministeriums zur Geburtenkontrolle seinen festen Platz und wird von über 50% der sexuell aktiven Frauen als letztes „Verhütungsmittel“ bei Versagen der traditionellen Verhütungsmittel (Kondom, Basaltemperaturmessung) angewendet. Weit hinter dieser Methode rangierten das IUP („Spirale“) mit 17% und die Pille (orale Kontrazeptiva) mit 1,7%.⁵⁴ Diese genannten Zahlen verdeutlichen nochmals die große Abhängigkeit der medizinischen Versorgung von den wirtschaftlichen Mitteln: Orale Kontrazeptiva und „Spirale“ müssen privat gezahlt werden, während die Abtreibung als medizinischer Eingriff von der Krankenkasse getragen wird und somit breite Anwendung findet. Der Autor dieses Artikels beklagt eine schlechte Ausbildung der russischen Ärzte auf dem Gebiet der Familienplanung und in der Folge eine mangelhafte Patientenaufklärung über die Verhütungstechniken. Darüber hinaus werde bei Abtreibungen die Schwangere über den Entwicklungsstand der Frucht unzureichend aufgeklärt sowie über sozialpolitische Angebote für werdende Mütter schlecht informiert. Dies beklagt Ivanjuškin als großen Missstand, da nicht nur die Schwangere sich einem u.U. ungewünschten Eingriff unterziehen muss, sondern diese Methode eine Diskriminierung eines Menschen nach Alter, Geschlecht, und Ort führe. Als Beispiel werden Statistiken aus Indien als stark patriarchalischem Land angeführt, wo 7999 von 8000 Schwangerschaftsunterbrechungen an weiblichen Feten aus vorwiegend unteren gesellschaftlichen Schichten vorgenommen worden seien. Zur Lösung dieses Missstandes werden vom Autor eine landesweite Sexualaufklärung bereits von Jugendlichen sowie eine fundierte diesbezügliche Schulung der russischen Ärzte gefordert.

Im Juli 1999 berichtet der Leiter des Russischen Onkologischen Forschungszentrums (RONZ), Lev Abramovič Durnov, in einem Artikel⁵⁵ von seiner persönlichen Meinungsbildung über die Patientenaufklärung, in der die weiter

⁵⁴ ebd.

⁵⁵ Durnov, L. A., 1999.

oben erwähnte Anekdote von S. Freud eine zentrale Stellung gehabt habe. Als Professor für Onkologie habe er immer den Standpunkt vertreten, Patienten mit malignen Erkrankungen dürften nicht aufgeklärt werden. In einem „Happy Camp“ in Amerika für krebskranke russische Kinder habe er zum ersten ein öffentliches Bekenntnis der Präsidentengattin Nancy Reagan gehört, als diese vor den versammelten Kindern von ihrer Krebserkrankung und der ihres Mannes erzählte. Dem paternalistisch erzogenen russischen Arzt sei dieser Auftritt damals als ein unermesslicher Fehler erschienen. Doch nach der Lektüre von Freuds Biographie einige Jahre später, durch die sich die oben erwähnte Anekdote von Freuds Krebserkrankung und Aufklärung als unrichtig erwies, habe der Autor angefangen, umzudenken, zumal eben diese Anekdote ein beliebtes Argument gegen die Patientenaufklärung in seinen eigenen Vorlesungen war.

In der Folge dieser Erlebnisse vertritt Durnov die Meinung, dass eine uneingeschränkte Aufklärung den Patienten zum Mitstreiter im Kampf gegen die Krankheit mache. Allerdings, so räumt er ein, sei die russische Gesellschaft auf Grund der langen paternalistischen Tradition noch nicht bereit für diese Art der Medizin. So habe ein Arzt einen schweren Stand, wenn er versuche, einen *informed consent* zu erlangen, da es heutzutage für die meisten Russen als taktlos, ja nahezu als Kunstfehler gelte, die Diagnose „Krebs“ auszusprechen. Diese Einstellung, so konstatiert der Autor, beruhe zum einen auf der historischen Unbehandelbarkeit der Malignome, zum anderen in einer Art Teufelskreis, da die Öffentlichkeit nur jeweils nach dem Tode von der Krebserkrankung eines Patienten erfahre; im Falle einer Heilung jedoch oft der Patient selber nicht wisse, dass er an Krebs erkrankt war. Durnov zieht den Schluss, dass nicht nur seitens der Ärzteschaft ein Umdenken notwendig sei, sondern auch bei den Massenmedien in Hinsicht auf die Art und Thematik der Berichterstattung, um die Fortschritte in der medizinischen Behandlung der früher hoffnungslosen Erkrankungen in der Öffentlichkeit besser bekannt zu machen.

Die Moskauer Professoren Valerij Ivanovič Čissovo und Sof'ja L'vovna Dar'jalova veröffentlichten im April 2000 einen Aufsatz in der Zeitschrift „Vrač“ zum „ärztlichen Geheimnis in der Onkologie“.⁵⁶ Die Autoren beschreiben den gegenwärtigen Stand der medizinischen Aufklärung in Russland als weit hinter der „westlichen“ Situation und Akzeptanz stehend und fordern daher zum einen eine individuelle Aufklärung in Abhängigkeit vom Wissensstand und intellektuellen Vermögen des Patienten. Ebenso bestehe beim unheilbar kranken Patienten keine Notwendigkeit zur „soldatischen Geradlinigkeit“ in der Aufklärung über die infauste Prognose. Weiterhin fordern sie eine bessere Aufklärungsarbeit in den Massenmedien, damit alle Bevölkerungsschichten teilhaben am Wissen um die Behandelbarkeit früher fataler Erkrankungen und somit die Patientenaufklärung zur Mitarbeit (Compliance) des Patienten und nicht zur Selbstaufgabe und Isolation führe. An dieser Stelle wird sehr deutlich die Frage gestellt, warum in Russland zu wenig Möglichkeiten bestehen, Laien medizinisches Wissen zu vermitteln, wie etwa in Fernsehsendungen oder Reportagen über die Behandlung berühmter Menschen. Eine Antwort bleiben die Autoren hier jedoch schuldig. Im weiteren wird die katastrophale wirtschaftliche Situation in Russland in Hinsicht auf die Frage erörtert, ob denn Aufklärung soweit gehen solle, dem Patienten Behandlungsmöglichkeiten darzulegen, die schlichtweg nicht finanzierbar sind. Als Argument dafür wird das Beispiel einer beherzten Mutter angeführt, die mit Erfolg eine große Medienkampagne initiierte, um Spenden für eine sehr teure Hormonbehandlung ihrer kranken Tochter zu sammeln. Die von den Autoren benannte Zwei-Klassen-Medizin in Russland stelle nach ihnen den praktizierenden Arzt in solchen Fällen immer wieder vor die Frage nach der Ausführlichkeit der Patientenaufklärung. Zudem soll das „ärztliche Geheimnis“ das Vertuschen von Behandlungsfehlern ermöglichen, da onkologische Patienten meist nicht (voll) aufgeklärt würden, so dass vom onkologisch arbeitenden Arzt stets ein hohes moralisches Bewusstsein und ein äußerst umsichtiges Verhalten gegenüber dem Kranken gefordert seien. Der Begriff des „ärztlichen Geheimnisses“ wird hier allerdings nicht hinterfragt oder in

⁵⁶ Čissovo, V., Dar'jalova, S., 2000.

den Zusammenhang mit dem westlichen Verständnis des *informed consent* gestellt.

Im November 2001 veröffentlichte Jurij M. Lopuchin eine Übersicht zur „Bioethik in Russland“,⁵⁷ in der er unter anderem die wirtschaftliche Misere des russischen Gesundheitssystems darstellt. Lopuchin zeigt auf, dass viele medizinische Therapien, die international als Standard anerkannt sind, in Russland aus Kostengründen nicht zugänglich sind und stellt fest, dass es ethisch kaum vertretbar sei, die Patienten darüber aufzuklären, dass sie Anspruch auf das „nötigste Minimum“ an medizinischer Hilfe hätten. Aus diesem Umstand ergibt sich für ihn die Konsequenz, dass die russische „Gesellschaft offensichtlich noch nicht gänzlich bereit ist, die Regelung des *informed consent* anzunehmen, vor allem in geschriebener Form.“ So sei eine Situation schwer vorstellbar, in der der sterbende Patient die schriftliche Einwilligung zu seiner eigenen Organspende gebe. Dieses für den *informed consent* extreme Beispiel zeigt deutlich, wie sehr die russische Medizinethik durch das Festhalten an der paternalistischen Tradition aus Angst vor dem Aufzwingen einer fremdartigen Lebensauffassung zu Lasten des Patienten, aber wohl auch aus Eigeninteresse, bestimmt wird.⁵⁸

⁵⁷ Lopuchin, Ju. M., 2001.

⁵⁸ Tiščenko, P. D., 1998, S. 23-27.

V. Der *informed consent* in der Forschung

Die Bedeutung der Patientenaufklärung in der Forschung, über die in den westlichen Ländern intensiv auf der ethischen und juristischen Ebene diskutiert wird, findet in Russland zur Zeit wenig Beachtung; es kommt nur in den medizinethischen Monographien zu allgemeinen Erörterungen des ethischen Kontextes des Humanexperimentes.

In dem Buch „Einführung in die Bioethik“ (1998) von Aleksandr Jakovlevič Ivanjuškin wird dem historischen Überblick zur medizinischen Forschung in Russland ein eigenes Kapitel gewidmet,⁵⁹ eine beurteilende Darstellung international verschiedener Formen der Kontrolle medizinischer Forschung durch Ethikkommissionen erfolgt im letzten Kapitel des Buches.⁶⁰ In dieser Zusammenfassung stellt Ivanjuškin das in den USA gesetzlich geregelte, national arbeitende ethische Kontrollgremium („amerikanisches Modell“) sowie europäische, regional wirkende Ethikkommissionen gegenüber („europäisches Modell“). Ohne näher auf die Differenzen einzugehen attestiert er jedem Modell Vor- und Nachteile, die aber nicht deren Effektivität minderten. In Russland bestehe nach Ivanjuškin allerdings eine gesetzliche Lücke bezüglich der Notwendigkeit der Begutachtung von medizinischen Versuchen an Mensch und Tier durch Kontrollorgane. Den regional organisierten russischen Ethikkommissionen sei somit die Grundlage ihres sinnvollen Wirkens entzogen und die russische Wissenschaft bleibe dadurch nicht nur in medizinethischen Belangen weit hinter den westeuropäischen Staaten zurück. Zudem fehle in Russland eine genaue Definition von Begriffen wie dem „Wohle des Patienten“ oder „Notwendigkeit“, weshalb es dem „Gesetz zum Schutz des Patienten“ an Substanz mangle.

⁵⁹ Ivanjuškin, A. Ja., 1998, S. 95-133.

⁶⁰ Ebd., S. 358-378.

Das Lehrbuch „Medizinische Ethik (Bioethik)“ (2000) von Michail Jakovlevič Jarovinskij gibt in dem Kapitel zur klinischen Forschung⁶¹ eine Übersicht über historische und aktuelle, internationale Positionen, darunter das Werk des antiken Arztes Galen, den „Nürnberger Kodex“, die „Deklaration von Helsinki“ und einige weitere. Bemerkenswert ist in diesem Werk die detaillierte Schilderung der Verbrechen gegen die Menschlichkeit im Dritten Reich und in der stalinistischen Sowjetunion als Einleitung für die Erörterung der Nürnberger Prozesse und das Genfer Gelöbnis sowie nachfolgende international anerkannte ethische Kodizes. Eine Schlussfolgerung oder Diskussion der vorgestellten Werke findet jedoch nicht statt, der Autor begnügt sich in diesem Kapitel mit dem Zitieren der oben genannten Werke und überwiegend amerikanischer Richtlinien zur biomedizinischen Forschung. Die Situation in Russland wird nicht gesondert dargestellt oder erörtert.

Das Russische „Gesetz zum Schutze der Gesundheit“ schreibt für die medizinische Forschung am Menschen ebenfalls eine schriftliche Einwilligung nach ausführlicher Aufklärung über Ziele und Verlauf des Experiments vor.⁶² Nach diesem Gesetz muss bei jedem Humanexperiment zwar der Patient/Proband einwilligen; eine Vorschrift, biomedizinische Experimente von der Gesundheitsbehörde und der jeweils zuständigen Ethikkommission prüfen und billigen zu lassen, fehlt jedoch. Damit folgt das russische Gesetz einerseits wesentlichen Forderungen der Deklaration von Amsterdam „über die Ausweitung der Patientenrechte“, beraubt andererseits aber auf die von A. Ja. Ivanjuškin weiter oben⁶⁰ beklagte Weise die ethischen und gesetzlichen Kontrollorgane ihres Fundamentes.

⁶¹ Jarovinskij, M. Ja., 2000, S. 158-191.

⁶² Gesetz No.5487-1 , Artikel 43.

VI. Sterbehilfe und *informed consent*

Der Wunsch, zu leben oder zu sterben, ist eng verknüpft mit der Erwartung an die künftige Lebensspanne und somit grundlegend abhängig von der Aufklärung und Einstellung des Patienten bezüglich seiner Krankheit und deren Prognose.

Aufgrund der besonderen rechtlichen und ethischen Stellung werden die Veröffentlichungen zum *informed consent* im Verhältnis zur Sterbehilfe⁶³ im folgenden Abschnitt gesondert erörtert. Die Sterbehilfe lässt sich allgemein in mehrere Formen unterteilen, die sich durch das Ausmaß von Fremdeingriffen fundamental unterscheiden.

Auf der einen Seite des Spektrums möglicher ärztlicher Haltungen steht die *aktive Sterbehilfe* (Euthanasie), wobei der Arzt als Handelnder den Patienten zu Tode bringt. In der etwas reduzierten Form händigt der Arzt dem Patienten ein tödliches Medikament aus, das sich dieser durch eigene Hand zuführt (*Beihilfe zum Selbstmord*). Weiterhin ist es möglich, lebenserhaltende Maßnahmen zu unterlassen (*passive Sterbehilfe*) oder dem Patienten eine großzügige palliative Behandlung unter billiger Inkaufnahme lebensverkürzender Nebenwirkungen (*indirekte Sterbehilfe*) zukommen zu lassen. Die „Minimalvariante“ zur Lebensverkürzung ist letztlich die Verweigerung der Nahrungsaufnahme durch den Patienten. In Russland wird regelmäßig auch die *Sterbebegleitung* im Sinne der rein medizinischen Versorgung des Sterbenden unter dem Begriff der Sterbehilfe subsummiert.

Die allgemeinen ethisch-moralischen Hintergründe der Sterbehilfe werden in der vorliegenden Arbeit nicht diskutiert, da sie deren Umfang und die Thematik sprengen würden. Die Betrachtung der Veröffentlichungen zum *informed consent* in der Sterbehilfe ist gleichwohl ein beachtenswertes Gebiet, da sie in

⁶³ russ.: Evtanasija (Эвтаназия)

Russland relativ häufig aufgegriffen wird. Zum Verständnis der Russischen Tradition im Blick auf die Sterbehilfe mag interessant erscheinen, dass im Jahre 1927 in Russland ein Gesetz existierte, das ausdrücklich die aktive Sterbehilfe erlaubte. Dieses Gesetz wurde allerdings noch innerhalb desselben Jahres wieder abgeschafft. Einige Jahre zuvor, im Jahre 1922 bestand die Möglichkeit zur Begnadigung, wenn der juristische Tatbestand des Mordes aus Mitleid gegeben und die Handlung auf ausdrücklichen Wunsch des Kranken geschehen war.⁶⁴

Das gegenwärtige „Gesetz zum Schutz der Gesundheit der Bürger“ verbietet jede Form der Sterbehilfe, ausdrücklich auch das Einstellen künstlicher, lebensverlängernder Maßnahmen durch medizinisches Fachpersonal. Diese Tatsache scheint allerdings nicht wenigen Ärzten nicht bekannt oder nicht bewusst zu sein, wie aktuelle Diskussionen in russischen Internet-Foren zeigen (deren Kurzlebigkeit sie als Zitatquelle leider disqualifiziert).

In einem Artikel aus dem Jahre 1997 erörtert der Sverdlovsker Arzt Georgij L'vovič Ratner⁶⁵ die Problematik der Sterbehilfe anhand eigener klinischer Erlebnisse und Entscheidungen und lehnt die Sterbehilfe aus den folgenden Gründen ab:

Zum einen sinke der Wert eines Menschenlebens im moralischen Verständnis des medizinischen Fachpersonals bei regelmäßiger Ausübung der Sterbehilfe, was um so gefährlicher sei, da der Arzt „Richter und Henker“ in sich vereine. Zudem stelle der Tod eines pflegebedürftigen Menschen oft eine Erleichterung sowohl für die Angehörigen als auch die Gesellschaft dar und verleite dazu, vorschnell rechtlich gebahnte Wege zur Sterbehilfe zu beschreiten. Zudem könne der Arzt, der den unter Umständen bewusstlosen Patienten (z.B. nach Schädel-Hirntrauma, Schlaganfall) nur in der Phase seiner akuten Erkrankung kennenlerne, nicht einschätzen, wie dieser zu lebensverkürzenden Maßnahmen stehe und welche gesellschaftliche oder soziale Bedeutung der Patient inneha-

⁶⁴ Vgl. Durnov, L. A., 1999 (a).

⁶⁵ Ratner, G. L., 1997.

be. Dabei betont der Autor, dass er die – nach seiner Ansicht – gängige Berücksichtigung des gesellschaftlichen oder familiären Status des Kranken nicht gutheiße.

Der russische Arzt Dr. Evgenij Nikolaevič Indejkin veröffentlichte 1998 in der Zeitschrift „Der Oberarzt“ (Glavny Vrač) eine Abhandlung über die ethischen Aspekte der Sterbehilfe.⁶⁶ In diesem Artikel legt er zunächst die verschiedenen, oben beschriebenen Arten der Sterbehilfe dar, um daraus schließlich die Anforderungen für eine mögliche Sterbehilferegulation abzuleiten. Darunter findet sich ausdrücklich der *informed consent* (informirovannoe soglasie⁶⁷), d.h., der Patient soll sich zum einen über seine Diagnose und Prognose vollkommen im Klaren sein, zum anderen die Alternativen und Konsequenzen zum bevorstehenden „Eingriff“ kennen und verstanden, sowie schließlich vor allem seine Einwilligung gegeben zu haben. Die erstrangige Forderung ist jedoch, dass eine palliative Behandlung nicht ausreiche, um die Leiden des jeweiligen Kranken zu lindern. Zudem fordert der Autor das Einholen einer zweiten, unabhängigen, ärztlichen Meinung sowie die Gesetzeskonformität der ärztlichen Entscheidung.

Eine Artikelserie im monatlich erscheinenden „Der Arzt“ (Vrač) eröffnete im Juli 1998 das Redaktionsmitglied Lew Abramovič Durnov, mit seinem Artikel: „Sterbehilfe – leichter Tod?“⁶⁸ In dieser Rundschau verschiedener gesetzlicher Regelungen zur Sterbehilfe weltweit vertritt Durnov klar eine ablehnende Haltung gegenüber der aktiven Sterbehilfe und postuliert, dass gut behandelte, schmerzfreie moribunde Patienten nicht auf die Idee kämen, das Sterben zu beschleunigen. Zudem sei der Lebenswille elementar abhängig von der Hoffnung des Patienten, deren Aufrechterhaltung auch das Verschweigen von Fakten und die „heilige Lüge“ rechtfertige. So sei es Aufgabe des Arztes,

⁶⁶ Indejkin, E., N., 1998.

⁶⁷ информированное согласие

⁶⁸ Durnov, L. A., 1998.

die Hoffnung des Patienten zu nähren und nicht aus Mitleid – dies laut Durnov oft eher den Angehörigen als dem Patienten gegenüber – das Leben des ihm anvertrauten Menschen zu verkürzen.

Der zweite Artikel dieser Reihe erschien gewissermaßen als Vladimir Viktorovič Vlasovs Antwort auf den oben genannten Aufsatz ein halbes Jahr später im „Vrač“⁶⁹. Der Moskauer Professor definiert hierin zunächst die Sterbehilfe als ein „Beenden des Lebens auf Wunsch des leidenden Patienten“ und stellt sie der „Tötung unter mildernden Umständen“⁷⁰ gegenüber, bei der der Patient zu seiner Tötung nicht eingewilligt hat. Beides ist in der Russischen Föderation gleichermaßen strafbar und sei, wie der Autor betont, moralisch nicht vertretbar, da gesetzliche und religiöse Grundlage der ärztlichen Tradition das Erhalten menschlichen Lebens sei. Sobald der Arzt in die Rolle des „Tötenden“ eintrete, sei das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt zunichte gemacht, und es stelle sich grundlegend die Frage, wer noch „behandelbar“ sei und wer ein tödliches Medikament bekomme. Hier wird also das Spannungsfeld der Wahrhaftigkeit zwischen Prognose und Aufklärung beleuchtet. Das Argument der Kostenersparnis durch das frühzeitige Ableben Schwerstkranker sieht Vlasov eng verbunden mit der Frage der Tötung behinderter Kinder, die keinesfalls für sich entscheiden könnten. Dies sei nicht vereinbar mit den Grundsätzen einer Gesellschaft, die sich unter anderem darauf gründet, dass das Töten eines Menschen verboten ist. Die Angst vor einer gesellschaftlichen Regelung der Sterbehilfe gehe vor allem auf die Unsicherheit der Entscheidung zurück, wer Sterbehilfe in Anspruch nehmen wolle und wem dies „aufgezwungen“ würde. Nach einigen Beispielen gesetzlicher Regelungen in den Niederlanden, Australien und im Dritten Reich spricht sich der Autor schließlich ausdrücklich gegen eine ärztliche Sterbehilfe aus: Aufgabe des Arztes sei es, Leben zu verlängern und Leiden zu lindern, nicht aber zu töten.

⁶⁹ Vlasov, V. V., 1999.

⁷⁰ S. Artikel 105 Strafgesetzbuch der Russischen Föderation (Ugolovny Kodeks RF)

In der Fortsetzung dieses Beitrages⁷¹ erörtert Vlasov den Unterschied zwischen Sterbehilfe (Evtanasija) und „Beihilfe zum Selbstmord“ (Assistirovannoe Samoubijstvo), wobei er letztere am Beispiel des Arztes verdeutlicht, der seinem schwerkranken Patienten Morphintabletten verschreibt und es dem Patienten selber überlässt, therapeutische oder tödliche Dosen zu sich zu nehmen. Weiterhin wird der Unterschied erläutert zwischen dem Einstellen der medizinischen Behandlung im Endstadium einer Krankheit und der aktiven Sterbehilfe (Evtanasija). Der Autor legt zudem dar, dass ein großes Maß an Leiden bei präfinalen Patienten auf einer unzureichenden Schmerzbehandlung beruhe und der resultierende Todeswunsch vermeidbar wäre, wenn das ärztliche Personal entsprechend geschult wäre. Eine Ursache dieses Missstandes sieht Vlasov in der Befürchtung, durch übermäßigen Opiatgebrauch das Leben des Patienten zu verkürzen, da viele Ärzte sich des praktischen und ethischen Unterschiedes zwischen palliativer Medizin und aktiver Sterbehilfe nicht bewusst seien.

Ein kurzer vierter und letzter Artikel dieser Reihe von Professor Durnov⁷² bildet den abschließenden Überblick der vorhergegangenen Diskussion und beschreibt Leserreaktionen auf die vorherige Veröffentlichung Durnovs⁵². Einige der Leser hätten sich für eine gesetzliche Regelung der „Sterbehilfe in besonderen Fällen“ ausgesprochen, einige für ein grundsätzliches Verbot. Die wenigen Diskussionsteilnehmer, die sich für eine grundsätzliche Einführung der Sterbehilfe in die Medizin ausgesprochen hätten, seien junge und gesunde Menschen gewesen, die nichts mit Medizin zu tun hätten. Alle Ärzte, die sich auf diesen Artikel hin gemeldet hätten, hätten einstimmig eine Beteiligung des Arztes an der Sterbehilfe abgelehnt, was dem Autor unter Berufung auf den Hippokratischen Eid als Grundlage Ärztlichen Handelns gilt. Aufgabe des Arztes sei, laut Durnov, die „leuchtende Hoffnung“ des Patienten zu nähren und ihm beim Kampf gegen die Krankheit beizustehen – nicht, ihn umzubringen.

⁷¹ Vlasov, V. V., 1999 (b).

⁷² Durnov, L. A., 1999 (a).

VII. Der *informed consent* in der russischen Fachliteratur zur Medizinethik

In einigen russischen Monographien zur Medizinethik (russisch eher: Deontologie⁷³) wird die Patientenaufklärung schon früh diskutiert. Der Chirurg Nikolaj Nikolaevič Petrov erörtert in seinem Buch „Fragen der chirurgischen Deontologie“ von 1956 die Patientenaufklärung und unterscheidet drei Gruppen von Kranken.⁷⁴ Die erste Gruppe, aus Patienten mit heilbaren Erkrankungen bestehend, soll nach Petrov über wichtige prognostische und therapeutische Optionen in verständlicher, nicht beängstigender Form unter Vermeidung von Worten wie „Krebs“, „Sarkom“ etc. aufgeklärt werden. Petrov bietet statt dessen eine Reihe von Ausdrücken wie „Geschwulst“, „Wunde“ oder „Infiltrat“ an, um die stark mit Emotionen belegten Malignome zu umgehen. Die zweite Gruppe fasst die lebensbedrohlich Erkrankten zusammen, die durch eine riskante Operation mit hoher Komplikationsrate und Letalität geheilt werden könnten. Für diese Gruppe fordert Petrov, die Situation möglichst klar darzustellen und dem Patienten die Wahl zwischen der eventuell tödlichen Operation und einer limitierten Lebensspanne mit etwaigen palliativen Eingriffen zu überlassen. Die dritte Gruppe besteht in diesem Modell aus den unheilbar erkrankten, hier den beispielhaft krebserkrankten Patienten. Bei diesen Patienten vertritt der Petrov den Standpunkt, dass Patienten mit infauster Prognose *selbstverständlich nicht* (voll) aufgeklärt werden dürfen, um ihnen nicht Hoffnung und Lebensmut zu nehmen. Die fatale Diagnose „bösartiges Geschwür“ sollte lieber durch eine weniger beängstigende wie „Tuberkulose“, „chronische Wunde“ oder ähnliche ersetzt werden. Die weiteren Ausführungen Petrovs bestehen im Großen und Ganzen aus grundsätzlichen moralischen Forderungen an verschiedene Berufs- und Aufgabengruppen vor allem in der chirurgischen Krankenhausabteilung.

⁷³ Деонтология, gr.:Pflichtenlehre

⁷⁴ Petrov, N. N., 1956, S. 50-65.

Spätere Monographien, die sich mit diesem Thema befassen, zeigen mit dem Fortschreiten der Perestrojka eine deutliche Bewegung hin zum westlichen Verständnis von Patientenaufklärung und aufgeklärter Einwilligung.

Das im Jahre 1978 erschienene Buch „Fragen der ärztlichen Deontologie“⁷⁵ von Marija Emil'evna Teleševskaja und Nikolaj Ivanovič Pogibko (gestorben 1982) beschreibt eine umfassende Patientenaufklärung als Grundlage für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Der Prozess des Beruhigens gehe über den Weg der Aufklärung, daher sei der Arzt verpflichtet, ernst und zugewandt unter besonderer Beachtung seiner Wortwahl dem Patienten entgegenzutreten.⁷⁶ In diesem Zusammenhang müsse der finale Patient über sein nahendes Ende unterrichtet werden, wodurch wiederum ein Bedarf an Information entstehe, das nicht verwehrt werden könne.⁷⁷ Dies ist somit die erste Monografie, in der die „*heilige Lüge*“ zum Wohle des Patienten abgelehnt und stattdessen eine fundierte, aber empathische Aufklärung gefordert wird.

Im Jahre 1988 erschien das zweibändige Buch „Deontologie in der Medizin“⁷⁸ der Autoren Oleg Sergeevič Belorusov, Nikolaj Pavlovič Bočkov und Armen Artavazdovič Bunjatjan, in dem trotz der inzwischen weit vorangeschrittenen Perestrojka eine stark sozialistisch geprägte Sprache und Haltung gepflegt werden. So verwundert es auch nicht, eine eher konservative Haltung vorzufinden: Die Autoren vertreten die Ansicht, das ärztliche Geheimnis solle *unbedingt* bei schweren Erkrankungen wie Krebs auch dem Patienten gegenüber gewahrt werden, um psychischen Schaden vom Patienten abzuwenden und dessen Hoffnung aufrecht zu erhalten.⁷⁹ In diesem Buch fallen eine ungewöhnlich altmodisch anmutende Verfechtung des russischen Sozialsystems bei gleichzeitiger Abwertung der westlichen Gesetzgebung auf, die zudem nicht ganz richtig wiedergegeben wird. Unter anderem wird behauptet, „im

⁷⁵ Teleševskaja, M. E., Pogibko, N. I., 1978.

⁷⁶ ebd., S. 75-76

⁷⁷ ebd., S. 86-87

⁷⁸ Belorusov, O. S., Bočkov, N. P., Bunjatjan, A. A., 1988.

⁷⁹ ebd. S. 116-117.

Westen“ dürfe die ärztliche Schweigepflicht nicht einmal auf Wunsch und zum Wohle des Patienten gebrochen werden, woraus dem Patienten Nachteile entstehen könnten.⁸⁰ Darüber hinaus wird in traditioneller Weise die Diagnose „Krebs“ mit „unheilbar krank“ gleichgestellt, sodass sich dem informierten Leser der Verdacht aufdrängt, es könne sich bei diesem Neudruck um ältere Texte handeln, die erst später zur Veröffentlichung gelangten.

In dem zwei Jahre später erschienenen Buch „Die professionelle Ethik in der Medizin“⁸¹ von Aleksandr Jakovlevič Ivanjuškin wird das Spannungsfeld zwischen vertrauensbildender Aufklärung und wohlmeinendem Verschweigen aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet⁸², woraus der Autor schließlich eine Schweigepflicht beziehungsweise Verpflichtung zur „heilsamen Lüge“ gegenüber dem gesundheitlich gefährdeten Patienten ableitet.⁸³ Auch in diesem Werk lehnt sich die Diskussion sehr an die vorangegangenen, stark sozialistisch orientierten Texte zur Deontologie an und stellt unter Vernachlässigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses die Pflichten des Arztes der Gesellschaft und insbesondere der Ärzteschaft gegenüber dar.

Pavel Dmitrievič Tiščenko verurteilt 1998 in dem Lehrwerk „Bioetika“⁸⁴ die gängige Praxis des Verheimlichens der Diagnose gegenüber dem Patienten und fordert „Wahrhaftigkeit“ als oberste Tugend für den klinisch arbeitenden Arzt. Jede Form der Lüge belaste das Arzt-Patienten-Verhältnis und somit das therapeutische Bündnis. Das Vermeiden der Aufklärung des todkranken Patienten entspringe nämlich nicht dem Mitgefühl dem Patienten gegenüber, sondern vielmehr dem persönlichen Unbehagen angesichts eines unerfreulichen Gesprächs. Darüber hinaus betont Tiščenko das gesetzlich festgeschriebene Recht des Patienten auf umfassende Information über seinen Zustand. Interessanterweise wird aus denselben Gründen auch die Pflicht des

⁸⁰ ebd. S. 121.

⁸¹ Ivanjuškin, A. Ja., 1990.

⁸² ebd. S. 87-102

⁸³ ebd. S. 109-112

⁸⁴ Tiščenko, P. D., 1998, S. 23-27.

Patienten zur Wahrhaftigkeit gegenüber dem Arzt abgeleitet. Patienten haben demnach nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten; die asymmetrische Verteilung von ärztlichen Pflichten und Rechten des Patienten erscheint dem Autor als unüberzeugend. Der *informed consent* wird unter dem Hinweis auf die rechtliche Situation in diesem Werk sogar ausdrücklich erwähnt.

Das Lehrbuch „Meditsinskaja Etika“ (2000) von Michail Jakovlevič Jarovinskij bietet eine historische und internationale Zusammenschau verschiedener Positionen zur „*heiligen Lüge*“, respektive zur Patientenaufklärung, in der Jarovinskij fordert, den Patienten unter Wahrung der Hoffnung weitestmöglich aufzuklären.⁸⁵ Bei der Beschreibung des *informed consent* bedient er sich der Definition der Russischen Ärztevereinigung (Assotsiatsija Vračej Rossii), die aber unkommentiert bleibt.

In der jüngsten russischen Monografie zur Medizinethik (*Die Medizin vor dem Ressourcenmangel*)⁸⁶ des Moskauer Professors Vladimir Viktorovič Vlasov liegt der Fokus der Betrachtung bezeichnenderweise auf der Ressourcenverteilung in der modernen Medizin. Die Betrachtung des individuellen Patientenkontaktes wird hier zugunsten einer globalen Richtungsweisung für das russische Gesundheitssystem vernachlässigt. Eine Diskussion der ärztlichen Rolle im persönlichen Verhältnis zum Patienten oder des *informed consent* in Russland findet hier nicht statt.

⁸⁵ Jarovinskij, M. Ja., 2000, S. 29-60.

⁸⁶ Vlasov, V. V., 2000

VIII. Rechtliche und normative Grundlagen des *informed consent* in Russland

Gesetzesgrundlagen zum Schutz der Gesundheit der Bürger

Das russische Gesetz *zum Schutz der Gesundheit der Bürger der Russischen Föderation* ist der „Erklärung über die Förderung der Patientenrechte“ von 1994 weitestgehend angepasst und somit dem westlichen Verständnis von Konsens näher als dem tradierten, zur Zeit noch vorherrschenden russischen *modus operandi*. Demnach hat der Patient Recht auf vollständige, ihm verständliche Auskunft und Aufklärung sowie auf uneingeschränkte Einsicht in seine Krankenakte.⁸⁷ Ausdrücklich wird hier auch auf den nicht einwilligungsfähigen Patienten eingegangen, dessen Fürsorgeberechtigten zu informieren sind und deren Einwilligung für jedwede Behandlung einzuholen ist. Dasselbe Gesetz schreibt auch das Recht des Patienten fest, auf ausdrücklichen Wunsch hin *nicht* aufgeklärt zu werden. Hier spiegelt sich ein Kompromiss mit der russischen Tradition des Verschweigens schlechter Prognosen wieder, auf deren Grundlage viele russische Kritiker des *informed consent* argumentieren. Das weiter oben erwähnte Präzedenzurteil gegen einen Arzt wegen unzureichend erfolgter Patientenaufklärung⁸⁸ zeigt, dass die russische Rechtsprechung bereits auf den neuen, demokratisch fundierten Gesetzen fußt und die paternalistische ärztliche Tradition negiert. Das Gesetz bestimmt in Artikel 34 Umstände, unter denen der Patient gegen seinen Willen behandelt und aufgeklärt werden kann und soll; es handelt sich dabei um abzuwendende Gefahren für die Allgemeinheit - z. B. hochinfektiöse Krankheiten - oder um Verwirrheitszustände, die den einzelnen Patienten vital gefährden.

Auch in Hinsicht auf die Forschung schreibt das Russische Gesetz die schriftliche Einverständniserklärung des Probanden nach ausführlicher Aufklärung über Ziel und Ablauf der Studie vor. Ein Verstoß gegen dieses Gesetz soll

⁸⁷ Gesetz No. 5487-1, Artikel 32.

⁸⁸ Redaktionshinweis in: *Glavny Vrač* 2 (1997), S. 4-5.

ausdrücklich als Straftat geahndet⁸⁹ werden. Der Gesetzgeber fordert jedoch keine Anmeldung von Experimenten bei der zuständigen Ethikkommission oder der Gesundheitsbehörde, was auch von Aleksandr Jakovlevič Ivanjuškin beklagt wurde⁶⁰.

Der Kodex der ärztlichen Ethik

Im „Kodex der ärztlichen Ethik“ des russischen Ärzteverbandes findet sich eine ähnliche Formulierung, ebenfalls mit der Hervorhebung des Rechtes des Patienten, die Aufklärung zu verweigern oder an Nahestehende zu delegieren⁹⁰. Die Formulierungen sind eng an dem oben besprochenen Gesetz orientiert und stehen in Einklang mit den rechtlichen Forderungen. Allerdings wird die Aufklärungspflicht hier deutlich eingeschränkt durch den Zusatz, dass die Aufklärung unterbleiben oder eingeschränkt werden kann, wenn die Informationen dem Patienten schaden könnten. Da die Einschätzung der potentiellen Schädlichkeit beim Arzt liegt, ist sie ein höchst subjektives und dehnbare Kriterium, das im gegenwärtigen Russland problemlos in Anspruch genommen werden kann.

Für die biomedizinische Forschung schreibt der Kodex in Artikel 5.2 – analog dem Gesetzestext – eine ausführliche Aufklärung über Ablauf und Ziel der Studie und die schriftliche Einverständniserklärung des Patienten vor. Allerdings geht hier der Kodex weit über die gesetzliche Formulierung hinaus und fordert im Falle von Komplikationen den Abbruch des Experimentes und explizit eine Versicherung des Versuchsleiters für eventuelle gesundheitliche Schäden des Probanden. Auch die Zulassung eines Experiments durch die zuständige Ethikkommission oder den Wissenschaftsrat wird ausdrücklich gefordert. Damit entspricht der Kodex der international anerkannten „Erklä-

⁸⁹ Gesetz No. 5487-1, Artikel 43.

⁹⁰ Artikel 2.7. (s. Anhang).

rung über die Förderung der Patientenrechte in Europa“⁴⁹ und überragt die gehaltlosen gesetzlichen Forderungen zu biomedizinischen Versuchen.

Einer Veröffentlichung des Kodex´ in „Doktor Lending“⁹¹ sind drei Kommentare von Medizinern und Juristen nachgestellt, die diesen Kodex recht kontrovers beurteilen. Der Jurist und Arzt Professor Izrail Garnžeevič Vermel problematisiert grundlegend die Notwendigkeit einer ärztlichen Vereinigung, wenn ohnehin nahezu alle russischen Ärzte Angestellte des Gesundheitsamtes und dadurch den internationalen medizinethischen Reglementierungen unterworfen seien⁹². Dr. med. Pëtr Alekseevič Sarapul´tsev hebt hingegen die Notwendigkeit russischer ethischer Grundlagen hervor, da internationalen Werken wie der Deklaration von Helsinki einige Punkte hinzuzufügen seien, die dem sowjetisch erzogenen Arzt nicht selbstverständlich seien, damit das ethische Ideal den russischen Realitäten angepasst sei.⁹³ Der Jurist Aleksej Borisovič Petrov stellt in seinem Kommentar ebenfalls die Frage nach der Notwendigkeit eines russischen ethischen Kodex´, zumal das „Gesetz zum Schutze der Gesundheit der Bürger“ beinahe den gleichen Wortlaut besitze. Er beantwortet diese Frage allerdings positiv, da der Kodex für die sehr idealistischen russischen Ärzte vordergründig nicht eine Leitlinie, sondern vielmehr ein „Aushängeschild“ für das Selbstverständnis der Mediziner darstelle.⁹⁴

Im folgenden Kapitel werden die vorgestellten Ergebnisse in einer Zusammenschau diskutiert und der Versuch eine Lagebestimmung der russischen Medizinethik unternommen.

⁹¹ Doktor Lending 1-2 (1995), S. 4-11.

⁹² ebd. S. 9-10.

⁹³ ebd. S. 8-9.

⁹⁴ ebd. S. 10-11.

IX. Diskussion

Allein die geringe Anzahl der oben vorgestellten Veröffentlichungen zum *informed consent* lässt darauf schließen, dass in Russland eine öffentliche medizinethische Diskussion basalen Themen wie der Finanzierung oder Reform des Versicherungsschutzes, Behandlung der häufig auftretenden Tuberkulose, etc. nachgeordnet wird.

In der vorhandenen Diskussion zeigen sich, bei grober Unterteilung, zwei konträre Standpunkte zur Patientenaufklärung: Die einen, eher konservativen Autoren, beanspruchen die Eigenheiten der paternalistischen russischen Traditionen als Argument gegen eine aufgeklärte Einwilligung, wohingegen die „westlicheren“ Verfechter einer Einführung des *informed consent* mit einer Verbesserung der Medizin in Richtung Selbständigkeit des Patienten argumentieren. Eine Frage, die von Vertretern beider Positionen aufgegriffen und unterschiedlich bewertet wird, ist der Nutzen eines informierten Patienten. Während die Befürworter des *informed consent* eine umfassende Information des Patienten als Grundlage für ein therapeutisches Bündnis ansehen, unterstreichen die Gegner die Gefahr einer Entmutigung und weiterer Schwächung des Patienten durch ein Zuviel an Informationen.

Ebenso polar wie die Standpunkte erscheinen, lassen sich ihre Vertreter in zwei Gruppen unterteilen: Zustimmung findet der *informed consent* vor allem bei Lehrstuhlinhabern und Buchautoren, die sich alltäglich mit Medizinethik befassen wie Boris G. Judin, Lev A. Durnov, Jurij M. Lopuchin, Evgenij N. Indejkin, Valerij I. Čissov, Vladimir V. Vlasov. Auf Ablehnung stößt er bei den eher praktisch arbeitenden Ärzten wie Ol'ga Bogatko, Evgenij M. Burzev, Natan V. Eelstein, Nikolaj N. Petrov. Diese Beobachtung eröffnet durchaus die Möglichkeit einer Argumentation, die dem praktisch arbeitenden Arzt eine mangelnde Reflexion und Distanz zu seiner Tätigkeit und somit fehlendes Urteilsvermögen unterstellt. Andererseits könnte ebenso gut postuliert werden,

dem Theoretiker fehlten am Schreibtisch die nötigen Bezüge zur Patientenbetreuung, und der praktische Arzt sei derjenige, der sich jeden Tag mit grundlegenden ethischen Fragen beschäftigen müsse.

Wichtige und immer wiederkehrende Argumente gegen den *informed consent* sind die noch aus dem Gesellschaftssystem der Zarenzeit stammende, stark paternalistische Tradition der russischen Ärzte, die katastrophale und limitierende finanzielle Situation des Gesundheitssystems, die unterstellte seelische Überforderung des kranken Menschen, eine Kommerzialisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses und nicht zuletzt der notwendige Mehraufwand an Zeit für eine vom Patienten mutmaßlich nicht erwünschte Aufklärung. Bei der Begründung der Ablehnung fällt allerdings häufig eine mangelnde, beziehungsweise Fehlinformation bezüglich des gesetzlichen Hintergrundes auf.

Als Begründung für den *informed consent* werden angeführt das Recht auf Autonomie jedes Patienten, ein solides therapeutisches Bündnis, der gegenwärtige, auf Selbstbestimmung basierende gesellschaftliche Umbruch, die Patientensicherheit bei zunehmender Kommerzialisierung der russischen Medizin, juristische Sicherheit des Patienten bei offenkundigen ärztlichen Fehlern. Der gegenwärtige Alltag zeitigt auf jeden Fall eine sehr unselbständige und gefügte Haltung des russischen Patienten sowie eine Stigmatisierung von chronisch Kranken aufgrund mangelnder Information über Krankheiten und deren moderne therapeutische Möglichkeiten.

Einige Autoren sehen daher den Grund für das Festhalten an paternalistischen Strukturen in der mangelnden öffentlichen Würdigung medizinischer Themen vor allem in den Massenmedien Zeitung und Fernsehen. Die medizinische Berichterstattung in den russischen Medien ist geprägt von emotional ergreifenden und spannenden Einzelschicksalen, eine gezielte und sachliche Information findet in den seltensten Fällen statt. Wie aus Internet-

Diskussionen⁹⁵ und der persönlichen Erfahrung in russischen Krankenhäusern hervor geht, ist vielen russischen Ärzten zudem gar nicht bekannt, dass das Gesetz der Russischen Föderation ausdrücklich die uneingeschränkte Patientenaufklärung vorschreibt. Dieses Zusammentreffen von Informationsdefiziten verstärkt sich offenbar gegenseitig und blockiert die Einführung einer umfassenden Patientenaufklärung, einschließlich des *informed consent*, in die russische Medizin.

Die Ursachen für das fehlende Interesse der russischen Medien an medizinischer Aufklärung scheinen dem westeuropäischen Betrachter kaum erkennbar, sind aber gewiss mit der Ressourcenknappheit verknüpft, da die Präsentation unerreichbarer Methoden auf wenig Interesse stößt und ethische Fragen der Verteilung vorhandener Ressourcen aufwirft. Darüber hinaus könnte die Regierungsnähe der russischen Medien das Interesse an einer ausführlichen Berichterstattung dämpfen, die in diesem Zusammenhang die derzeit unbefriedigende sozioökonomische Situation in Russland verdeutlichen würde. Der letzte unabhängige Fernseh-Nachrichtensender N-TV wurde 2001 nach wochenlangen Protesten und „Not-Sendungen“ der sich verbarrikadierenden Redakteure von dem Besitzer Wladimir A. Gusinskij an den regierungsnahen Energiekonzern und Gläubiger Gasprom verkauft, die unabhängige Zeitung *Segodnja* wurde im April 2000 „aus wirtschaftlichen Gründen“ eingestellt und die Redaktion des Nachrichtenmagazins *Itogi* über Nacht ausgetauscht.⁹⁶ Bezeichnenderweise erschien am Ostersonntag 2001 auf N-TV statt der Sendung des als kritisch geltenden Starmoderators Evgenij Alekseevič Kiselëv kommentarlos eine Komödie mit Louis de Funès in der Hauptrolle.

Die Entwicklungsgeschichte des *informed consent* zeigt deutlich auf, dass es sich hierbei um eine Regelung handelt, die aus dem Bedürfnis des Patienten

⁹⁵ z.B. in: Onkoportal: <http://www.mtu-net.ru/ikzm>, Health on the Net HON: <http://www.mig.rssi.ru/>

⁹⁶ Thumann, M., 2000

nach Verstehen der medizinischen Behandlung und rechtlicher Konsequenzen entstanden ist. Gerade unter den Prämissen einer zunehmend kommerzialisierten Medizin kann es von Vorteil sein, den *informed consent* gesetzlich zu verankern und dem Patienten die Möglichkeit zu geben, zum wissenden, aktiven Mitstreiter im Bemühen um seine Gesundheit zu werden. In dieser Hinsicht gibt es keine maßgeblichen Hinweise dafür, dass der russische Patient mehr Vormundschaft oder Führung benötigt als der westliche Patient. Die gelegentlich aufgezeigte Problematik der Präsentation nicht finanzierbarer Verfahren scheint eine auf den ersten Blick willkommene Begründung für eine Einschränkung der Patientenaufklärung. Berichte von Einzelfällen, in denen Patienten durch Spenden die nötigen finanziellen Mittel zu Ihrer Behandlung zusammengetragen haben oder aufgrund eigener Initiative im Ausland kostenlos behandelt wurden, sollte verdeutlichen, wie stark der Patient am „therapeutischen Bündnis“ teilhaben kann und deshalb bestens aufgeklärt sein sollte.

Die langsame Integration freiheitlich-rechtlicher Grundlagen in der russischen Medizin lässt sich mit der siebzigjährigen Bevormundung durch das sozialistische Regime teilweise erklären, rechtfertigen jedoch keinesfalls, zumal die technischen und pharmazeutischen Möglichkeiten inzwischen eine insgesamt erschwingliche, hohe Qualität bieten. Für den klinisch tätigen Arzt eröffnen sich hier juristische Gefahren, wenn der inzwischen gesetzlich festgeschriebenen Patientenaufklärung nicht Sorge getragen wird.

Die Meinungsbildung und Entscheidungsfindung des Patienten ist ein von vielen Faktoren abhängiger Vorgang, die sich zusammenfassend in vier große Bereiche unterteilen lassen:

- I. die Bildung und Wertvorstellungen des Patienten, die seine Erwartungen und Ängste bedingen, z. B. Religiosität, Lebensentwurf und Selbstbild,

- II. die gesellschaftlichen Werte, die in seinem sozialen Umfeld vorherrschen und über die definiert ist, was Krankheit bedeutet, wann eine ärztliche Behandlung angezeigt ist (Laienzuweisungssystem),
- III. das medizinische und biologische „Grundwissen“ des Patienten aus den Medien und der eigenen Lektüre, sowie nicht zuletzt
- IV. die konkrete Information zur eigenen Erkrankung durch die ärztliche Aufklärung.

Dieses Gefüge ist in Abb.2 als ausgeglichenes Zusammenspiel der verschiedenen Faktoren dargestellt.

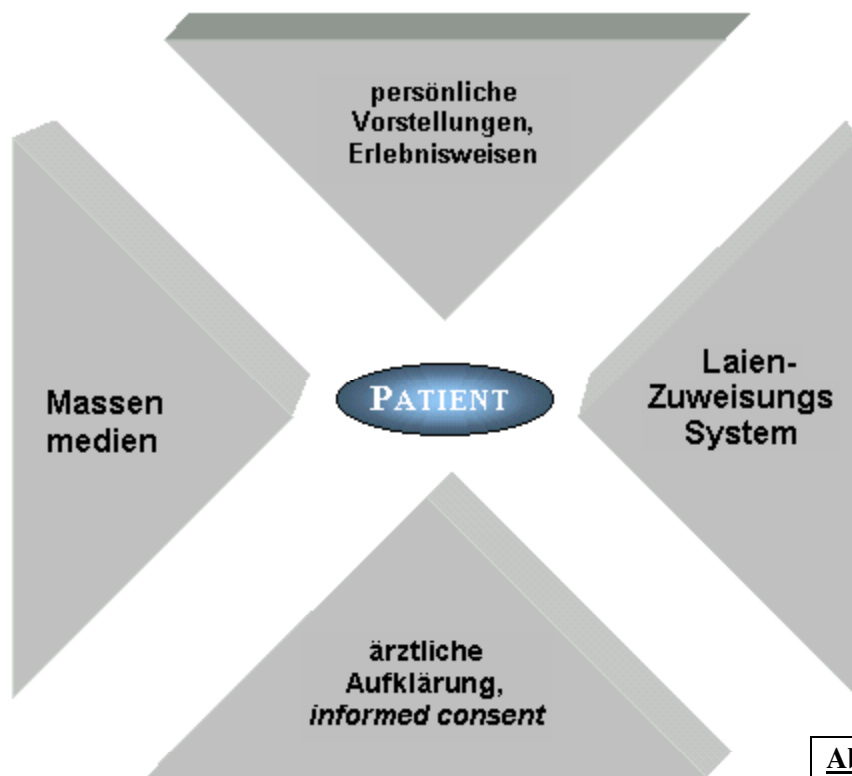
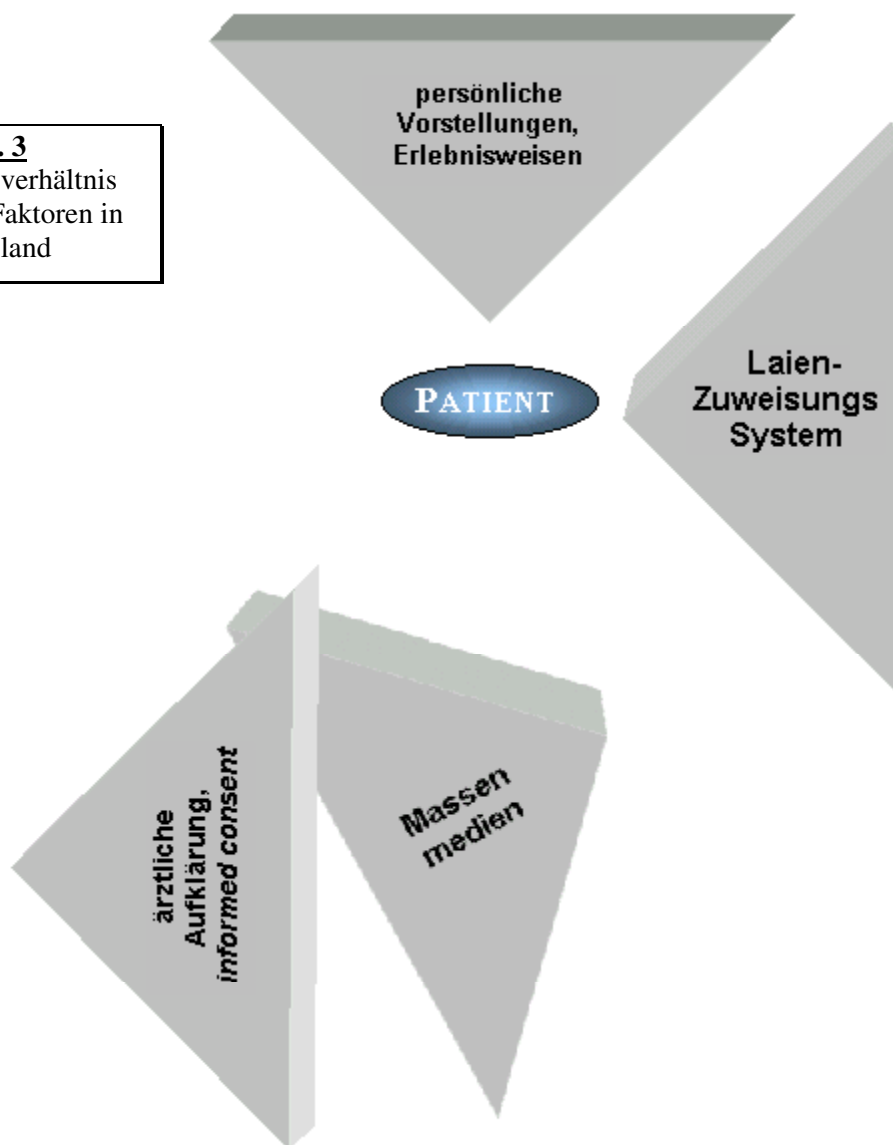


Abb. 2
Faktoren der Entscheidungsfindung und Meinungsbildung des Patienten

Im Falle Russlands fehlt jedoch, wie oben dargestellt, die fachliche Information durch die Medien, was einerseits den medizinischen Wissensstand des einzelnen Patienten negativ beeinflusst, andererseits aber auch zu einer mangelnden Erneuerung der gesamten gesellschaftlichen Vorstellung von

Krankheit und Therapie (Laienzuweisungs-System) führt, die somit nicht nur veraltet, sondern auch in Ermangelung des Gegenpols übermäßig stark wird. Fällt zudem noch die fachliche, individuelle ärztliche Aufklärung im Sinne des *informed consent* fort, so ist der Patient in der Meinungsbildung auf sich selber und die überholten Traditionen seines Umfeldes angewiesen. Eine von Ängsten um die eigene Gesundheit und von regressiven Einflüssen genährte medizinische Entscheidung des Patienten ist die Folge. Dieser Mechanismus ist in Abb.3 verdeutlicht.

Abb. 3
Missverhältnis
der Faktoren in
Russland



Daher kann als eine grundlegende Schlussfolgerung aus der vorliegenden Darstellung des *informed consent in der russischen Medizin in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts* die Forderung einerseits nach einer verstärkten, unabhängigen Medienarbeit hinsichtlich des medizinischen Fortschrittes sowie andererseits nach einer Aktualisierung des juristischen Wissensstandes der russischen Ärzte erhoben werden.

Des Weiteren konnte das *Gesetz zum Schutz der Gesundheit der Bürger der Russischen Föderation* (No. 5487-1) in Bezug auf die biomedizinische Forschung als unzureichend dargestellt werden, da in Artikel 43 zwar die ausführliche Aufklärung des Patienten bzw. Probanden im Sinne des *informed consent* gefordert wird, jedoch eine Verpflichtung zur Anmeldung eines Experimentes bei der örtlichen Ethikkommission oder dem Wissenschaftsrat fehlt. Aus diesem Mangel heraus sind in Russland - theoretisch - die abwegigsten und unmoralischsten Experimente legitim, wenn der Patient nur ausreichend aufgeklärt wurde und eingewilligt hat. Dies ist eine Situation, die in einer freiheitlich-demokratischen Gesellschaft, die sich der „Erklärung über die Förderung der Patientenrechte“ verpflichtet hat, keinen Bestand haben darf und die dringend einer Veränderung in Hinsicht auf das Gesundheitsgesetz bedarf.

Für die weitere Forschung über die Medizinethik im Russland der jüngsten Vergangenheit und Gegenwart ergeben sich zahlreiche Möglichkeiten, von denen einige angeführt seien: Die Rolle der Medien, vor allem des Fernsehens; Ethik in Medizinstudium und Ausbildung der Pflegekräfte; Behandlung und Forschung an nicht Einwilligungsfähigen; Verhältnis von Theorie und Praxis im Bereich der Medizinethik.

X. Zusammenfassung

Die vorliegende Dissertation gewährt mittels einer Übersicht über die russische medizinische Fachliteratur eine Standortbestimmung der russischen Medizinethik zum Ende des 20. Jahrhunderts unter besonderer Berücksichtigung des *informed consent*. Die medizinethischen Beiträge in aktuellen medizinischen Zeitschriften und Fachbüchern werden im Zusammenhang mit internationalen Übereinkünften und dem russischen Gesetz bezüglich ihres Verhältnisses zum *informed consent* wiedergegeben und analysiert. Eine Untersuchung der Umsetzung des gesetzlich festgelegten Unterrichtsfaches Medizinethik an den russischen Hochschulen scheiterte an mangelnder Kooperation der entsprechenden Hochschulorgane.

Im Anschluss an eine Übersicht über das russische Gesundheitssystem und die Betrachtung des *informed consent* aus historischer und internationaler Sicht erfolgt in jeweils eigenen Kapiteln die Darstellung der fachlichen Diskussion des *informed consent* im Blick auf die Heilbehandlung, die Forschung und in Zusammenhang mit der Sterbehilfe. Zudem werden die russischen medizinethischen Monographien, das russische Recht sowie normative Regelungen bezüglich ihrer Berücksichtigung des *informed consent* beleuchtet.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen eine spärliche Akzeptanz des *informed consent* unter praktisch tätigen Ärzten; die vorhandene öffentliche Diskussion findet überwiegend innerhalb eines kleinen Kreises von Wissenschaftlern statt, die durch Lehrtätigkeit und Monografien bekannt sind. Dabei hat sich das russische Recht außerordentlich stark in Richtung Selbständigkeit und Informationsrecht des Bürgers und damit auch des Patienten verändert, so dass der – in bester Absicht – unzureichend aufklärende Arzt Gefahr läuft, schwerwiegende Gesetzesverstöße zu begehen. Da diesbezüglich die Rechtsprechung dem westlichen Standard folgt, lässt sich inzwischen auch das

gerichtliche Einfordern dieses Rechts nach US-amerikanischem Vorbild mit Forderungen von Schmerzensgeld und Schadenersatz beobachten.

Weiterhin konnte dargestellt werden, dass ein medizinisches Informationsdefizit durch die Massenmedien besteht, das einerseits der paternalistischen russischen Tradition entstammt, gleichzeitig aber auch durch politische Interessen erklärbar ist.

In Bezug auf die biomedizinische Forschung wurde eine erstaunliche Gesetzeslücke aufgezeigt, die in einer mangelnden Zulassungspflicht für biomedizinische Versuche besteht, während die informierte Einwilligung des Probanden detailliert gefordert wird.

Ausblick: Für die zukünftige Forschung stellen sich auf diesem Gebiet als besonders wichtige Fragen die Bedeutung der Medien, die medizinethische Ausbildung, Therapie und Forschung an nicht Einwilligungsfähigen.

XI. Anhang

Gesetzestexte

Die im folgenden vorliegenden Texte wurden vom Autor erstmals in die deutsche Sprache übersetzt und damit deutschen Lesern öffentlich zugänglich gemacht, die die russische Sprache nicht beherrschen.

Konstitution der Russischen Föderation in der aktuellen Fassung vom 10.02.1996

Artikel 1

- 1.) Die Russische Föderation – Russland ist ein demokratischer föderativer Rechtsstaat mit republikanischer Rechtsform.
- 2.) Die Bezeichnungen *Russische Föderation* und *Russland* sind gleichbedeutend.

Artikel 2

Der Mensch, seine Rechte und seine Freiheit sind das höchste Gut. Die Anerkennung, Wahrung und der Schutz der Rechte und Freiheiten des Menschen sind Aufgabe des Staates.

Artikel 41

- 1.) Jeder hat das Recht auf Gesundheitsvorsorge und medizinische Hilfe. In staatlichen und kommunalen Einrichtungen des Gesundheitswesens erhalten Staatsbürger kostenlose medizinische Versorgung zu Lasten des entsprechenden Haushaltes, von Versicherungseinlagen und anderen Einnahmen.
- 2.) In der Russischen Föderation werden föderative Programme zur Vorsorge und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung finanziert und Maßnahmen zum Ausbau des staatlichen, kommunalen und privaten Gesundheitssystems ergriffen, es werden Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit des Menschen, zur Verbreitung der körperlichen Kultur und des

Sports und Maßnahmen für das allgemeine hygienische Wohlergehen unterstützt.

- 3.) Die Verheimlichung von Tatsachen und Umständen durch Staatsbedienstete, die eine Gefährdung für das Leben und die Gesundheit der Bevölkerung darstellen, zieht eine Verantwortung gemäß dem föderalen Gesetz nach sich.

Gesetz No. 5487-1 vom 22.07.1993 „Grundlagen der Gesetzgebung der Russischen Föderation zum Schutz der Gesundheit der Bürger“

Artikel 30 Die Rechte des Patienten

Bei Inanspruchnahme medizinischer Hilfe und ihrer Leistung hat der Patient Recht auf:

- 1.) respektvolle und humane Behandlung durch das medizinische und Dienstpersonal;
- 2.) Auswahl des Arztes, darunter Hausarzt und behandelnder Arzt unter Berücksichtigung seines Einverständnisses, desgleichen auf Wahl der Heil- und Vorsorgeeinrichtung entsprechend den Absprachen mit der freiwilligen und der Pflicht-Krankenversicherung.
- 3.) Untersuchung, Behandlung und Unterbringung unter Bedingungen, die den sanitär-hygienischen Erfordernissen entsprechen.
- 4.) Durchführung eines von ihm erbetenen Konsils durch und Überweisung an einen anderen Spezialisten;
- 5.) Linderung von Schmerzen, die durch Krankheit und (oder) medizinische Eingriffe bedingt sind, durch zugängliche Verfahren oder Mittel;

- 6.) Geheimhaltung vertraulicher Informationen über die Tatsache der Inanspruchnahme ärztlicher Betreuung, über den Gesundheitszustand, die Diagnose und anderer Daten, die bei seiner Untersuchung und der Behandlung erhalten wurden, gemäß Artikel 61 der vorliegenden Regelung;
- 7.) aufgeklärtes, freiwilliges Einverständnis zu medizinischen Eingriffen gemäß Artikel 32 der vorliegenden Regelung;
- 8.) Ablehnung medizinischer Eingriffe gemäß Artikel 33 des vorliegenden Gesetzes;
- 9.) Auskunft über die eigenen Rechte und Pflichten und den eigenen Gesundheitszustand gemäß Artikel 31 der vorliegenden Regelung, sowie das Recht auf Bestimmung von Personen, denen im Interesse des Patienten Auskunft über den Zustand seiner Gesundheit gegeben werden soll;
- 10.) Inanspruchnahme medizinischer und anderer Dienstleistungen im Rahmen der Programme der freiwilligen medizinischen Versicherung;
- 11.) Schadenersatz gemäß Artikel 68 der vorliegenden Regelung im Falle erlittenen Schadens an seiner Gesundheit bei der Inanspruchnahme ärztlicher Betreuung;
- 12.) Besuch durch einen Anwalt oder anderen gesetzlichen Vertreter für den Schutz seiner Rechte;
- 13.) Besuch durch einen Geistlichen, und in Krankenhauseinrichtungen auf die Gewährung von Bedingungen zur Ausübung religiöser Rituale, einschließlich der Überlassung eines abgesonderten Raumes, falls es der inneren Ordnung der Krankenhauseinrichtung nicht widerspricht. Im Falle einer Übertretung der Rechte des Patienten kann dieser sich mit einer Beschwerde direkt an den Leiter oder einen anderen Angestellten der ihm die ärztliche Behandlung erbringende Heil- und Vorsorgeeinrichtung, an die entsprechenden medizinischen Berufsverbände, an die Lizenzkommissionen sowie an das Gericht wenden.

Artikel 31 Recht des Patienten auf Auskunft über den Gesundheitszustand

Jeder Bürger hat das Recht auf in ihm verständlicher Form vorgebrachte Auskunft über den Zustand seiner Gesundheit, eingeschlossen Angaben über Ergebnisse von Untersuchungen, das Vorhandensein von Krankheiten, seine Diagnose und Prognose, Behandlungsmethoden, damit verbundene Risiken, mögliche Varianten medizinischer Eingriffe, deren Konsequenzen und Ergebnisse der durchgeführten Behandlung.

Dem Bürger ist Auskunft über den Zustand seiner Gesundheit zu gewähren, - bei Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und bei Bürgern, die nach den gesetzlich vorgeschriebenen Bestimmungen als geschäftsunfähig anerkannt sind - ihrem gesetzlichen Vertreter durch den behandelnden Arzt, der verwaltenden Abteilung der Heileinrichtung oder andere Spezialisten, die direkt an der Untersuchung und der Behandlung beteiligt sind.

Die Aufklärung des Bürgers über seinen Gesundheitszustand darf nicht gegen seinen Willen erfolgen. Im Falle einer ungünstigen Prognose einer fortschreitenden Erkrankung soll die Aufklärung in taktvoller Form gegenüber dem Bürger und seinen Familienangehörigen erfolgen, falls der Bürger nicht untersagt hat, ihnen darüber Auskunft zu geben und (oder) keine Person ernannt hat, der solche Auskunft erteilt werden soll.

Der Bürger ist berechtigt, direkt die medizinische Dokumentation, die den Zustand seiner Gesundheit widerspiegelt, einzusehen, und darüber Beratung bei anderen Spezialisten einzuholen. Auf Verlangen des Bürgers sind ihm Kopien der medizinischen Dokumente, die den Zustand seiner Gesundheit widerspiegeln, zu gewähren, falls darin nicht Interessen von Dritten berührt werden.

Die in den medizinischen Dokumenten enthaltene Information über den Bürger bildet das ärztliche Geheimnis und darf ohne dessen Zustimmung nur aus Gründen gemäß Artikel 61 der vorliegenden Regelungen zugänglich gemacht werden.

Artikel 32 Einverständnis zur medizinischen Behandlung

Notwendige Bedingung medizinischer Behandlung ist die vorausgehende, informierte, freiwillige Einwilligung des Patienten.

In Fällen, in denen der Zustand des Bürgers ihm die Äußerung seines Willens nicht erlaubt, aber medizinische Behandlung dringend notwendig ist, entscheidet ein Konsilium über deren Durchführung im Interesse des Patienten; ist die Einberufung eines Konsiliums nicht möglich, trifft der unmittelbar behandelnde (diensthabende) Arzt eine Entscheidung mit anschließender Benachrichtigung der Amtsträger der Heil- und Vorsorgeeinrichtung.

Bei Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und bei Bürgern, die nach den gesetzlichen Bestimmungen als nicht zurechnungsfähig anerkannt sind, geben die Einwilligung zu medizinischer Behandlung deren gesetzliche Vertreter, nachdem ihnen der Sachverhalt erklärt wurde entsprechend Artikel 31 Absatz 1 der vorliegenden Regelungen. Bei Abwesenheit der gesetzlichen Vertreter wird die Entscheidung über medizinische Behandlung durch ein Konsilium getroffen; ist die Einberufung eines Konsiliums nicht möglich, trifft der unmittelbar behandelnde (diensthabende) Arzt eine Entscheidung mit anschließender Benachrichtigung der Amtsträger der Heil- und Vorsorgeeinrichtung und der gesetzlichen Vertreter.

Artikel 33 Ablehnung medizinischer Behandlung

Der Bürger oder sein gesetzlicher Vertreter ist berechtigt, medizinische Behandlung zu verwehren oder ihre Unterbrechung zu fordern mit Ausnahme von den Fällen gemäß Artikel 34 der vorliegenden Regelungen.

Bei der Ablehnung medizinischer Behandlung sollen dem Bürger oder seinem gesetzlichen Vertreter in ihm verständlicher Form die möglichen Konsequenzen erklärt werden. Die Ablehnung medizinischer Behandlung mit dem Hinweis auf mögliche Konsequenzen ist schriftlich in der medizinischen Dokumentation festzuhalten und vom Bürger oder seinem

gesetzlichen Vertreter sowie dem medizinischen Mitarbeiter zu unterschreiben.

Bei der Ablehnung von für den Betroffenen lebensnotwendiger ärztlicher Behandlung durch Eltern oder andere gesetzliche Vertreter von Personen, die nicht das 15. Lebensjahr vollendet haben, oder durch gesetzliche Vertreter von Personen, die nach den gesetzlich vorgeschriebenen Bestimmungen als geschäftsunfähig anerkannt sind, ist die Krankenhauseinrichtung berechtigt, sich zum Schutz der Interessen dieser Personen an das Gericht zu wenden.

Artikel 34 Durchführung ärztlicher Betreuung ohne Zustimmung des Bürgers

Die Durchführung ärztlicher Betreuung (medizinische Untersuchung, Krankenhauseinweisung, Beobachtung und Isolierung) ohne Zustimmung des Bürgers oder seiner gesetzlichen Vertreter ist auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen der Russischen Föderation bei solchen Personen erlaubt, die an Erkrankungen leiden, welche eine Gefahr für die Umgebung darstellen, die unter schweren psychischen Verwirrungen leiden, oder bei Personen, die die Gesellschaft gefährdende Taten begangen haben.

Der Beschluss über die Durchführung der medizinischen Untersuchung und Beobachtung des Bürgers ohne sein Einverständnis oder das Einverständnis seiner gesetzlichen Vertreter wird durch einen Arzt (ein Konsilium) getroffen, der Beschluss über die Krankenhauseinweisung des Bürgers ohne sein Einverständnis oder das Einverständnis seiner gesetzlichen Vertreter – durch ein Gericht getroffen.

Die Durchführung ärztlicher Behandlung ohne Zustimmung des Bürgers oder das Einverständnis seiner gesetzlichen Vertreter in Zusammenhang mit der Durchführung epidemiebekämpfender Maßnahmen wird durch die Hygienegesetzgebung reglementiert.

Die Untersuchung und die Krankenhauseinweisung von Personen, die unter schwerer psychischer Verwirrung leiden wird ohne ihr Einverständnis auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen der Russischen Föderation „Über die psychiatrische Hilfe und Wahrung der Rechte des Bürgers bei Ihrer Anwendung“ durchgeführt.

Bei Personen, die für die Gesellschaft gefährdende Taten begangen haben, können medizinische Zwangsmaßnahmen auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen der Russischen Föderation angewendet werden.

Der Aufenthalt des Bürgers in einer Krankenhauseinrichtung dauert an, bis die Gründe, wegen derer die Krankenhauseinweisung ohne Einverständnis oder nach richterlicher Entscheidung durchgeführt wurde, wegfallen.

Artikel 43 Regelung der Anwendung neuer Methoden der Prophylaxe, Diagnostik oder Behandlung, neuer Arzneimittel, immunbiologischer Präparate und Desinfektionsmittel und der Durchführung biomedizinischer Forschung

In der Ausübung der Gesundheitsfürsorge kommen solche Methoden der Prophylaxe, Diagnostik oder Behandlung, medizinische Apparate, Arzneimittel, immunbiologische Präparate und Desinfektionsmittel zur Anwendung, die nach der vorgeschriebenen gesetzlichen Regelung zur Anwendung zugelassen sind.

Nicht zur Anwendung zugelassene, aber nach der vorgeschriebenen Regelung in der Prüfung befindliche Methoden der Diagnostik, Behandlung und Arzneimittel können zum Zwecke der Behandlung eines Patienten nur nach Erhalt dessen freiwilliger, schriftlicher Einverständniserklärung angewendet werden.

Nicht zur Anwendung zugelassene, aber nach der vorgeschriebenen Regelung in der Prüfung befindliche Methoden der Diagnostik, Behandlung und Arzneimittel können zum Zwecke der Behandlung bei Personen, die nicht das 15. Lebensjahr vollendet haben, nur bei unmittelbar drohender

Bedrohung ihres Lebens und mit schriftlicher Einverständniserklärung ihrer gesetzlichen Vertreter angewendet werden.

Die Regelung zur Anwendung der in den Abschnitten zwei und drei des vorliegenden Artikels genannten Methoden der Diagnostik, Behandlung und Arzneimittel, immunbiologischen Präparate und Desinfektionsmittel, darunter auch im Ausland angewendete, wird vom Ministerium für Gesundheitsfürsorge der Russischen Föderation oder anderen hierzu ermächtigten Organen festgelegt.

Die Durchführung biomedizinischer Forschung ist in Einrichtungen des staatlichen oder kommunalen Gesundheitswesens erlaubt und soll auf vorhergehenden, im Labor durchgeführten Experimenten basieren.

Jede biomedizinische Forschung, die den Menschen als Objekt einbezieht, darf nur nach Einholung der schriftlichen Einverständniserklärung des Bürgers durchgeführt werden. Kein Bürger darf zur Teilnahme an biomedizinischer Forschung gezwungen werden.

Bei der Einholung der Einverständniserklärung zur biomedizinischen Forschung sollen dem Bürger Informationen über Ziel, Methoden, Nebenwirkungen, mögliche Risiken, Dauer und erwartete Ergebnisse der Forschung zur Verfügung gestellt werden.

Jeder Bürger hat das Recht, zu jedem Zeitpunkt von der Teilnahme an der Forschung zurückzutreten.

Werbung, auch in Massenmedien, für Methoden der Prophylaxe, Diagnostik und Behandlung und für Arzneimittel, die nicht die gesetzlich vorgeschriebenen Prüfungen durchlaufen haben, ist verboten. Übertretungen der gesetzlichen Normen ziehen die vom Gesetzgeber der Russischen Föderation vorgeschriebene Haftung nach sich. Werbung für Medikamente, Erzeugnisse zum medizinischen Gebrauch, Medizintechnik sowie Werbung für Methoden der Behandlung, Prophylaxe, Diagnostik und Rehabilitation fällt unter die gesetzlichen Regelungen der Russischen Föderation über die Werbung.

Artikel 45 Verbot der Sterbehilfe

Medizinischem Personal ist es untersagt, Sterbehilfe zu leisten – der Bitte des Patienten um Beschleunigung seines Todes durch beliebige Taten oder Mittel, darunter Einstellung künstlicher Maßnahmen zur Erhaltung des Lebens, nachzukommen. Personen, die bewusst Kranke zur Sterbehilfe anregen und (oder) Sterbehilfe leisten, tragen die rechtliche Verantwortung gemäß der Rechtsprechung der Russischen Föderation.

Gesetz der RF No. 3185-I vom 02.07.1992 (Psychatriegesetz)

Artikel 11 Einverständnis zur medizinischen Behandlung

- (1) Die Behandlung einer unter einer psychischen Beeinträchtigung leidenden Person darf nach Erhalt ihres schriftlichen Einverständnisses durchgeführt werden mit Ausnahme von Fällen, in denen Absatz (4) angewendet werden kann.
- (2) Der Arzt ist verpflichtet, einer unter einer psychischen Beeinträchtigung leidenden Person in einer ihr verständlichen Form und unter Berücksichtigung ihres psychischen Zustandes Informationen über die Art der psychischen Beeinträchtigung, über die Ziele, die Methoden, einschließlich der Alternativen und über die Dauer der empfohlenen Behandlung sowie über Schmerzen, mögliche Risiken, Nebenwirkungen und zu erwartende Ergebnisse zu gewähren. Über die gegebenen Informationen wird ein Vermerk in der Krankenakte gemacht.
- (3) Das Einverständnis zur Behandlung Minderjähriger bis zu 15 Jahren, sowie von Personen, die nach dem vorliegenden Gesetz als geschäftsunfähig anerkannt sind, ist durch den gesetzlichen Vertreter nach der Mitteilung der Angaben nach Absatz (2) des vorliegenden Artikels zu geben.

(4) Die Behandlung darf ohne Zustimmung der unter einer psychischen Beeinträchtigung leidenden Person oder ihrer gesetzlichen Vertreter nur bei der Anwendung von Zwangsmassnahmen medizinischer Art aus Gründen, die im Strafgesetzbuch der Russischen Föderation behandelt werden, sowie bei der unfreiwilligen Krankenhauseinweisung aus Gründen, die in Artikel 29 des vorliegenden Gesetzes behandelt werden, durchgeführt werden.

In diesen Fällen, mit Ausnahme von unaufschiebbaren Notfällen, erfolgt die Behandlung nach dem Beschluss einer psychiatrischen Ärztekommision.

(5) An den in Absatz (4) des vorliegenden Artikels erwähnten Personen sind zur Behandlung der psychischen Beeinträchtigung eine Durchführung chirurgischer und anderer Maßnahmen, die irreversible Konsequenzen herbeiführen, sowie die Durchführung medizinischer Versuche, nicht erlaubt.

Artikel 12 Verweigerung medizinischer Behandlung

(1) Die unter einer psychischen Beeinträchtigung leidende Person oder ihr gesetzlicher Vertreter sind berechtigt, die angebotene Behandlung zu verweigern oder sie zu beenden, mit Ausnahme von den Fällen, die von Artikel 11, Absatz (4) des vorliegenden Gesetzes vorgesehen sind.

(2) Die Behandlung ablehnende Personen oder ihre gesetzlichen Vertreter sind über die möglichen Konsequenzen einer Beendigung der Behandlung aufzuklären. Die Verweigerung der Behandlung und die Durchführung der Aufklärung über die möglichen Konsequenzen sind in der Krankenakte mit der Unterschrift des Psychiaters und der betreffenden Person oder ihres gesetzlichen Vertreters festzuhalten.

Artikel 29 Grundlagen zur unfreiwilligen Einweisung in die stationäre psychiatrische Behandlung

Eine unter einer psychischen Beeinträchtigung leidende Person kann ohne ihr Einverständnis oder ohne Zustimmung ihres gesetzlichen Vertreters in stationäre psychiatrische Behandlung überführt werden bis ein richterlicher Entscheid vorliegt, wenn ihre Untersuchung oder Behandlung nur unter

stationären Bedingungen möglich ist und eine schwere psychische Verwirrung

- a) eine direkte Gefährdung für sich selbst oder die Umgebung oder
- b) ihre Hilflosigkeit, das heißt, die Unfähigkeit, selbständig die Grund- und lebenswichtigen Bedürfnisse zu befriedigen oder
- c) eine wesentliche Beeinträchtigung ihrer Gesundheit infolge einer Verschlechterung des psychischen Zustandes ohne psychiatrische Hilfe bedingt.

Kodex der ärztlichen Ethik

Verabschiedet auf dem allrussischen Pirowskij Ärzte-Kongreß am 7. Juni 1997.

I. Arzt und Gesellschaft

- 1.) Gegenstand der besonderen Sorge von Staat und Gesellschaft sind die Sicherung und der Schutz des Lebens und der Gesundheit des Bürgers. Der vollwertige Schutz der Gesundheit des Volkes und die Sicherung der Bedingungen, die ihm ein würdiges Dasein und Gedeihen erlauben, sind die ethischen Grundlagen der Politik des Staates. Bei der Verwirklichung dieser sozialen Aufgabe kommt ein großer Teil dem Arzt, seiner beruflichen Tätigkeit und seiner moralischen Haltung zu.
- 2.) Das Hauptziel der beruflichen Tätigkeit des Arztes (in Praxis und Lehre) ist die Erhaltung des Lebens des Menschen, die Gesundheitsvorsorge und die Wiederherstellung der Gesundheit, sowie die Minimierung des Leidens bei unheilbaren Erkrankungen. Bei der Erfüllung seiner Pflichten folgt der Arzt seinem Gewissen, dem Hippokratischen Eid, den Prinzipien der Humanität und Barmherzigkeit, den ethischen Beschlüssen der internationalen Gemeinschaft, Artikel 41 der Verfassung Russlands und dem Gesetz der Russischen Föderation „Über das Recht der Bürger auf den Schutz der Gesundheit und die ärztliche Betreuung.“
- 3.) Der Arzt trägt in vollem Umfang die Verantwortung für seine Entscheidungen und Handlungen. Dafür ist er verpflichtet „sich systematisch beruflich fortzubilden, eingedenk der Tatsache, dass die Qualität der von ihm dem Kranken erbrachten Hilfe niemals höher sein kann als sein Wissen und Können. In seiner Tätigkeit soll der Arzt die neuesten ihm bekannten und durch das

Gesundheitsministerium der Russischen Föderation zugelassenen Verfahren der medizinischen Wissenschaft anwenden.

- 4.) Motive persönlichen materiellen Gewinnes sollen keinen Einfluss auf die vom Arzt getroffenen beruflichen Entscheidungen haben.
- 5.) Der Arzt soll keine Prämien von Arzneimittelfirmen oder Arzneimittelvertretern für die Verordnung der von ihnen angebotenen Arzneimittel annehmen.
- 6.) Der Arzt soll sich bei der Verordnung von Arzneimitteln streng nach dem medizinischen Nutzen und ausschließlich nach dem Interesse des Kranken richten.
- 7.) In friedlichen wie in Kriegszeiten soll der Arzt jedem Bedürftigen medizinische Hilfe leisten, unabhängig von Alter, Geschlecht, Rasse, Nationalität, Konfession, sozialer Situation, politischen Ansichten, Staatsangehörigkeit und anderen nicht medizinischen Faktoren, einschließlich der materiellen Situation.
- 8.) Der Arzt soll die von ihm übernommenen Verpflichtungen innerhalb der Einrichtung, in der er arbeitet, gewissenhaft erfüllen.
- 9.) Der Arzt soll als nachahmenswürdiges Vorbild handeln.
- 10.) Der Arzt ist verpflichtet, über die ihm zugänglichen Mittel (Zeitung, Zeitschriften, Rundfunk, Fernsehen, Gespräch, Prospekte) eine gesunde Lebensführung zu propagieren und vorbildlich zu sein in der Erfüllung sozialer und beruflicher ethischer Normen.
- 11.) Der Arzt kann jede andere Tätigkeit ausüben, sofern sie mit der beruflichen Unabhängigkeit vereinbar ist, nicht die Würde des Arztes beeinträchtigt und dem Patienten und seiner ärztlichen Tätigkeit keinen Schaden zufügt.
- 12.) Gemäß Artikel 41 der Verfassung der Russischen Föderation leistet der Arzt in staatlichen Gesundheitseinrichtungen kostenlose Hilfe.
- 13.) Das Recht auf Ausübung privater Tätigkeit des Arztes wird durch Gesetze geregelt.

- 14.) Die kostenlose Behandlung anderer Ärzte und ihrer nächsten Verwandten, sowie von Witwen und Waisen ist Pflicht des russischen Arztes und Element der beruflichen Moral.
- 15.) Die humanistischen Ideale, denen der Arzt dient, sind die Grundlage für die Inanspruchnahme des gesetzlichen Schutzes seiner Würde, ausreichender materieller Versorgung und der Schaffung von Bedingungen für die Verwirklichung seiner beruflichen Tätigkeit in friedlichen wie in Kriegszeiten.
- 16.) Die Teilnahme an organisierten Protesten (im Rahmen der Gesetze der Russischen Föderation) befreit den Arzt nicht von der Pflicht, Patienten in seinem Verantwortungsbereich Erste Hilfe zu leisten.
- 17.) Der Arzt ist gehalten, die ärztlichen Vereinigungen und Verbände durch aktive Beteiligung an deren Arbeit und Erfüllung ihrer Aufträge zu unterstützen.
- 18.) Für seine ärztliche Tätigkeit trägt der Arzt die moralische Verantwortung vor allem gegenüber dem Kranken und der medizinischen Gemeinschaft und – die Einhaltung der Gesetze der Russischen Föderation betreffend – dem Gericht. Doch soll sich der Arzt stets bewusst sein, dass den höchsten Richter über seinen ärztlichen Weg das eigene Gewissen darstellt.
- 19.) Die Kontrolle der Einhaltung der ärztlichen Ethik obliegt den Berufsverbänden und den von ihnen eingesetzten Kommissionen/ Komitees.
- 20.) Der Russische Ärzteverband (RMA) und seine Ethikkommission (EK) vertreten und schützen die Gesellschaft (den Staat) und vor Gericht die Ehre und Würde des Arztes, wenn dies kollegial beschlossen wird.

II. Arzt und Patient

- 1.) Der Arzt ist verantwortlich für die Qualität der dem Patienten erwiesenen medizinischen Hilfe. Bei seiner Arbeit ist er verpflichtet,

gemäß den Gesetzen der RF, aktuellen normativen Regelungen zur ärztlichen Tätigkeit (medizinischen Standards) zu handeln, aber im Rahmen dieser Vorschriften, entsprechend den Besonderheiten einer Erkrankung, die Maßnahmen zur Vorsorge, Diagnostik und Behandlung anzuwenden, die in jedem konkreten Fall am wirksamsten erscheinen, gemessen am Interesse des Patienten. Wenn es notwendig erscheint, ist der Arzt verpflichtet, Hilfe von Kollegen einzuholen.

- 2.) Der Arzt soll den Patienten keinen ungerechtfertigten Risiken aussetzen, noch weniger seine Kenntnisse nicht für inhumane Ziele einsetzen. Bei der Wahl einer Behandlungsmethode soll der Arzt in erster Linie dem Leitsatz „non nocere“ folgen.
- 3.) Mit Ausnahme von Notfällen, in denen er Maßnahmen treffen muss, um den Zustand des Patienten nicht zu verschlimmern, hat der Arzt das Recht, die Behandlung eines Patienten abzulehnen, wenn er überzeugt ist, dass zwischen ihm und dem Patienten nicht genügend gegenseitiges Vertrauen besteht, wenn er sich nicht kompetent genug fühlt oder nicht die zur Behandlung notwendigen Möglichkeiten besitzt. In diesen und ähnlichen Fällen soll der Arzt alle Maßnahmen zur Information über entsprechende Einrichtungen des Gesundheitswesens ergreifen und dem Patienten einen kompetenten Spezialisten empfehlen.
- 4.) Der Arzt soll das Recht des Patienten auf freie Arztwahl und Mitbestimmung bei der Entscheidung über vorbeugende und der Behandlung dienende Maßnahmen achten. Die freiwillige Zustimmung zur Behandlung erhält der Arzt in der Regel durch das persönliche Gespräch mit dem Kranken. Diese Zustimmung soll bewusst getroffen werden, der Kranke soll unbedingt über Behandlungsmethode, über die Konsequenzen ihrer Anwendung, besonders über die möglichen Komplikationen sowie andere alternative Behandlungsmethoden aufgeklärt werden. Die Durchführung von Diagnostik und Behandlungsmaßnahmen ohne Einwilligung des Patienten ist nur in solchen Fällen erlaubt, in denen eine Gefahr für Leben und Gesundheit des Patienten bei gleichzeitiger Unfähigkeit, die Situation adäquat

einzuschätzen, besteht In solchen Fällen ist eine kollegial getroffene Entscheidung wünschenswert. Bei der Behandlung von Personen, die unter einer psychischen Erkrankung leiden, soll der Arzt sich an das Gesetz der RF „Über die psychiatrische Hilfe und Wahrung der Rechte des Bürgers bei Ihrer Anwendung“ halten. Bei der Behandlung von Kindern ist der Arzt verpflichtet, den Eltern oder dem Vormund alle Informationen zur Verfügung zu stellen und ihre Einwilligung für die Anwendung einer Behandlungsmethode oder von Arzneimitteln einzuholen.

- 5.) Der Arzt soll die Ehre und Würde des Patienten achten, ihm wohlwollend begegnen, sein Recht auf Datenschutz wahren, sich verständnisvoll um Verwandte und Nahestehende des Kranken kümmern, ohne sich jedoch ohne ausreichende berufliche Gründe in persönliche Angelegenheiten des Patienten oder seiner Angehörigen einzumischen.
- 6.) Wenn der Patient nicht in der Lage ist, seine Zustimmung zu geben, soll ihm ein gesetzlicher Vertreter oder ständiger Vormund bestellt werden.
- 7.) Der Patient hat das Recht auf erschöpfende Informationen über den Zustand der eigenen Gesundheit, kann aber darauf verzichten oder eine Person benennen, die über seinen Gesundheitszustand zu informieren ist. Informationen können [*dem Patienten*] in solchen Fällen vorenthalten werden, in denen Grund zur Annahme besteht, dass sie ihm ernsthaften Schaden zufügen könnten. Auf die deutliche Forderung des Patienten hin ist der Arzt verpflichtet, ihm alle Informationen zur Verfügung zu stellen. Im Falle einer ungünstigen Prognose für den Kranken ist die Aufklärung äußerst einfühlsam und vorsichtig vorzunehmen unter Aufrechterhaltung der Hoffnung auf eine Verlängerung des Lebens oder auf einen möglichen günstigen Ausgang.
- 8.) Wenn der Patient es wünscht, soll der Arzt nicht die Ausübung des Rechtes auf Konsultation eines anderen Arztes behindern

- 9.) Eigenwerbung beim Umgang des Arztes mit dem Patienten ist nicht erlaubt.
- 10.) Bei Unterlaufen eines Fehlers oder bei der Entwicklung unvorhergesehener Komplikationen im Laufe der Behandlung ist der Arzt verpflichtet, darüber den Kranken und, wenn nötig, die zuständige Behörde des Gesundheitswesens und den Vorgesetzten zu informieren und sofort Maßnahmen zur Abwendung schädlicher Folgen zu ergreifen, ohne deren Auftreten abzuwarten.
- 11.) Bei der Auswahl von Patienten für die Durchführung komplizierter vorbeugender, diagnostischer und insbesondere der Behandlung dienender Maßnahmen (z.B. Organtransplantation u.a.), sollen Ärzte, die zur Erstellung einer Rangfolge bei der Behandlung genötigt sind, nach streng medizinischen Gesichtspunkten selbständig, besser aber noch kollegial unter Beteiligung von Mitgliedern des Ethikkomitees (der Ethikkommission) Entscheidungen treffen.
- 12.) Die ärztliche Tätigkeit kann der Arzt nur unter seinem eigenen Namen ohne Pseudonym und ohne Angabe ihm nicht zugehöriger Titel, Grade oder Bezeichnungen ausüben.

III. Ärztliche Kollegialität

- 1.) Der Arzt ist sein ganzes Leben lang verpflichtet, Achtung und Dankbarkeit demjenigen gegenüber zu wahren, der ihn die ärztliche Kunst gelehrt hat.
- 2.) Der Arzt ist verpflichtet, die Ehre und die edle Tradition der medizinischen Gemeinschaft zu wahren. Ärzte sollen sich untereinander mit Achtung und Wohlwollen begegnen.
- 3.) Der Arzt ist nicht berechtigt, öffentlich die berufliche Qualifikation eines anderen Arztes in Zweifel zu ziehen oder ihn auf irgendeine andere Art zu diskreditieren. Berufliche Bemerkungen an die Adresse eines Kollegen sollen bewiesen und in nicht beleidigender Form, am besten im persönlichen Gespräch gemacht werden, bevor die

medizinische Gemeinschaft darüber informiert oder die Frage zur Erörterung vor die Ethikkommission getragen wird. Die medizinische Gemeinschaft ist verpflichtet, dem Arzt bei der Wiederherstellung seiner beruflichen Reputation zu helfen.

- 4.) In komplizierten klinischen Fällen sollen erfahrene Ärzte weniger erfahrenen Kollegen Rat und Hilfe in korrekter Form bieten. Die volle Verantwortung für den Behandlungsverlauf trägt jedoch allein der behandelnde Arzt, der das Recht hat, Empfehlungen von Kollegen anzunehmen oder auszuschlagen, wenn er dabei ausschließlich im Interesse des Patienten handelt.
- 5.) Leitende Ärzte von Lehr- und Heileinrichtungen sind verpflichtet, für die Erweiterung der beruflichen Qualifikation der ihnen unterstellten Ärzte zu sorgen.
- 6.) Ärzte sind verpflichtet, anderem medizinischen und Hilfspersonal ihrer Einrichtung mit Achtung zu begegnen und beständig für die Erweiterung dessen Qualifikation Sorge zu tragen.

IV. Die ärztliche Schweigepflicht

- 1.) Jeder Patient hat das Recht auf Wahrung von persönlichen Geheimnissen und sowohl der Arzt wie auch andere an der Behandlung beteiligte Personen sind verpflichtet, auch nach dem Tod, das ärztliche Geheimnis zu wahren, darunter die bloße Tatsache der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe, wenn der Patient es nicht anders verfügt hat.
- 2.) Die Schweigepflicht erstreckt sich auf alle Fakten, die sich im Verlauf der Untersuchung und Behandlung des Kranken (Diagnose, Behandlungsmethoden, Prognose u.a.) ergeben.
- 3.) Medizinische Informationen können weitergegeben werden:
 - bei ausdrücklichem, schriftlich erklärtem Einverständnis des Patienten selber;

- bei begründeter Anforderung durch die Ermittlungsbehörden, bei Ermittlungen durch die Staatsanwaltschaft oder das Gericht;
 - wenn die Wahrung der Schweigepflicht eine Gefahr für Gesundheit oder Leben des Patienten und (oder) anderer Personen darstellt (gefährliche Infektionskrankheiten);
 - bei Hinzuziehung anderer Ärzte zur Behandlung, deren Information beruflich unabdinglich ist.
- 4.) Der Arzt soll dafür Sorge tragen, dass andere Personen, die an der Behandlung beteiligt sind, ebenfalls die Schweigepflicht einhalten.
 - 5.) Personen, die von ihrem Recht auf Zugang zu medizinischen Daten Gebrauch machen, sind verpflichtet, über alle erfahrenen Fakten des Patienten Stillschweigen zu bewahren.
 - 6.) Im Verlauf von Forschung, Studentenunterricht und ärztlicher Fortbildung soll die Schweigepflicht gewahrt werden. Die Vorstellung eines Patienten ist nur mit seinem Einverständnis möglich.

V. Wissenschaftliche Forschung und biomedizinische Versuche

- 1.) Vor Beginn biomedizinischer Forschung, darunter auch die Anwendung von Arzneimitteln, biologisch aktiven Zusätzen und Behandlungsmethoden soll der Arzt für deren Durchführung das Einverständnis der Ethikkommission (oder des Wissenschaftsrates) der Einrichtung mit der Genehmigung des Versuchsplanes (- Protokolls) der vorgesehenen Forschung, in dem kurz alle Ziele und ethischen Aspekte, Ablauf des Experimentes und mögliche Komplikationen festgesetzt werden sollen, einholen.
- 2.) Der Proband soll nach Aufklärung über Ziele, Methoden, möglichen Nutzen und mögliche Risiken sein eindeutig ausgedrücktes,

schriftliches Einverständnis zur Teilnahme am Versuch geben, die er auf eigenen Wunsch jederzeit ungehindert aufkündigen kann.

- 3.) Bei Patienten, die nicht in der Lage sind, ihr Einverständnis zur Teilnahme an Versuchen zu geben, soll das Einverständnis in schriftlicher Form von den Eltern oder einem anderen gesetzlichen Vertreter - der juristisch verantwortlichen Person - eingeholt werden. Derartige Forschungen können nur im Interesse der Lebenserhaltung, Wiederherstellung oder Erhaltung der Gesundheit des Untersuchten durchgeführt werden, ohne ihm Schaden zuzufügen bzw. die Gesundheit oder den Verlauf der Krankheit zu verschlechtern.
- 4.) Biomedizinische Forschung am Menschen kann in folgenden Fällen von Ärzten durchgeführt werden:
 - wenn sie die Gesundheit des am Experiment teilnehmenden Patienten fördert
 - wenn sie einen tatsächlichen Beitrag zur medizinischen Wissenschaft und Praxis bietet
 - wenn die Ergebnisse vorausgehender Forschung und Daten aus der wissenschaftlichen Literatur nicht für ein Risiko der Ausweitung der Komplikationen sprechen.
- 5.) Biomedizinische Versuche am Menschen sollten von auf dem wissenschaftlichen Gebiet qualifizierten ärztlichen Forschern unter Aufsicht eines kompetenten Spezialisten durchgeführt werden. Die Forscher sind verpflichtet, den Versuch abubrechen, wenn Symptome auftreten, die für das Leben oder die Gesundheit des Patienten gefährlich sind. Versuche an Schwangeren, deren Leibesfrucht und an Neugeborenen sind verboten.
- 6.) Die Versuchsleiter sind verpflichtet, ihre Verantwortung für Zwischenfälle zu versichern, die der Gesundheit des Probanden bleibenden Schaden zufügen.
- 7.) Bei Experimenten mit Tieren soll der ärztliche Forscher den Prinzipien der Menschlichkeit folgen und ihnen möglichst Leiden

ersparen sowie bestrebt sein, die Anzahl der Versuchstiere auf ein Mindestmaß zu reduzieren.

- 8.) Der Arzt soll nach der Sicherung des Urheberrechtes seine Kollegen über die Ergebnisse der eigenen Forschung durch ihm zugängliche Mittel der Fachinformation unterrichten.
- 9.) Ärzte, insbesondere Leiter von Forschungsgemeinschaften, sollen in wissenschaftlichen Publikationen streng die Autorenrechte wahren. Die Zurechnung zum Autorenkollektiv ohne hinreichende Grundlage wie auch das Verschweigen von Personen, die aktiv an der Forschung beteiligt waren, widerspricht den Prinzipien der Berufsethik.

VI. Erweisung von Hilfe gegenüber Kranken in moribundem Zustand

- 1.) Der Arzt soll sich nach Kräften bemühen, einem Kranken in extremen Umständen die notwendige ärztliche Versorgung zu leisten.
- 2.) Der Arzt soll sich nicht der Sterbehilfe bedienen und auch nicht andere Personen zu ihrer Durchführung verleiten, sondern ist verpflichtet, das Leiden von Kranken im finalen Zustand durch alle ihm bekannten und zugänglichen, erlaubten Mittel zu lindern.
- 3.) Die Entscheidung, eine Reanimation zu beenden, vor allem in Fällen, in denen keine elektroenzephalographische Bestätigung des kompletten Erlöschens der Hirnfunktionen vorliegt, soll nach Möglichkeit kollegial gefällt werden.
- 4.) Der Arzt soll dem Patienten helfen in der Ausübung seines Rechts, geistliche Unterstützung durch einen Vertreter einer beliebigen religiösen Konfession in Anspruch zu nehmen.

VII. Transplantation, Reproduktion, menschliches Genom

Die Handlungen des Arztes, seine moralisch-ethische Haltung zur Transplantation menschlicher Organe und Gewebe, zur Manipulation des menschlichen Genoms und der Reproduktionsfunktion definieren sich

durch die ethisch-rechtlichen und gesetzlich-normativen Erlasse der Russischen Föderation, des Weltärzteverbandes und der Weltgesundheitsorganisation. Der Arzt soll sich nicht zum persönlichen finanziellen Gewinn auf diesen Gebieten der Wissenschaft betätigen.

VIII. Information und Werbung

- 1.) Der Arzt soll nicht mitwirken an der Werbung für Mittel und Methoden zur Vorbeugung, Diagnostik, Behandlung und insbesondere für Arzneimittel, die nicht durch föderale Organe des Gesundheitswesens zur Anwendung zugelassen sind, desgleichen nicht für Narkosemittel, Alkoholika, Tabakwaren.
- 2.) Publikationen medizinischer Art, Auftritte von Ärzten in wissenschaftlichen Foren, Aufklärungsarbeit in Presse, Radio und Fernsehen sollen in ethischer Hinsicht tadellos, auf objektive wissenschaftlich-praktische Informationen beschränkt sein und keine Elemente gewissenloser Konkurrenz, Werbung oder Eigenwerbung enthalten.
- 3.) Der Arzt ist verpflichtet, das Staatliche Pharmakologische Komitee des Gesundheitsministeriums der RF oder das Föderale Zentrum zur Erforschung von Medikamentennebenwirkungen des Gesundheitsministeriums der RF über von ihm beobachtete, gänzlich unbekannte unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln zu unterrichten.
- 4.) Auf Informationsveranstaltungen, die unter Beteiligung von Arzneimittel- und Medizintechnikfirmen organisiert sind, soll sich der Arzt in erster Linie informativen Zielen widmen und selber bei Kranken keine Werbung für den Kauf entsprechender Mittel machen bis zu ihrer staatlichen Zulassung.
- 5.) Im Interesse der Erhaltung von Leben und Gesundheit der Bürger Russlands soll der Arzt zur Vorbeugung und Behandlung keine Methoden und Mittel okkult-mystischer Art anwenden oder propagieren.

IX. Ärztliche Bescheinigungen

Ärztliche Bescheinigungen können nur in Übereinstimmung mit den geltenden rechtlichen, normativ-systematischen und instruktiven Dokumenten ausgegeben werden.

Der vorliegende Kodex gilt auf dem gesamten Gebiet der Russischen Föderation und ist bindend für alle Ärzte, die dem Russischen Medizinischen Verband beitreten, für seine regionalen Abteilungen (Filialen) sowie für die Berufsverbände, die offiziell den Ethischen Kodex des Arztes anerkannt haben. Der Arzt, der keinem Berufsverband beitrifft, kann persönlich den Ethischen Kodex des Arztes annehmen und sich in seiner beruflichen Tätigkeit von ihm leiten lassen.

Deklaration von Helsinki von 1964

(Übersetzung: Bundesärztekammer Auslandsdienst)

Beschlossen auf der 18. Generalversammlung in Helsinki, Juni 1964, revidiert von der 29. Generalversammlung in Tokio, Oktober 1975, von der 35. Generalversammlung in Venedig, Oktober 1983, von der 41. Generalversammlung in Hongkong, September 1989 und von der 48. Generalversammlung in Somerset West, Oktober 1996.

I. Allgemeine Grundsätze

- 1.) Biomedizinische Forschung am Menschen muss den allgemein anerkannten wissenschaftlichen Grundsätzen entsprechen; sie sollte auf

ausreichenden Laboratoriums- und Tierversuchen sowie einer umfassenden Kenntnis der wissenschaftlichen Literatur aufbauen.

- 2.) Die Planung und Durchführung eines jeden Versuches am Menschen sollte eindeutig in einem Versuchsprotokoll niedergelegt werden, welches einem besonders berufenen, vom Forschungsteam und Sponsor unabhängigen Ausschuss zur Beratung, Stellungnahme und Orientierung vorgelegt werden sollte. Dabei wird davon ausgegangen, dass dieser Ausschuss gemäß den Gesetzen oder Bestimmungen des Landes, in welchem der Versuch durchgeführt werden soll, anerkannt ist.
- 3.) Biomedizinische Forschung am Menschen sollte nur von wissenschaftlich qualifizierten Personen und unter Aufsicht eines klinisch erfahrenen Arztes durchgeführt werden. Die Verantwortung für die Versuchsperson trägt stets ein Arzt und nie die Versuchsperson selbst, auch dann nicht, wenn sie ihr Einverständnis gegeben hat.
- 4.) Biomedizinische Forschung am Menschen ist nur zulässig, wenn die Bedeutung des Versuchsziels in einem angemessenen Verhältnis zum Risiko für die Versuchsperson steht.
- 5.) Jedem biomedizinischen Forschungsvorhaben am Menschen sollte eine sorgfältige Abschätzung der voraussehbaren Risiken im Vergleich zu dem voraussichtlichen Nutzen für die Versuchsperson oder andere vorausgehen. Die Sorge um die Belange der Versuchsperson muss stets ausschlaggebend sein im Vergleich zu den Interessen der Wissenschaft und der Gesellschaft.
- 6.) Das Recht der Versuchsperson auf Wahrung ihrer Unversehrtheit muss stets geachtet werden. Es sollte alles getan werden, um die Privatsphäre der Versuchsperson zu wahren; die Wirkung auf die körperliche und geistige Unversehrtheit sowie die Persönlichkeit der Versuchsperson sollte so gering wie möglich gehalten werden.
- 7.) Der Arzt sollte es unterlassen, bei Versuchen am Menschen tätig zu werden, wenn er nicht überzeugt ist, dass das mit dem Versuch verbundene Wagnis für vorhersagbar gehalten wird. Der Arzt sollte den

Versuch abbrechen, sobald sich herausstellt, dass das Wagnis den möglichen Nutzen übersteigt.

- 8.) Der Arzt ist bei der Veröffentlichung der Versuchsergebnisse verpflichtet, die Befunde genau wiederzugeben. Berichte über Versuche, die nicht in Übereinstimmung mit den in dieser Deklaration niedergelegten Grundsätzen durchgeführt wurden, sollten nicht zur Veröffentlichung angenommen werden.
- 9.) Bei jedem Versuch am Menschen muss jede Versuchsperson ausreichend über Absicht, Durchführung, erwarteten Nutzen und Risiken des Versuches sowie über möglicherweise damit verbundene Störungen des Wohlbefindens unterrichtet werden. Die Versuchsperson sollte darauf hingewiesen werden, dass es ihr freisteht, die Teilnahme am Versuch zu verweigern und dass sie jederzeit eine einmal gegebene Zustimmung widerrufen kann. Nach dieser Aufklärung sollte der Arzt die freiwillige Zustimmung der Versuchsperson einholen; die Erklärung sollte vorzugsweise schriftlich abgegeben werden.
- 10.) Ist die Versuchsperson vom Arzt abhängig oder erfolgte die Zustimmung zu einem Versuch möglicherweise unter Druck, so soll der Arzt beim Einholen der Einwilligung nach Aufklärung besondere Vorsicht walten lassen. In einem solchen Fall sollte die Einwilligung durch einen Arzt eingeholt werden, der mit dem Versuch nicht befasst ist und der außerhalb eines etwaigen Abhängigkeitsverhältnisses steht.
- 11.) Ist die Versuchsperson nicht voll geschäftsfähig, sollte die Einwilligung nach Aufklärung vom gesetzlichen Vertreter entsprechend dem nationalen Recht eingeholt werden. Die Einwilligung des mit der Verantwortung betrauten Verwandten (darunter ist nach deutschem Recht der „Personensorgeberechtigte“ zu verstehen) ersetzt die der Versuchsperson, wenn diese infolge körperlicher oder geistiger Behinderung nicht wirksam zustimmen kann oder minderjährig ist. Wenn das minderjährige Kind fähig ist, seine Zustimmung zu erteilen, so muss neben der Zustimmung des Personensorgeberechtigten auch die Zustimmung des Minderjährigen eingeholt werden.

- 12.) Das Versuchsprotokoll sollte stets die ethischen Überlegungen im Zusammenhang mit der Durchführung des Versuchs darlegen und aufzeigen, dass die Grundsätze dieser Deklaration eingehalten werden.

II. Medizinische Forschung in Verbindung mit ärztlicher Versorgung (Klinische Versuche)

- 1.) Bei der Behandlung eines Kranken muss der Arzt die Freiheit haben neue diagnostische und therapeutische Maßnahmen anzuwenden, wenn sie nach seinem Urteil die Hoffnung bieten, das Leben des Patienten zu retten, seine Gesundheit wiederherzustellen oder seine Leiden zu lindern.
- 2.) Die mit der Anwendung eines neuen Verfahrens verbundenen möglichen Vorteile, Risiken und Störungen des Befindens sollten gegen die Vorzüge der bisher bestehenden diagnostischen und therapeutischen Methoden abgewogen werden.
- 3.) Bei jedem medizinischen Versuch sollten alle Patienten — einschließlich die einer eventuell vorhandenen Kontrollgruppe - die beste erprobte diagnostische und therapeutische Behandlung erhalten. Dies schließt nicht die Verwendung von reinen Placebos bei Versuchen aus, für die es kein erprobtes diagnostisches oder therapeutisches Verfahren gibt.
- 4.) Die Weigerung eines Patienten, an einem Versuch teilzunehmen, darf niemals die Beziehung zwischen Arzt und Patient beeinträchtigen.
- 5.) Wenn der Arzt es für unentbehrlich hält, auf die Einwilligung nach Aufklärung zu verzichten, sollten die besonderen Gründe für dieses Vorgehen in dem für den unabhängigen Ausschuss bestimmten Versuchsprotokoll niedergelegt werden.
- 6.) Der Arzt kann medizinische Forschung mit dem Ziel der Gewinnung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse mit der ärztlichen Betreuung nur soweit verbinden, als diese medizinische Forschung durch ihren möglichen diagnostischen oder therapeutischen Wert für den Patienten gerechtfertigt ist.

III. Nicht-therapeutische biomedizinische Forschung am Menschen

- 1.) In der rein wissenschaftlichen Anwendung der medizinischen Forschung am Menschen ist es die Pflicht des Arztes, das Leben und die Gesundheit der Person zu schützen, an der biomedizinische Forschung durchgeführt wird.
- 2.) Die Versuchspersonen sollten Freiwillige sein, entweder gesunde Personen oder Patienten, für die die Versuchsabsicht nicht mit ihrer Krankheit in Zusammenhang steht.
- 3.) Der ärztliche Forscher oder das Forschungsteam sollten den Versuch abbrechen, wenn dieser nach seinem oder ihrem Urteil im Falle der Fortführung dem Menschen schaden könnte.
- 4.) Bei Versuchen am Menschen sollte das Interesse der Wissenschaft und der Gesellschaft niemals Vorrang vor den Erwägungen haben, die das Wohlbefinden der Versuchsperson betreffen.

Transliterationstabelle

Gemäß den deutschen „Regeln für die alphabetische Katalogisierung“, Bd.1

Kyrillischer Buchstabe	Transliteration
А а	A a
Б б	B b
В в	V v
Г г	G g
Д д	D d
Е е	E e
Ё ё	Ë ë
Ж ж	Ž ž
З з	Z z
И и	I i
Й й	J j
К к	K k
Л л	L l
М м	M m
Н н	N n
О о	O o
П п	P p

Kyrillischer Buchstabe	Transliteration
Р р	R r
С с	S s
Т т	T t
У у	U u
Ф ф	F f
Х х	Ch ch
Ц ц	C c
Ч ч	Č č
Ш ш	Š š
Щ щ	Šč šč
Ы ы	Y y
Э э	E e
Ю ю	Ju ju
Я я	Ja ja
Ь ь	'
	(entfällt am Wortende)

Literaturverzeichnis

Beauchamp, T. L., Childress J. F.: Principles of biomedical ethics, Oxford Univ. Press, New York-Oxford, 1994.

Belorusov, O. S., Bočkov, N. P., Bunjatjan, A. A.: Deontologija v Meditsine (Deontologie in der Medizin), Geotar, Moskau, 1988.

Bogatko, O.: Deontologija – Teorija, Poprannaja Praktikoj? (Deontologie: Theorie, die verbesserte Praxis?), in: Siberian Health Today 5 (1996).

Borisov, V. I.: Polny Sbornik Kodeksov Rossijskoj Federatsii (Vollständiger Sammelband der Gesetze der Russischen Föderation), Informekspo, Moskau, 2000.

Burzev, E. M.: Meditsinskaja Etika i Deontologija: Traditsii i Realii (Medizinische Ethik und Deontologie: Traditionen und Realitäten), in: Vestnik Ivanovskoj Medakademii 4(1998) (3), S. 8-11.

Čissov, V., Dar'jalova, S.:Vračebnaja Tajna v Onkologii (Das ärztliche Geheimnis in der Onkologie), in: Vrač 4 (2000), S. 43-46.

Dumschat, S.: Deutsche Mediziner im russischen Staatsdienst vom ausgehenden 15. bis zum Ende des 17. Jahrhunderts, in: Engelhardt, D. v. (Hg.), Deutsch-russische Beziehungen in Medizin und Naturwissenschaften, Shaker Verlag, Aachen, 2000.

Durnov, L. A.: Eščë Raz ob Evtanasii (Noch einmal über Sterbehilfe), in: Vrač 5 (1999), S. 42 (a).

Durnov, L. A.: Pravda o Diagnose (Die Wahrheit über die Diagnose), in: Vrač 7 (1999), S. 42-43 (b).

Elštein, N. V.: Vzaimootnošenie Vrača i Patsienta v Menjajuščemsja Vremeni (Das Verhältnis des Arztes zum Patienten in Zeiten der Veränderung), in: Russkii Meditsinskii Žurnal 6 (1996) (3).

Engelhardt, D. v.: Aufklärung und Einwilligung zwischen Recht und Ethik, in: Ethik, Ökonomie und Augenheilkunde, Eupen 1996 (a).

Engelhardt, D. v.: Wahrheit am Krankenbett im geschichtlichen Überblick, in: Schweizerische Rundschau für Medizin (PRAXIS) 85 (1996) No.14 (b).

Faden, R.R., Beauchamp, T.L. (Hg.): A history and theory of informed consent, New York, 1986.

- Indejkin, E.N.: Etičeskie Problemy Evtanasii (Ethische Probleme der Sterbehilfe), in: Glavny Vrač 6 (1998), S. 22-27.
- Ivanjuškin, A. Ja.: Vračebnaja Etika v Rossii (Ärztliche Ethik in Russland), in: Judin, B. G. (Hg.), Bioetika: Printsipy, Pravila, Problemy (Bioethik: Prinzipien, Regeln, Probleme) Editorial URSS, Moskau, 1998.
- Ivanjuškin, A. Ja.: Moralno-Etičeskie pProblemy Aborta i Kontratseptsii (Moralisch-ethische Probleme der Abtreibung und Empfängnisverhütung), in: Profilaktika Zabolevanija i Ukreplenie Zdorovija 3 (1999), S. 39-42.
- Ivanjuškin, A. Ja.: Professional´naja etika v meditsinje (Professionelle Ethik in der Medizin), Moskau, 1990.
- Ivanjuškin, A. Ja., Judin, B. G., Tiščenko, P. D.: Vvedenie v Bioetiku (Einführung in die Bioethik), Progress-Traditsija, Moskau, 1998
- Jarovinskij, M. Ja. (Hg.): Meditsinskaja Etika (Bioetika) (Medizinische Ethik [Bioethik]), 2 Bde., Meditsina, Moskau, 2000.
- Judin, B. G.: Printsipy Bioetiki (Prinzipien der Bioethik), in: Judin, B. G. (Hg.), Bioetika: Printsipy, Pravila, Problemy (Bioethik: Prinzipien, Regeln, Probleme), Editorial URSS, Moskau, 1998.
- Korff, W.: Lexikon der Bioethik, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, 1998.
- Petrov, A. B.: Kommentar zum „Ethischen Kodex des russischen Arztes“, Doktor Lending 1-2(1995), S. 10-11.
- Petrov, N. N.: Voprosy Chirurģičeskoj Deontologii (Fragen der chirurgischen Deontologie), Leningrad, 1956.
- Platon: Gesetze, 4. Buch von G. Eigler (Hg.), Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt, 1977.
- Ratner, G. L.: Imeet li Vrač Pravo na Evtanasiju dlja Bol´novo? (Hat der Arzt das Recht auf Sterbehilfe für den Patienten?), in: Palliativnaja Meditsina i Reabilitatsija 3 (1997), S. 24-26.
- Reich, W.T. (Hrsg.): Encyclopedia of Bioethics, 5 Bde., New York, ²1996.
- Salvinelli, R.: Consenso, in: Leone, S., Privitera, S., Dizionario di bioetica, ISB / CED, Bologna, 1994.
- Sarapul´tsev, P.A.: Kommentar zum „Ethischen Kodex des russischen Arztes“, Doktor Lending 1-2 (1995), S. 8-9.

Semaško N.A.: O Vračebnoj Tajne (Über das ärztliche Geheimnis), in: Bjuulletin NKZ 11 (1925), S. 12.

Teleševskaja, M. E., Pogibko, N. I.: Voprosy Vračebnoj Deontologii (Fragen ärztlicher Deontologie), Moskau, 1978.

Tiščenko, P. D., Judin, B. G.: Toward a bioethics in post-communist Russia, in: Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 4 (1992) S. 295-303.

Tiščenko, P. D.: Etičeskie Pravila Vzaimootnošenii Meditsinskich Rabotnikov i Patsientov (Ethische Regeln im Verhältnis zwischen medizinischem Personal und Patienten), in: Judin, B. G. (Hg.), Bioetika: Printsipy, Pravila, Problemy (Bioethik: Prinzipien, Regeln, Probleme), Editorial URSS, Moskau, 1998.

Tumann, M.: Die Macht sei mit Dir, in: Die Zeit, 45 (2000)

Veresaev, V. V.: Zapiski Vrača (dt. Ü.: Bekenntnisse eines Arztes), Tipografija Kolpinskago, St. Petersburg, 1901.

Vermel, Izrail Garnšeevič: Kommentar zum „Ethischen Kodex des russischen Arztes“, Doktor Lending 1-2 (1995), S. 9-10.

Vlasov, V. V.: Etičeskie Problemy Sovjetskoj Meditsiny na Stranitsach Zarubežnoj Meditsinskoj Pečati (Ethische Probleme der Sowjetischen Medizin im Spiegel der ausländischen medizinischen Presse, in: Bioetika: Printsipy, Pravila, Problemy (Bioethik: Prinzipien, Regeln, Probleme) von Judin, B. G. (Hg.), Editorial URSS, Moskau, 1998.

Vlasov, V. V.: „O Privljekatel'nosti Smerti i Evtanasii“ (Über die Verlockung von Tod und Sterbehilfe), in: Vrač 2 (1999), S. 44-45.

Vlasov, V. V.: „O Privljekatel'nosti Smerti i Evtanasii (Fortsetzung)“, in: Vrač 3 (1999), S. 41-43.

Vlasov, V. V.: Meditsina v Uslovijach Defitsita Resursov (Medizin unter Bedingungen des Ressourcenmangels), Triumph, Moskau, 2000.

Winau, R.: Medizin und Menschenversuch, in: Wiesemann, C., Frewer, A. (Hg.), Medizin und Ethik im Zeichen von Auschwitz, Verlag Palm und Enke, Erlangen/Jena, 1996, S. 13-29.

Zieger, K.: Der St. Petersburger Verein deutscher Ärzte und seine philanthropischen Bemühungen, in: Engelhardt, D. v. (Hg.), Deutsch-russische Beziehungen in Medizin und Naturwissenschaften, Shaker Verlag, Aachen, 2000.

Weiterführende Literatur

Aristoteles: Politik, 3. Buch, von O. Gigon (Ü. und Hg.), DTV, München, 1986.

Barr, D. A.: The ethics of Soviet medical practice: behaviours and attitudes of physicians in Soviet Estonia, in: Journal of Medical Ethics 22 (1996), S. 33-40.

Blühdorn, J., Ritter, J.: Recht und Ethik, Verlag Vittorio Klostermann, Frankfurt/M, 1970.

Bolotina, A.: Meditsinskij Slovar (Medizinisches Wörterbuch), Russo, Moskau, 1996.

Carrick, P.: Medical ethics in antiquity, D. Reidel Publishing Co., Oxford, 1985.

Chabib, O.: Nasledie Njurnberga: Meditsinskaja Etika i Prava Čeloveka (Das Erbe von Nürnberg: Medizinische Ethik und Menschenrechte), in: Russkij Meditsinskij Žurnal 12 (1997) (5), S. 31.

Engelhardt, D. v.: Mit der Krankheit leben, VfM, Heidelberg, 1986.

Engelhardt, H. T. jr.: The foundations of bioethics, Oxford University Press, Oxford 1996

Frolov, I., Judin, B.: Etika Nauka – Problemy i Diskussii (Ethik der Wissenschaft – Probleme und Diskussionen), Moskau 1989.

Hippokrates: Über Aufgaben und Pflichten des Arztes in einer Anzahl auserlesener Stellen aus dem Corpus Hippocraticum, Bonn, 1913.

Indejkin, E. N., Kričagi, V. I., Myl'nikova, I. S.: Bol'nitsy, Proizvoditeli, Farmatsevy (Krankenhäuser, Hersteller, Pharmazeuten), Moskau, 1992.

Indejkin, E. N., Kričagi, V. I., Myl'nikova, I. S.: Razvitie Sistem Strachovanija (Die Entwicklung des Versicherungssystems), Moskau, 1992.

Judin, B. G.: Čelovek v Meditsinskom Eksperimente (Der Mensch im medizinischen Experiment), in: Voprosy Istorii, Estestvosnaniija i Techniki 4 (2001).

Lopuchin, Ju. M.: Bioetika v Rossii (Bioethik in Russland), in: Vestnik Rossijskoj Akademii Nauk 9 (2001) (71), S.771-774.

MacIntyre, A.: Geschichte der Ethik im Überblick, Hain, Frankfurt/M, 1970.

Ogurzov, A. P.: Bioetika – Problemy i Perspektivy (Bioethik – Probleme und Perspektiven), in: Voprosy Filosofii 3 (1994)

Prochorov, A. M. (Hg.): Bolšoj Entsiklopedičeskij Slovar (Großes Enzyklopädisches Wörterbuch), Norint, Moskau, 1997.

Safonova, E.: Reforma Dolžna Byt' vo Blago (Die Reform soll zum Guten sein), Interview in: Meditsinskij Vestnik 21 (2001) S. 3.

Ševčenko, J. L.: Pravovye Osnovy Zdravoochranenija v Rossii (Rechtliche Grundlagen des Gesundheitssystems in Russland), Geotar-Med, Moskau, 2001.

Siegel, B. S.: Prognose Hoffnung, Econ Verlagsgesellschaft, Düsseldorf, 1988.

Steiner, R.: Geisteswissenschaft und Medizin, Verlag der Rudolf Steiner-Nachlassverwaltung, Dornach, 1961.

Zielinski, H. R. (Hg.): Prüfsteine medizinischer Ethik V, AMEG, Grevenbroich 1984.

Internet-Quellen

Bioethics-Line: <http://igm.nlm.nih.gov/>

Books.ru : <http://www.books.ru>

Consilium medicum: <http://www.consilium-medicum.com>

Gesundheitsministerium: <http://www.minzdrav-rf.ru/>

Glavny Vrač: <http://podlog.tripod.com/>

Health on the net: <http://www.mig.rssi.ru/>

Itogi: <http://www.itogi.ru>

Justizministerium: <http://www.scli.ru/>

Kodeks-Server: <http://www.laws.ru>

Med-Links: <http://www.medlinks.ru>

Medicsina iPravo: <http://www.med-pravo.ru/>

Onkoportal: <http://www.mtu-net.ru/ikzm/>

Rambler: <http://www.rambler.ru>

Russkij Meditsinskij Server: <http://www.rusmedserv.com>

Russkij Meditsinskij Žurnal: <http://www.rmj.net>

Slawisch-Tools: <http://www.odinet.de/slovo/slovo.htm>

Society for Education and Help: <http://agaton.sgu.ru/>

Vestnik Vrača obščej praktiki: <http://uada.boom.ru/>

Vmeste protiv Raka: <http://oncos.mnw.ru/index.html>

Vrač: <http://www.interhospital.com/doctor/doctor.shtml>

Yandex: <http://www.yandex.ru>

Danksagungen

Ich bin Herrn Professor Dr. D. von Engelhardt zu tiefstem Dank verpflichtet für seine inspirierende Zusammenarbeit, ohne die die vorliegende Arbeit nicht möglich gewesen wäre. Sein stets offenes Ohr für die Anliegen der Forschung gestalteten die Arbeit unter seiner Führung zu einem in jeder Hinsicht lehrreichen Abschnitt meines beruflichen und persönlichen Lebens.

Weiterhin danke ich den sehr engagierten Mitarbeiterinnen des Instituts für Medizin- und Wissenschaftsgeschichte der Universität Lübeck, namentlich Frau Regine Bartsch, Frau Kathrin Hoffmann und Frau Evelyn Österreich.

In ganz besonderem Umfang möchte ich an dieser Stelle meinem langjährigen Moskauer Freund Evgenij Vasilevič Krasnov danken, der mir in zweifelhaften Fällen mit Rat, bei der Recherche mit Tatkraft und dazwischen immer mit guten Ideen zur Zerstreung weiterhalf. Einige bedeutende Einblicke in den russischen Klinikalltag wären ohne ihn nicht möglich gewesen.

In Moskau danke ich des weiteren Dr. Igor V. Kuz´min und Professor Vladimir V. Vlasov, die mir einige Anregungen, Kuchen und tatkräftige Unterstützung bei der Recherche zukommen ließen.

Außerordentlich dankbar bin ich auch meiner Verlobten Angela Weber, die mich mit ihrem unermüdlichen Engagement zur Weiterarbeit anregte und mir mit ihrem Eifer und Wissensdurst ein leuchtendes Vorbild war und ist.

Lebenslauf

Geburtsdatum: 19.09.1972

Geburtsort: Wuppertal

Eltern:

Jürgen Werner Siebel,
Stadtamtmann

Sigrid Siebel, geb. Müller,
Rentnerin

- | | |
|-------------------|---|
| 08/1983 - 06/1992 | Besuch des Carl-Fuhlrott-Gymnasiums, Wuppertal
Abitur in den Fächern Französisch, Erziehungswissenschaften, Mathematik, Russisch |
| 07/1992 - 08/1993 | Zivildienst im Kreiskrankenhaus Land Hadeln,
Otterndorf |
| 10/1993 - 09/1996 | Ausbildung zum Krankenpfleger im Krankenhaus
Rissen, Hamburg
Abschluss als staatlich examinierter
Krankenpfleger |
| 10/1996 - 09/1997 | Tätigkeit als Krankenpfleger auf der
Akutpsychosomatik, KH Rissen |
| seit 10/1997 | Aufnahme des Humanmedizinstudiums an der MU
Lübeck |
| 01/1999 | Anerkennung als Krankenpfleger in Norwegen |
| 03/1999 - 04/1999 | Tätigkeit als Krankenpfleger (Gastroenterologie)
im Haukeland Sykehus, Bergen / Norwegen |
| 10/1999 | Beginn der Arbeit an der vorliegenden
Dissertation, 2 Forschungsaufenthalte in Moskau
im Folgejahr |
| 03/2000 - 12/2001 | Ausbildung zum Gestalttherapeuten an der
Werkstatt Nord, HH
Abschluss als Gestalttherapeut |
| 12/2001 - 06/2002 | Lehrassistent an der Werkstatt Nord, HH |
| 07/2002 - 08/2002 | Famulatur in der Universitätsklinik Tartu, Estland |

- 03/2003 Zweites Staatsexamen in den Fächern Pathologie
und Psychiatrie.
- 04/2003 - 03/2004 Ableistung des Praktischen Jahres in den Fächern
Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie
- 14.05.2004 Drittes Staatsexamen in den Fächern Chirurgie,
Innere Medizin, Anästhesie und Mikrobiologie
- 06/2004 Aufnahme der Tätigkeit als AiP auf der
Pneumologie der HELIOS-Kliniken Schwerin
- 07.06.2004 Promotionsprüfung vor dem Promotionsausschuß
der Universität zu Lübeck.