„Paliativní medicína – humánní a zdravotněpolitické aspekty v oblasti střední Evropy“

Vážené dámy, vážení pánové,
milé kolegyně a milí kolegové,

v názvu tohoto příspěvku je obsažena triáda utvářející podobu paliativní lékařské péče o pacienty v minulosti, přítomnosti a budoucnosti:

- humánnost
- zdravotní politika
- střední Evropa

Dovolte mi, abych na úvod dalších referátů a jako impuls k doufejme živé diskusi vyložil jisté skutečnosti a citoval, popřípadě formuloval určité teze.

Z historického hlediska a se zřetelem na paralely se současností je třeba, abychom si v souvislosti s naší tematikou připomenuli, že po době mystiky následovala doba osvícenství. Uveďme několik momentů, které při zohlednění základních norem lékařského jednání tvoří pozadí lékařského přístupu k našemu tématu:

- Moderní evropské osvícenství, chápané jako odložení křesťansko-středověkého uspořádání života, začíná v renesanci, která dokázala přeměnit antické pohanství ze zavrhovaného protějšku ve vzor. Renesance a reformace tvoří předehru k takzvané *době osvícenské*. Stěžejní význam pro její příchod má konsolidace francouzské státní moci v 17. století.
- Někteří interpreti podtrhují jako podstatný moment v teologickém učení Mistra Eckharta myšlení v procesuálních strukturách. Tím se Eckhart dostává do ostrého kontrastu se substanční ontologií Tomáše Akvinského. Zatímco u Tomáše má Boží myšlení svůj základ v bytí Boha, je tento poměr v Eckhartových *quaestiones* obrácen: *„deus est intelligere“*, Bůh = myšlení. Z tohoto pohledu lze u Eckharta hovořit o filozofii ducha. Ve svých kázáních pro generální kapituly a rovněž v lectiones o Ježíši Sirachovi Mistr Eckhart tyto výroky přesněji diferencuje. Bytí již není odlišné od myšlení Boha, ale je jeho integrální součástí: *deus est esse*.
- V roce 1400, kdy byl napsán Oráč, byl Jan Hus vysvěcen na kněze. Roku 1401 se Hus stal děkanem filozofické fakulty, roku 1402 se stal profesorem a v letech 1409 až 1410 zastával úřad rektora pražské univerzity. Český reformátor byl společně se svými spisy upálen 6. července 1415 v Kostnici na louce mezi městskými hradbami a příkopy. Poprava vyvolala první pražskou defenestraci a husitské války (1419 až 1436).
- Při třetí pražské defenestraci vypadl 10. března 1948 (dva týdny po puči komunistického vůdce Klementa Gottwalda) nekomunistický československý ministr zahraničí Jan Masaryk v pyžamu z okna své kanceláře a zemřel.

- V kultuře zacházení s lidskou důstojností, především pak v době, kdy je člověk nejslabší a potřebuje největší oporu, hraje zvláštní roli duch doby, náboženství, filozofie, ideologie a obzvláště sekularizace. Sekularizací je *obecně* míněna jakákoli forma zesvětštění, v užším slova smyslu se tímto pojmem rozumí procesy vyvolané humanismem a osvícenstvím, které uvolnily dřívější užší vazby na náboženství a vedly k tomu, že se opěrným bodem při pouti životem v rostoucí míře stával lidský rozum. Ve vztahu k západnímu světu je sekularizace také synonymem **dechristianizace** a je nutno ji odlišit od sekularizace týkající se majetku. Čím více se přikloníme k pojmově abstraktnímu chápání „sekularizace", tím snadněji ji můžeme nalézt v podobě sociálních změn v mnoha historických společnostech.
-
- Dechristianizace za nacismu
  Z pohledu křesťanských církví pojímal německý národní socialismus dechristianizaci národního života především jako *odcírkevnění*. Ve své podstatě usiloval o likvidaci církví a ideologická strategie, kterou pro tento účel zvolil, bylo zejména *dechristianizace mládeže.* Nacističtí autoři naopak argumentovali tím, že nihilistické bytostné jádro národního socialismu je právě důsledkem dekristianizace společnosti (např. Hermann Rauschning: Revoluce nihilismu, 1938).

Dechristianizace za socialismu

Podobným způsobem se pod heslem *dechristianizace* ozývala z církevních kruhů kritika socialismu a komunismu, reagující na to, jak se komunismus snažil vytlačit náboženství ze společnosti do oblasti soukromí a vymýtit vliv církví pomocí cílených skrytých i zjevných opatření (např. prostřednictvím tajných služeb).

Dechristianizace Evropy v době moderní a postmoderní

Tento pojem se v literatuře znovu ve větší míře objevuje teprve koncem sedmdesátých let jako sociologicko-historický popis specifikující sekularizační procesy v Evropě, jejichž průběh se většinou datuje do období mezi lety 1750 a 1900.
Tím, jak křesťanská tradice ztrácí význam a všeobecnou závaznost pro existenciální sebechápání a rovněž pro utváření veškeré kultury, vede sekularizační proces podle frankfurtského profesora Erwina Fahlbusche k dechristianizaci, respektive k odcírkevnění. Racionalizace všech oblastí života, jež ho provází, s sebou přináší „ztrátu kouzla světa".

Historický vývoj paliativní medicíny

- Pečovatelský dům v Edesse, v roce 375 po Kr., založený Svatým Efrémem
- Hospitalium v Římě v roce 400 po Kr., založené občankou Fabiolou
- Hôtel de Dieu v Paříži roku 829 po Kr.
- Hospitál Svatého Ducha v Lübecku v roce 1286
- Založení řádu Filles de la Charité v Paříži počátkem 17. století za účelem péče o nemocné v jejich domovech

Přístup k životu byl až do počátku novověku silněji zaměřen na konec, smrt a život po smrti.

- V souladu s tím představují artes moriendi přípravu na umírání, která člověka provázela celým životem (od středověku po baroko).
- Rozhodující boj se odehrává v hodině smrti, předpokládá se reálná existence netělesného zla, které bojuje proti Bohu a proti člověku.

- Odpovídající příprava na smrt tudíž provází celý život a je zachycena v mnoha spisech.
- Smrt je redukována na otázku vysvobození versus zatracení.
- Jako příklad jednoho ars moriendi určeného pro lid nám poslouží takzvané obrázkové ars z 15. století, příběh, který se skládá z jedenácti obrázků určených pro samostudium.

> *Je na nich zobrazen boj se šťastným koncem. V hodině smrti probíhá zápas o duši člověka, který není blíže specifikován, může jím být kdokoliv. Patří k sobě vždy dva obrázky. Pět dřevořezů vizualizuje pět největších ďábelských pokušení, které si lidé tenkrát dokázali představit:*
> *1a: pokušení ve víře*
> *2a: pokušení zoufalství*
> *3a: pokušení netrpělivosti*
> *4a: pokušení pýchy*
> *5a: pokušení pomíjivými statky*
> *Na jim odpovídajících pěti obrázcích střídavě vidíme, jak nebeské mocnosti spěchají umírajícímu na pomoc, jak při něm stojí a povzbuzují ho k odporu a vytrvalosti (1b, 2b, 3b, 4b, 5b). Poslední, jedenáctý, dřevořez ukazuje zemřelého.*

„Andreas Vesalius, (Kostlivec)“

Andreas Vesalius sestavil roku 1543 jako první rozsáhlou učebnici anatomie: „Humani corporis fabrica“. Císař Karel V. ho za to povýšil do šlechtického stavu. V listině se píše: *„Bez pochyby nejvýznamnější dílo, které bylo napsáno o anatomii, proslulé svými ilustracemi.“* Pohled na kostlivce, který zády k propasti zamyšleně „zkoumá“ lebku položenou na řečnický pult, nám jasně ukazuje: zde běží o víc než jen o anatomii. Skrývají se za tím nekonečné „**životní** filozofie“ a velká otázka: Co je to smrt?

Nepřekonatelným dílem německého jazyka je „Oráč z Čech“ od Jana ze Žatce. Vzniklo z bezprostředního prožitku smrti jeho ženy v roce 1400. Svou „aktuálnost“ si zachovává dodnes: jedná se o spor, v němž oráč výzývá a žaluje smrt, která mu uloupila manželku.
Moc, vážnost a reálnost smrti autorem hluboce otřásla, mezi jinými slovy jí vkládá do úst i tato:

„a čím více má člověk pozemských statků, tím víc ho stíhá protivenství. Ještě tu je ta největší věc, že nikdo nikdy neví, kdy, kde a jak ho znenadání tneme a poženeme ho, aby šel cestou smrtelníků. Toto břemeno musí nést pán i kmán, muž i žena, boháč i chuďas, dobrý i zlý, mladý i starý. Ó, vyhlídko žalná, jak málo ti hlupáci o tebe dbají!“

Sám Bůh nakonec vynese rozsudek:

„oba jste zápolili zdatně; toho k žalobě přivádí žal, tu nutí žalobcův výpad zjevovat pravdu. Proto, žalobce, tobě připadni čest! Smrti, tobě nechť vítězství patří! neboť každý člověk je povinen odevzdat život smrti, tělo zemi, duši nám!“

Traktát Oráč a smrt poprvé zpochybňuje nezvratitelnou suverenitu smrti. Odvolává se při tom na přání člověka, na krásu života a dokonalost světa stvořeného Bohem.

Anton Ulrich von Braunschweig (1633-1714) si ve své „Úmrtní písni“ toužebně přál smrt. Zvolání **„Už dost!“** opakující se na konci každé sloky odhaluje jeho omrzení životem, nemožnost život nadále unést, dál snášet. Ve třetí sloce čteme:

„To velké břímě mne tížilo, ano, málem zadusilo, po tolik dlouhých let. Ach, nech mne najít, co hledám. Už dost! Dost strastí a soužení.“

Jeho „Úmrtní píseň“ končí slovy:

„Už dost! A tak nechť smrt přijde.“

Kompetence lékaře spočívá zejména ve schopnosti určit správnou **prognózu**. Její zásadní význam je popsán již v díle Corpus Hippokratikum. Je důležitá pro **přípravu pacienta na smrt**. Viz **bratří Grimmové, Kmotra Smrt, (1812)**. Shrnutí:

> *Třinácté dítě chudého muže se stane kmotřencem kmotry Smrti, neboť před ní jsou si všichni lidé rovni. Díky léčivé bylině, dárku od kmotřičky, se z kmotřence stane nejproslulejší lékař světa, ovšem pouze pod podmínkou, že přenechá nemocného kmotře Smrti, pokud se kmotra objeví v nohách pacientovy postele. Lékař nesmí bylinu použít proti vůli Smrti, rozhodnutí o uzdravení nebo smrti nemocného si kmotra ponechává. Lékař přelstí kmotřičku tím, že nemocného v posteli otočí, takže Smrt náhle stojí u jeho hlavy. Kmotřička hrozí lékaři, že ukončí jeho život, pro tentokrát mu však odpouští. Ale lékař se nechá zlákat vyhlídkou na korunu a královskou dceru, která se má stát jeho chotí, a ještě jednou přelstí svou kmotřičku. Tentokrát kmotra Smrt nezná slitování, zavede lékaře do jeskyně, v níž v dlouhých řadách planou všechna světla života, a uhasí jeho dohořívající svíci.*

Koncem 19. století se v západní společnosti mění postoj ke smrti, mimo jiné také v důsledku přechodu k industriální společnosti spojeného se ztrátou rolnické a feudální společenské struktury, později pak vlivem mnoha mrtvých první světové války.

Ztráta zvyků a rituálů, které umírajícímu vymezovaly jasnou roli.

- Tabuizace smrti.
- Smrt není pro lékaře ani tolik součástí života, jako spíše lékařskou porážkou.

Vídeňští a pražští básníci, takzvaní „básníci smrti“, nám zanechali téměř nevyčerpatelný literární fond: Hugo von Hofmannsthal, již tehdy označovaný za „posledního básníka staré Evropy“, se pokusil proniknout do povahy a působení básně a dospěl k tomuto popisu:

„Tušení rozkvětu, děs rozkladu, teď a tady a zároveň onen svět, strašlivý onen svět.“

Prodchnutý chmurným věděním, že život a krása se nezadržitelně a nepoznaně vytrácí, mohl básník stvořit „Baladu vnějšího života“. Jeho dílo začíná slovy:

> *„A děti vyrůstají s hlubokýma očima,*
> *které o ničem nevědí, vyrůstají a umírají*
> *a všichni lidé se ubírají svou vlastní cestou.“*

A končí:

> *„A k čemu to je vidět mnoho takových věcí?*
> *A přesto říká mnoho ten, kdo řekne večer,*
> *slovo, z něhož kane trudnomyslnost a smutek*
> *jako těžký med z dutých pláství.“*

Vídeňský lékař Arthur Schnitzler v novele „Umírání“ virtuózně popisuje pomalé umírání ve všech jeho rozmanitých nuancích. Svou úlohu v popisu sehrává i nevyřčené, nevyslovené: mezi Jobovou zvěstí o nevyléčitelnosti a okamžikem smrti v osamění se rozprostírá všechen strach, všechny naděje, sliby a lži.
Z patetického rozhodnutí milované ženy „chci zemřít s tebou“ a přání hynoucího „chci tě vzít s sebou“ nakonec nic není: nemocný zemře sám, přesně tak, jak to nikdy nechtěl. Schnitzler zobrazuje spíše hrůzy umírání než hrůzu skutečnosti, že smrt je imanentní lidskému bytí. Umírání jako nesmyslné, kruté dění, jako utrpení plné bolesti a ubohosti. Nezahalené, nepřikrášlené, „největší možná havárie iluzí“, které jsme považovali za pravdivé nebo alespoň za možné.

Podle Helmuta Walthera bylo třeba **překonat mýtus a metafyziku**, aby se mohlo dospět k **„dialektice osvícenství“**. Poukazuje na to, že Horkheimerovy a Adornovy disparátní fragmenty „Dialektiky osvícenství“ chtějí na jedné straně konkrétně ukázat cestu, jak došlo k moderním fenoménům instrumentalizace rozumu, a to až po industrializované zločiny třetí říše; a na druhé straně se snaží zcela obecně ukázat, kam se má celkově zařadit fenomén ratio člověka, který podle jejich mínění člověka vyčlenil z přírody a odcizil jí ho. Walther dále usuzuje, že na toto ratio je třeba hledět jako na produkt strachu.

V roce 1806 popsal německý lékař Christoph Wilhelm Hufeland, jaká nebezpečí hrozí při zvláštním důvěrném postavení lékaře ve vztahu k pacientovi a jaké možnosti zneužití z něj mohou vzejít. Vyjádřil své stanovisko také k prodlužování života za každou cenu:

> „Když je nemocný sužován nevyléčitelnými neduhy, když si sám přeje svou smrt, když těhotenství vyvolá nemoc a ohrožení života, jak lehce

> může, dokonce i v duši dobrého člověka, vytanout myšlenka, zda by nemělo býti dovoleno, ano dokonce zda by nemělo býti povinností osvobodit onoho ubožáka od jeho břímě o trochu dříve nebo obětovat život plodu pro dobro matky? Třebaže taková úvaha má v sobě mnoho zdánlivě smysluplného, jakkoli může být podpořena dokonce i hlasem srdce, přesto je nesprávná a jednání na ní založené by bylo v nejvyšší míře pochybené a trestné. Takové počínání přímo popírá bytostnou podstatu lékaře. Lékař nemá a nesmí činit nic jiného než udržovat život, ať je to štěstím či neštěstím, ať má cenu či nemá cenu, to není jeho věc. A odváží-li se jednou uplatňovat ve svém konání takovéto zřetele, bude to mít nepředvídatelné následky a takový lékař se stane nejnebezpečnějším mužem ve státě. Neboť překročí-li lékař tuto hranici, bude-li se domnívat, že je oprávněn rozhodovat o nezbytnosti života, pak bude již jen otázkou času, kdy začne bezcennost a z ní vyplývající nepotřebnost lidského života aplikovat i na jiné případy.“

Za přední představitele biologistické medicíny a muže, kteří otevřeli cestu ke kriminálním excesům nacistických zločinů proti lidskosti, je třeba považovat Karla Bindinga a Alfreda Hocheho:

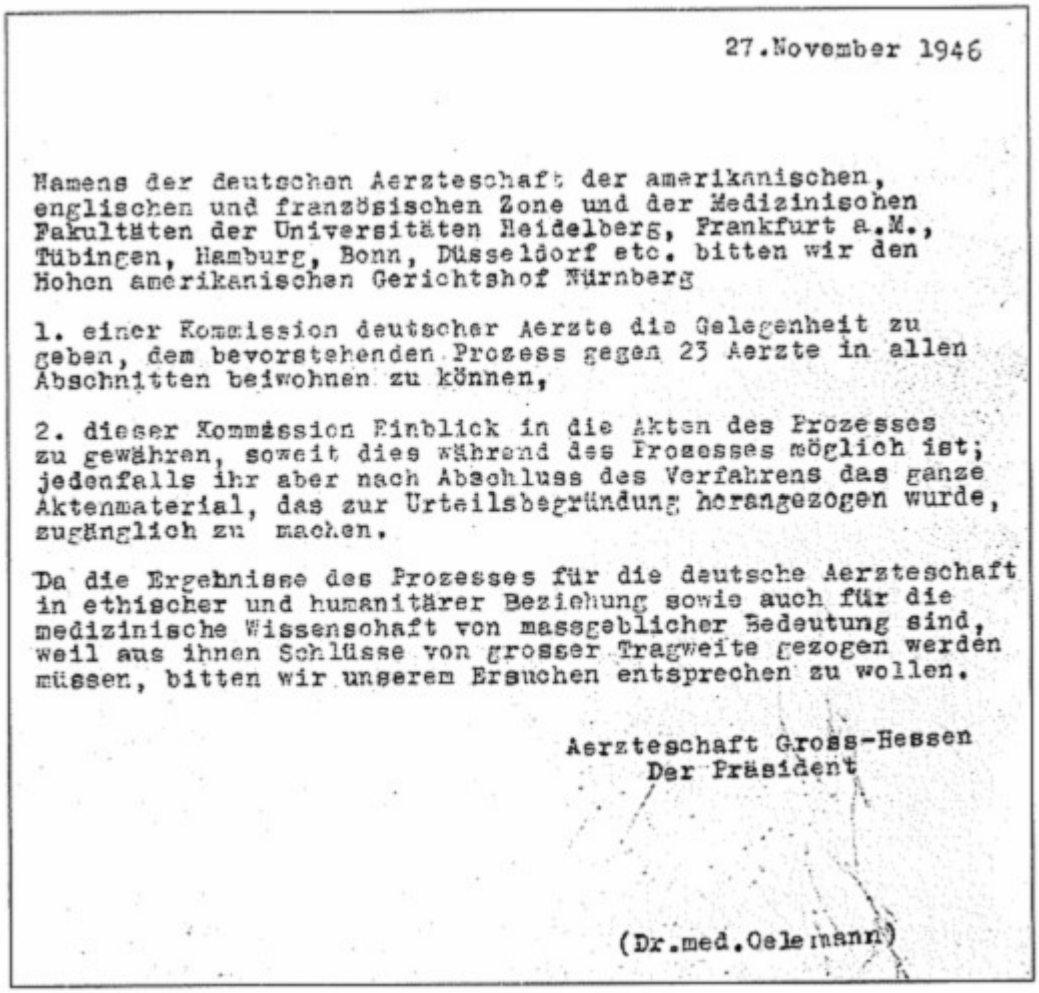
V roce 1920 požaduje Binding jakožto právník ve své práci **„Souhlas ke zničení života, který není hoden žití“** revizi platného práva, podle něhož je usmrcení na žádost trestné, a to předně pro pacienty, „kteří jsou v důsledku nemoci nebo zranění nadobro ztraceni a kteří si v plném pochopení své situace usilovně přejí vysvobození a dali toto přání nějakým způsobem najevo“. A zdůrazňuje: „Z právního, sociálního, mravního a náboženského hlediska jednoduše nenacházím důvod k tomu nedat souhlas k usmrcení osob, jejichž záchrana není možná a které se naléhavě dožadují smrti, těm, kteří smrt požadují: tento souhlas dokonce považuji za povinnost zákonného soucitu.“

Binding zároveň požaduje právo na usmrcení osob trpících nevyléčitelnou slabomyslností. Vedle Bindinga se jako lékař a zejména jako psychiatr vyjadřuje Hoche. Je tohoto názoru: „Od okamžiku, kdy by bylo např. usmrcení nevyléčitelně nemocných nebo odstranění duševně mrtvých chápáno a obecně uznáváno nejenom jako jednání, které není trestné, nýbrž i jako cíl, který je žádoucí pro všeobecné blaho, bychom v lékařské etice rozhodně nenalezli protidůvody vylučující takové konání.“

(Nacistický) zločin – eutanazie

Zvláštní význam pro mě mají dopisy o eutanazii z roku 1941. Lékařka dr. J. S. píše 28.10. 1941 svému profesorovi, patologovi prof. dr. Franzi Büchnerovi (1895-1991) o radu a pomoc, jak se postavit k problému eutanazie. Franz Büchner, jenž se později stal nositelem Paracelsovy medaile (nejvyššího vyznamenání německých lékařů), medaile Rudolfa Virchowa (vyznamenání osob, které se obzvláště zasloužily o rozvoj patologie) a ceny Romana Guardiniho (udělované Katolickou akademií v Bavorsku za zvláštní zásluhy o interpretaci doby a světa ve všech oborech duševního života), na dopis odpovídá 8. listopadu 1941, krátce před svou přednáškou „Hippokratova přísaha“, kterou .

s vědomím nebezpečí nacistického pronásledování pronesl 18. 11. 1941 v aule freiburské univerzity. Büchner lékařce dodává odvahu, aby zachovávala základní normy lékařského jednání v hippokratovském a křesťanském smyslu, a to i v ohrožení.



27.November 1946

Namens der deutschen Aerzteschaft der amerikanischen, englischen und französischen Zone und der Medizinischen Fakultäten der Universitäten Heidelberg, Frankfurt a.M., Tübingen, Hamburg, Bonn, Düsseldorf etc. bitten wir den Hohen amerikanischen Gerichtshof Nürnberg

1. einer Kommission deutscher Aerzte die Gelegenheit zu geben, dem bevorstehenden Prozess gegen 23 Aerzte in allen Abschnitten beiwohnen zu können,

2. dieser Kommission Einblick in die Akten des Prozesses zu gewähren, soweit dies während des Prozesses möglich ist; jedenfalls ihr aber nach Abschluss des Verfahrens das ganze Aktenmaterial, das zur Urteilsbegründung herangezogen wurde, zugänglich zu machen.

Da die Ergebnisse des Prozesses für die deutsche Aerzteschaft in ethischer und humanitärer Beziehung sowie auch für die medizinische Wissenschaft von massgeblicher Bedeutung sind, weil aus ihnen Schlüsse von grosser Tragweite gezogen werden müssen, bitten wir unserem Ersuchen entsprechen zu wollen.

Aerzteschaft Gross-Hessen
Der Präsident

(Dr.med.Oelemann)

27. listopadu 1946

[Ve jménu německých lékařů americké, anglické a francouzské zóny a lékařských fakult univerzit v Heidelbergu, Frankfurtu nad Mohanem, Tübingenu, Hamburku, Bonnu, Düsseldorfu etc. žádáme Vysoký americký soudní dvůr v Norimberku,

1. aby poskytl komisi německých lékařů příležitost zúčastnit se všech částí nastávajícího procesu s 23 lékaři,

2. aby této komisi umožnil nahlížet do spisů tohoto procesu, pokud to bude během procesu možné; v každém případě je třeba, aby jí po ukončení řízení zpřístupnil veškeré spisové podklady, které byly použity pro odůvodnění rozsudku.

Jelikož mají výsledky procesu po stránce etické i humánní pro německé lékaře i pro lékařskou vědu rozhodující význam, neboť se z nich budou muset učinit závěry značného dosahu, prosíme, aby naší žádosti bylo vyhověno.

lékaři Velkého Hesenska
předseda

(Dr.med.Oelemann)]

V letech 1946-1947 se konaly norimberské procesy s lékaři. Pod dojmem zločinů nacistických lékařů, které byly vyneseny na světlo, byl **roku 1946 v trizonii** formulována Deklarace **lékařů z Bad Nauheimu**. V roce 1947 prosadil Dr. Carl Oelemann, lékař z Bad Nauheimu, jako předseda prvního poválečného sjezdu německých lékařů usnesení, aby byla vyslána delegace lékařů k norimberským procesům s lékaři. Vzešla z toho dokumentace:

„Lékařství bez lidskosti“

Dokumentace norimberského procesu s lékaři, kterou vydal Alexander Mitscherlich společně s Fredem Milkem, poprvé seznámila veřejnost se zločiny mnohých nacistických lékařů. Považuji za vhodné zmínit se o následujících okolnostech jejího vzniku:
V norimberském procesu s lékaři v letech 1946-47 byli obžalováni lékaři, kteří během doby národního socialismu prováděli v koncentračních táborech pokusy na lidech. Pracovní skupina západoněmeckých lékařských komor vyslala komisi německých lékařů vedenou Mitscherlichem, aby zdokumentovala proces u I. amerického vojenského soudního dvora v Norimberku. Závěrečná zpráva komise, kterou doplňovaly protokoly dokumentující otřesné výpovědi svědků a obžalovaných a jež vydavatelé opatřili komentářem, byla poprvé zveřejněna v roce 1949 pod titulem Věda bez lidskosti. K uveřejnění došlo na popud 51. sjezdu německých lékařů. Toto první vydání (10 000 exemplářů) bylo určeno západoněmeckým lékařským komorám, které měly výtisky rozdělit mezi lékaře, kniha však zůstala do značné míry bez odezvy.

Rakouský lékař Leo Alexander vedl z pověření vítězných mocností komisi pro posouzení lékařsko-vědeckých poznatků z pokusů na lidech prováděných během třetí říše. Z výsledků šetření vyvodil tento závěr:

> „Ať už (nacistické) zločiny v konečném důsledku nabyly jakýchkoli rozměrů, všichni, kteří je zkoumali, si jasně uvědomili, že vyrůstaly z malých počátků. Na začátku stály pouze jemné změny v základním postoji lékařů, šlo o nepatrné posuny v akcentování. Začalo to názorem, který je pro hnutí za eutanazii fundamentální, a sice, že existuje něco takového jako život, který nestojí za to žít. V raném stadiu to postihlo pouze těžce a chronicky nemocné. Postupně se do této kategorie začali zařazovat i sociálně neproduktivní lidé, osoby nežádoucí z hlediska ideologie či z hlediska rasy a nakonec všichni Neněmci. Ovšem rozhodující je pochopit, že postoj vůči nevyléčitelně nemocným byl oním nekonečně malým spouštěcím momentem totálního obratu ve smýšlení.“

„Medical Science under Dictatorship“ in: New England Journal of Medicine 24 (1949) s. 39-47).

Pod dojmem těchto událostí byl formulován Ženevský slib Světové lékařské asociace. Slib navazuje na Hippokratovu přísahu a dále ji rozvíjí.

Ženevská deklarace Světové lékařské asociace z roku 1948, upravená (v letech 1968, 1983 a 1994)

- *V okamžiku, kdy nastupuji profesionální lékařskou dráhu, se slavnostně zavazuji, že svůj život zasvětím službě lidstvu.*
- *Svým učitelům zachovám úctu a vděčnost, jakou si zasluhují.*
- *Své povolání budu provádět se svědomím a důstojností.*
- *Zdraví mého pacienta bude mým prvním zájmem. Budu respektovat tajemství, která mi budou svěřena, a to i po smrti pacienta.*
- *Zachovám všemi prostředky, které budou v mé moci, čestnou a vznešenou tradici lékařského povolání.*
- *Moji kolegové a kolegyně budou mými bratry a sestrami.*
- *Nepřipustím, aby ohled na věk, nemoc, postižení, náboženství, etnický původ, pohlaví, státní příslušnost, politickou příslušnost, rasu, sexuální orientaci nebo společenské postavení narušil mou povinnost k mému pacientovi.*
- *Zachovám v nejvyšší úctě lidský život od chvíle početí; ani z donucení nepoužiji svých lékařských znalostí v rozporu se zákony lidskosti*
- *To slibuji slavnostně, svobodně a na svou čest.*

Od sedmdesátých a osmdesátých let otvírá pokrok v medicíně nové oblasti problémů v intenzivní péči a v transplantaci orgánů. V důsledku toho se mezi jinými i vědecká rada a představenstvo Spolkové lékařské komory zabývaly hraničními otázkami medicíny, které z tohoto vývoje vyplynuly. Tak došlo ke schválení „Kritérií mozkové smrti“, zásad dárcovství a transplantace orgánů a „Směrnice pro doprovázení umírajících“. S ohledem na debatu o těchto směrodatných principech jsem v roce 1984 vyjádřil ve svém textu „Transplantace orgánů dnes“ tyto myšlenky:

> „Rozpozná-li lékař hranice medicínsko-vědeckých možností a nezadržitelně se blížící smrt pacienta, bude tento osud muset akceptovat.
> Každému pacientovi by mělo být umožněno zemřít důstojně; k tomu také patří, že se odstoupí od zjevně nesmyslných zásahů, které nemohou zachovat život, nýbrž pouze prodloužit umírání.“

Na tiskové konferenci, která se konala 4. května 2004, představila Spolková lékařská komora své nové „Směrnice pro doprovázení umírajících“. Předseda Spolkové lékařské komory Prof. dr. Jörg-Dietrich Hoppe mimo jiné uvedl:

- „Každý člověk má právo na důstojný život a na důstojnou smrt – ale nemá právo být usmrcen.“
- „Každý pacient si musí být v každém okamžiku jistý, že lékařky a lékaři důsledně hájí život a nevydávají právo na život všanc ani z hospodářských nebo politických, ani z jiných důvodů. Tuto jistotu lze zaručit, pouze když lékařky a lékaři kategoricky odmítají aktivní

eutanazii, tedy cílené zkrácení života pomocí opatření, která způsobují smrt.“

- „Úlohu lékaře spatřujeme v tom, že bude smrtelně nemocným pacientům poskytovat pomoc a péči, to znamená, že je bude při umírání doprovázet. Naším úkolem je mírnit utrpení nemocných a zbavovat je strachu, abychom jim umožnili prožít konec života v důstojnosti a sebeurčení.“

Prof. dr. Eggert Beleites, předseda Výboru pro základní otázky etiky a lékařského práva Spolkové lékařské komory, řekl:

- „mnozí lidé bohužel rozumí pod pojmy „důstojné umírání“ a „sebeurčení na konci života“ pouze souhlas s takzvanou aktivní eutanazií, popřípadě povolení lékařské asistence u sebevraždy. Takováto zjednodušení nepostihují šíři problému, ani nemohou vést k vhodným řešením.“ ...

Zásady Spolkové lékařské komory pro lékaře pečující o umírající (1998, 2004) se vztahují k těmto komplexům otázek:

I. Povinnosti lékařů pečujících o umírající
II. Postoj k pacientům s infaustní prognózou
III. Péče o pacienty s nejtěžší formou poškození mozku a o pacienty v dlouhodobém bezvědomí
IV. Zjišťování vůle pacienta
V. Dispoziční prohlášení pacienta, preventivní plné moci a prohlášení o ustanovení pečovatele

V **preambuli** se píše:

Úlohou lékaře je v souladu s pacientovým právem na sebeurčení udržovat život, chránit a navracet zdraví, zmírňovat utrpení a být oporou umírajícím až do smrti. Povinnost lékaře udržovat pacienta při životě tedy neeexistuje za všech okolností. Jsou situace, v nichž jinak přiměřené diagnostické a terapeutické postupy již nejsou žádoucí a omezení léčby může být na místě. Pak se do popředí dostává paliativní péče. Toto rozhodnutí nesmí být závislé na ekonomických úvahách.

Paliativní medicína, vymezení pojmu

Anglická nomenklatura

- **Terminal care**
- Starší pojem pro paliativní medicínu, nyní zčásti omezený na poslední dny pacienta.
- **Palliative care**
- V posledních zhruba 20 letech stále častěji nahrazuje pojem terminal care a zahrnuje úsilí celého týmu: lékařů, ošetřovatelů, sociálních pracovníků, duchovních pastýřů, fyzioterapeutů a dobrovolníků.

- V němčině se tomuto pojmu nejvíce blíží výraz „Palliativpflege“ nebo „Palliativversorgung“ (česky: paliativní péče).
- **Palliative medicine**
- Pojem vznikl v roce 1987 v Anglii, když byla paliativní medicína uznána za obor vnitřního lékařství, v němčině je mu nejblíže výraz „Palliativmedizin“ (česky: paliativní medicína).

Komunikace mezi umírajícím pacientem, lékaři a ošetřovatelským personálem je narušená. Prokázaly to různé studie:

- Zdravotnický personál se pacientovi dívá jen zřídka do očí. (Buckingham, Can Med Assoc J 1976)
- Zdravotnický personál téměř nevstupuje do pokoje pacienta. (Anon, Lancet 1972 a Mervyn, Am J Nurs 1971)
- Ošetřovatelský personál reaguje pomaleji na zvonek umírajícího pacienta než na zvonky ostatních pacientů. (Bowers, Conselling the Dying, Nelson 1964)
- První zmínku o hospici určeném výhradně pro péči o umírající nalézáme v roce 1842 ve Francii.
- Na přelomu 19. a 20. století existuje v Londýně několik hospiců pro péči o umírající.
- V roce 1967 zakládá Cicley Saundersová hospic Sv. Kryštofa (St. Christopher´s Hospice), postupem času vzniká také ambulance, domácí pečovatelská služba, tým na podporu pozůstalých, školicí zařízení a dochází k **rozvoji dnešní koncepce paliativní péče**.

Základní myšlenky paliativní medicíny

Podle Klaschika jsou základními myšlenkami pro paliativní medicínu v praxi mimo jiné:

- Pravdivost v komunikaci
- Realistická naděje a respektování pacientova sebeurčení
- Respektování důstojnosti člověka během života, ve smrti i poté (...)

Definice WHO z roku 2002

Paliativní medicína je rovněž „přístupem, jenž se snaží o zlepšení kvality života **pacientů a jejich rodin**, kteří jsou konfrontováni s problémy, které s sebou přináší onemocnění ohrožující život“. „Tohoto cíle chce dosáhnout pomocí **prevence a zmírňování** utrpení, včasným rozpoznáním, odhadem a odstraňováním **bolesti** a ostatních potíží **tělesné**, **psychosociální** a **duchovní** povahy, které na pacienta tíživě doléhají.“

Assistance to patients at end of life

Parliamentary Assembly, Council of Europe, Doc. 10455, 9 February 2005
Report: Social, Health and Family Affairs Committee
Rapporteur: Mr Dick Marty, Switzerland, Liberal, Democratic and Reformers' Group

Summary

The Parliamentary Assembly recalls that assistance at the end of people's lives is a delicate issue to which everyone is sensitive and one that touches on the moral, religious and cultural values of our societies.
In accordance with the principle of respect for human rights and human dignity, the Assembly considers it imperative to introduce a proper policy for assisting people at the end of their lives which does not prompt them to want to die.
To this end, it proposes promoting palliative care, the widespread provision of care in patients' own homes and the avoidance of over-zealous prolongation of life.
The Assembly also draws attention to the need for a clear definition both of patients'rights and of the tasks and responsibilities of the medical profession and nursing staff.
The Assembly proposes, with due regard for cultural and religious diversity in member states, fostering public debate on this issue.

[**Pomoc pacientům na konci života**
Parlamentní shromáždění, Rada Evropy, dokument doc. 10455, 9. února 2005
Zpráva: Výbor pro sociální, zdravotní a rodinné záležitosti
Zpravodaj: Dick Marty, Švýcarsko, Liberální, demokratická a reformní skupina

Resumé
Parlamentní shromáždění připomíná, že pomoc lidem na konci života je delikátní záležitostí, vůči níž je citlivý každý člověk a která se dotýká morálky, náboženských a kulturních hodnot našich společností.
V souladu se zásadou respektování lidských práv a lidské důstojnosti pokládá shromáždění za nutné zavést vhodná opatření pro pomoc lidem na konci života, která je nebudou nabádat k tomu, aby si přáli zemřít.
Za tímto účelem navrhuje rozšiřovat paliativní péči, podpořit rozsáhlé poskytování péče pacientům v jejich domovech a zamezit nadměrnému prodlužování života.
Shromáždění dále upozorňuje na potřebu jasně definovat nejen práva pacientů, ale také úkoly a povinnosti lékařského a ošetřovatelského personálu.
Shromáždění navrhuje, aby byla s patřičným ohledem na kulturní a náboženské rozdíly v členských státech vedena veřejná debata o této problematice.]

Recommendation Rec (2003) 24 of the Commitee of Ministers
[Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů]

1. Domácí péče (č. 68): výňatek česky :
„Zdaleka nejčastějším prostředím poskytování paliativní péče je domov; i v případech, kdy pacienti nakonec umírají v některém zařízení, obvykle předtím absolvují dlouhé období paliativní péče doma. Tato skutečnost má významné důsledky pro zařízení paliativní péče, jimiž se budeme zabývat níže.“

2. Rozlišování specializovaných a nespecializovaných zařízení (č. 69 a následující): výňatek česky: (č. 71) „Je vhodné rozlišovat nespecializovaná a specializovaná zařízení paliativní péče. Nespecializovaná nebo konvenční zařízení poskytují paliativní péči, aniž by byla jejich základní aktivitou. Patří k nim: obecní pečovatelské služby, praktičtí lékaři, týmy domácí péče, oddělení vnitřního lékařství a pečovatelské domy.“ (č. 76) „Specializovaná zařízení jsou zařízení, jež se plně věnují paliativní péči a jejichž týmy mají pro tuto oblast

speciální vzdělání nebo výcvik. Taková zařízení nenahrazují péči poskytovanou zdravotním personálem první linie (v ambulantní domácí péči, v lůžkových nebo rehabilitačních zařízeních), nýbrž ji podporují a doplňují v závislosti na zjištěných potřebách a složitosti situace. Ať jsou pacienti kdekoli, musí mít v případě potřeby přístup k těmto zařízením v jakoukoli dobu a bez prodlení.

3. Hlavní charakteristiky zařízení specializovaných na paliativní péči (č. 81): výňatek česky:
„Klíčové charakteristiky specializovaných zařízení paliativní péče byly popsány Národní radou pro hospice a specializovaná zařízení paliativní péče ve Spojeném království a přijaty Národním poradním výborem pro otázky paliativní péče (Irsko). Lze je shrnout následovně:

- poskytování fyzické, psychologické, sociální a duchovní podpory při zapojení širokého spektra znalostí v rámci spolupráce multiprofesních, navzájem propojených týmů;
- alespoň vedoucí každé odborné skupiny v rámci multiprofesního týmu by měl být vyškolený a uznaný odborník v oboru paliativní péče;
- pacienti a jejich rodiny se účastní plánování péče;
- pacienti jsou povzbuzováni k tomu, aby dali najevo své přání, kde jim má být poskytována péče a kde si přejí zemřít;
- pečovatelé a rodiny jsou podporováni po celý průběh nemoci včetně období zármutku a potřeby pozůstalých jsou brány v úvahu a uspokojovány;
- funguje spolupráce se zdravotníky první linie, s nemocničními zařízeními a se službami domácí péče za účelem poskytování podpory pacientů, ať jsou kdekoli;
- přínos dobrovolníků je uznáván a oceňován;
- zařízení se přímo nebo nepřímo zapojuje do externího dalšího vzdělávání i do interního zvyšování kvalifikace při zaměstnání;
- pro poskytované vzdělávání a odborný výcvik jsou stanoveny standardy;
- fungují programy zajišťování kvality, jež jsou neustále používány pro kontrolu praxe;
- jsou prováděny klinické audity a výzkumné programy za účelem hodnocení léčby a jejích výsledků;
- existují opatření pro podporu pracovníků v oblasti specializované paliativní péče (na plný i částečný úvazek) umožňující vhodným způsobem uspokojovat jejich potřeby.“

Meziresortní komise „Právo a etika v moderním lékařství“ se 28. června 2005 **vyjádřila k postavení paliativní medicíny v Německu**: Německá společnost se otázkou paliativní medicíny a práce hospiců začala zabývat přibližně o deset let později než ostatní evropské země, a teprve tehdy učinila první kroky v této oblasti. Na takto vzniklý deficit opětovně upozorňovaly všechny zúčastněné instituce a dožadovaly se nápravy. Z pověření meziresortní komise „Právo a etika v moderním lékařství“ byl v roce 2004 vypracován posudek, který shrnuje početné zdroje obsahující shodná vyjádření do jednotného seznamu požadavků (Birgit Jaspers, Thomas Schindler: Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit

in Deutschland und im Verglech zu ausgewählten Stastěn /Stav paliativního lékařství a práce hospiců v Německu ve srovnání s vybranými zeměmi/).

Meziresortní komise „Právo a etika v moderním lékařství“ předala 28. června 2005 předsedovi Německého spolkového sněmu Wolfgangu Thiersemu dílčí zprávu o „Zlepšení péče o těžce nemocné a umírající pacienty v Německu pomocí paliativní medicíny a práce hospiců“ a vyslovuje řadu doporučení.

http://www.bundestag.de/parlament/kommissionen/archiv15/ethik_med/gutachten/gutachten02_palliativmedizin.pdf

Stanovisko k paliativní lékařské péči v Hesensku

Hesenská zemská lékařská komora se 14. září 2006 obrátila na Hesenské ministerstvo sociálních věcí se stanoviskem k paliativní lékařské péči v Hesensku. V seznamu požadavků, který vypracovala, jasně ukázala, jaká opatření jsou nutná pro zlepšení prospektivní plošné paliativní péče v Hesensku.

Vycházíme-li z popisu aktuálního stavu a z požadavků WHO, vyplývají obdobné závěry pro Evropu, Německo a Hesensko.

Na základě lékařského pokroku a z důvodu morbidity, stárnutí obyvatelstva a změn rodinné struktury, které jsou jeho důsledkem, vzniká zvýšená potřeba paliativní péče poskytované třetími osobami (viz dokument WHO z roku 2004).

Policy implications
1. Policy-makers must invest in providing publicly funded palliative care services as a core part of health care and not as an “add-on extra”.
2. Policy-makers must take steps at a population level to ensure that unmet needs for care are identified for all common serious diseases, including cancer, ischaemic heart disease, cerebrovascular disease, chronic obstructive respiratory disease, end-stage liver and kidney disease, infectious diseases and dementia.
3. Policies need to identify people living with serious chronic illnesses in widely different settings such as the community, nursing homes and hospitals, including intensive care.
4. Policies must also recognize the work of families and caregivers and support them to help care for the patient and to cope with the sense of loss that the illness brings. This might include assistance similar to that often granted to those with maternity and paternity responsibilities.

Pramen: The Solid Facts – Palliative Care, E. Davies und J. Higginson, WHO 2004, ISBN 9289010916

[Politické důsledky

1. Političtí činitelé musí investovat do zajištění veřejně financovaných služeb paliativní péče jako nedílné součásti zdravotní péče, a ne jako „zvláštní péče navíc“.]

2. Političtí činitelé musí učinit kroky na celonárodní úrovni s cílem zajistit a definovat, jaké nesplněné potřeby existují v péči o pacienty se všemi běžnými vážnými chorobami, včetně rakoviny, ischemické choroby srdeční, cerebrovaskulárních chorob, chronické obstrukční plicní nemoci, chronického selhání jater a nemocí ledvin, infekčních chorob a demence.
3. Je nutno zavést opatření pro vyhledávání osob žijících s vážnými chronickými nemocemi v nejrůznějších místech a zařízeních, jako například v obcích, domovech důchodců, pečovatelských ústavech, nemocnicích včetně oddělení intenzivní péče.
4. Musí být zavedena opatření, která budou uznávat práci rodin a ošetřovatelů, podporovat je v péči o pacienta a pomáhat jim vyrovnat se s pocitem ztráty, který s sebou nemoc přináší. Tato podpora by měla zahrnovat pomoc podobnou té, jaká se dostává lidem, kteří mají mateřské a otcovské povinnosti.]

Popis aktuálního stavu v Evropě

Paliativní péči v evropských zemích je nutno dále rozvíjet, protože bude narůstat počet pacientů, kteří tuto péči potřebují.

Rada ministrů Evropské unie proto v doporučení ke strukturování lékařské a ošetřovatelské paliativní péče požaduje následující body:

1) Palliative Care needs to be further developed in European countries.

2) There is a growing number of people in need of palliative care.

3) Palliative Care is an integral part of the health care system and an inalienable element of a citizen's right to health care, and that therefore it is a responsibility of the government to guarantee that palliative care is available to all who need it.

Pramen : Recommendation Rec (2003) 24 of the Commitee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, Adopted by the Committee of Ministers on 12. November 2003, S. 1 + 2, Council of Europe

[1) Paliativní péči v evropských zemích je třeba dále rozvinout.
2) Roste počet lidí, kteří potřebují paliativní péči.
3) Paliativní péče je nedílnou součástí systému zdravotní péče a nezadatelným prvkem práva občanů na zdravotní péči, a je proto povinností vlády zajistit, aby paliativní péče byla dostupná všem, kteří ji potřebují.

Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů členským státům na téma organizace paliativní péče, přijaté Výborem ministrů 12. listopadu 2003, s.1-2, Rada Evropy.]

Německá společnost pro humánní umírání, (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben gem. e.V.) se zasazuje o „právo těžce nemocných a umírajících na sebeurčení". S členskou základnou čítající 35.000 osob (stav v roce 2005, podle vlastních údajů) patří v celosvětovém měřítku k velkým organizacím zabývajících se eutanazií. Společnost založil 7. listopadu 1980 Hans Henning Atrott. Podnět k jejímu vzniku vzešel od členů a příznivců *Spolku pro svobodu ducha* (*Bund für Geistesfreiheit,*). Ve větší známost vešla během osmdesátých let, mimo jiné díky veřejně diskutovaným případům dobrovolného odchodu ze života, jako byla např. dobrovolná smrt Hermy Eckertové, členky Německé společnosti pro humánní umírání, v roce 1984. Tyto

skutečnosti vedly k tomu, že na konci roku 1992 zaznamenala tato společnost vůbec nejvyšší počet členů, a to 59.700, který během dalších let klesl na dnešní stav.

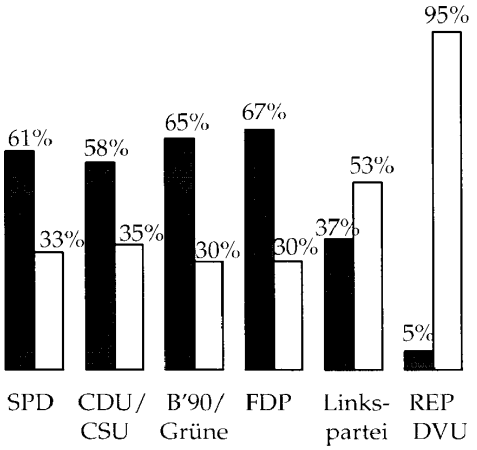
V Belgii vstoupil o víkendu téměř bez povšimnutí v platnost doposud nejliberálnější zákon o eutanazii na celém světě

Ärzte Zeitung (Lékařské noviny), 23. 9. 2002, autor: Thomas A. Friedrich
Zákon o aktivní eutanazii schválený v červenci belgickým parlamentem vstoupil po uplynutí obvyklé 100denní lhůty v platnost o tomto víkendu. Po Nizozemsku je tedy Belgie druhou zemí s nejliberálnějším zákonem o eutanazii na světě. Reakce sahají od jeho označení jako „licence k zabíjení“ až po „přirozené základní lidské právo“.
Po bouřlivé diskuzi o této morálně-etické otázce, která v jazykově rozděleném Belgickém království zanechala hluboký rozkol, se vládní většina pod vedením ministerského předsedy Guye Verhofstadta, složená z liberálů, sociálních demokratů a zelených, zasadila o úpravu, podle níž bude v Belgii v budoucnu legalizováno usmrcení na žádost nevyléčitelně nemocných. A to i v případě, že jim v dohledné době smrt nehrozí.

„Pro nás lékařky a lékaře bude i v budoucnu platit tato maxima: Pacient má právo na důstojnou smrt, ale nemá právo být usmrcen. Aktivní eutanazii proto my lékařky a lékaři kategoricky odmítáme,” oznámil 24. 9. 2005 předseda Spolkové lékařské komory Prof. dr. Jörg-Dietrich Hoppe v tiskovém prohlášení k plánům švýcarské organizace „Dignitas“ zřídit v Hannoveru Centrum pro eutanazii. „Soudně vymahatelné právo na aktivní eutanazii by bylo jen domněle ultimativní realizací práva na sebeurčení, avšak odtud již není daleko ke společnosti, která lidem naznačuje, aby zvolili smrt, když už sami život nezvládají,“ říká Hoppe. Předseda německých lékařů zdůraznil požadavek, že nikdo nesmí zpochybňovat paragraf 216 trestního zákoníku, který v Německu zakazuje usmrcení na požádání, a dodal, že sebevražda za asistence lékaře není ničím jiným.

Paliativní medicína a eutanazie ve veřejném mínění
Výsledky dlouhodobé studie „Eutanazie“ Německé hospicové nadace z roku 2005

Odhad podle volebního chování

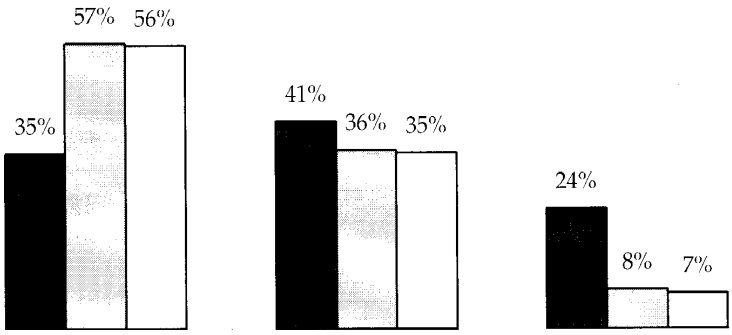


■ pro využití paliativní medicíny a práce hospiců

□ pro aktivní eutanazii

SPD: Sociálně-demokratická strana Německa
CDU/CSU: Křesťansko-demokratická unie/Křesťansko-sociální unie
B 90/Grüne: Spojenectví 90/Zelení
FDP: Svobodná demokratická strana
Linkspartei: Strana levice
Rep, DVU: Republikáni, Německá lidová unie

Dlouhodobá studie

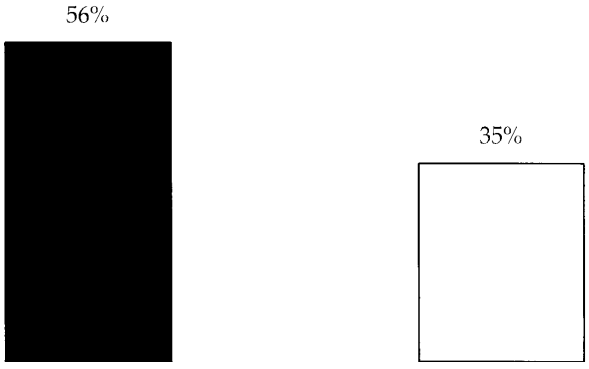


pro využití paliativní medicíny a práce hospiců | pro aktivní eutanazii | neví

■1997 □2000 □2005

Německá hospicová nadace, šetření říjen 2005, N=1000

Výsledky 2005



pro využití paliativní medicíny a práce hospiců | pro aktivní eutanazii

Německá hospicová nadace, šetření říjen 2005, N=1000

Podle průzkumu veřejného mínění k legalizaci eutanazie v České republice provedeného v květnu 2006 si více než polovina Čechů přeje, aby nová vláda po volbách povolila, aby mohli ze svobodné vůle rozhodovat o konci svého života. Pro legalizaci eutanazie se v průzkumu agentury vyslovilo 50% dotázaných (3166 osob). Proti bylo 30% respondentů a 20 % nemělo žádný názor.

Postoj německého obyvatelstva k eutanazii se podle nové studie v posledních 25 letech prakticky nezměnil. Ve všech ostatních sledovaných evropských zemích oproti tomu v období mezi lety 1981 a 1999 souhlas s aktivní eutanazií vzrostl. Uvádí se to ve výzkumu Svobodné univerzity v Bruselu (VUB), ze kterého 10. května 2006 citoval deník „De Standaard“. V rámci této studie byla vyhodnocena data z 33 evropských zemí.

Vztah obyvatelstva k eutanazii se podle údajů této studie nikde jinde v Evropě nezměnil tak rychle jako v Belgii. Belgie byla v roce 1981 ještě „klasicky katolickou“ zemí se silně odmítavým postojem vůči eutanazii; do roku 1999 narostl podíl občanů, kteří s eutanazií souhlasili, do „skandinávských výšek“. Také ve Španělsku a v Irsku ve stejném období souhlas relativně silně vzrostl.

Podle tohoto výzkumu je v současné době v Nizozemsku, Dánsku, Švédsku, Finsku, na Islandu, ve Francii, Belgii, Lucembursku, České republice, Rusku a Slovinsku většina obyvatel pro eutanazii. Lidé ve Velké Británii, Rakousku, Německu, Španělsku, Řecku a na Slovensku mají proti ní výhrady. Jasná většina proti eutanazii existuje především v Itálii, Portugalsku, Polsku, Irsku, Maďarsku, Chorvatsku, Turecku a na Maltě. Autoři studie jsou toho názoru, že postoj k eutanazii vedle rostoucího blahobytu a klesající religiozity ovlivňuje i průběh veřejné debaty. Uvádí, že tam, kde média informují o konkrétních případech, se postoj obyvatelstva mění rychleji než v jiných zemích. Vzrůstající religiozita jako třeba v Itálii nicméně nezabraňuje, aby rostl rovněž souhlas s eutanazií.

O povinnosti usmrtit a o právu zemřít píše 21. 3. 2006 v deníku Frankfurter Allgemeine Zeitung sociolog práva Klaus Lüderssen. Míní, že o co vůle usiluje, toho také dosáhne – i když to je vlastní smrt. Lüderssen ve svých úvahách vychází z myšlenky autonomie, která ho v konečném důsledku vede k postulování povinnosti eutanazie.

9. října 2006 jsme se dozvěděli stran úmrtí na berlínské univerzitní klinice Charité, že zdravotní sestra vysvětlila pohnutky svého činu. Zdravotní sestra nemocnice Charité zatčená pro podezření ze zabití dvou pacientů uvedla podle zprávy, kterou přinesla média, jako motiv svého činu soucit. 54letá žena u výslechu řekla, že již nedokázala snášet utrpení, se kterým se setkávala v intenzivní medicíně. Podle údajů nemocnice Charité byla berlínskému státnímu zastupitelství předána zdravotní dokumentace 15 zemřelých pacientů, které podezřelá sestra ošetřovala v posledních dvou letech.

V této souvislosti bych rád citoval Karla Beineho, profesora psychiatrie na Univerzitě Witten/Herdecke. Podle jeho názoru trpí pachatelé, kteří zabíjejí pacienty, „pocitem vlastní nedostatečnosti a méněcennosti“. Karl Beine se

domnívá, že tito lidé se snaží vyřešit své vlastní problémy tím, že ukončí cizí utrpení. Zkoumal 25 případů sériového zabíjení tohoto typu, které se odehrály na celém světě.

66. sněm německých právníků, který se konal koncem září 2006, shledává v Německu značnou potřebu reformovat zákonodárství v oblasti péče o umírající a eutanazie. Valnou většinou se vyslovil pro zákon, který prohlašuje dispoziční prohlášení pacientů za závazná. Znamená to, že ukončení léčby a upuštění od opatření udržujících pacienta při životě mají být právně přípustné ještě před terminální fází. V trestním zákoníku má být přitom jednoznačně definováno, že se v takových případech lékaři nedopouštějí trestného činu.
Výsledky 66. sněmu německých právníků týkající se autonomie pacienta a trestního práva v oblasti péče o umírající však göttingenský právní vědec prof. Gunnar Duttge vidí jako chybné. Duttge, jenž je profesorem trestního práva a trestního práva procesního na Univerzitě Georga Augusta v Göttingenu a výkonným ředitelem Centra pro lékařské právo, prohlásil, že nebylo dosaženo cíle vytvořit pro pacienty a lékaře právní jistotu. Kritizuje „nejasné pojmy a neurčité hranice, které neumožňují náležitou orientaci“. Nezávazná doporučení 66. sněmu právníků, který se konal minulý týden ve Stuttgartu, podle mínění prof. Duttgeho přehlíží zájmy lékařů. Svou kritiku mimo jiné opírá o skutečnost, že dispoziční prohlášení pacientů mají mít striktně závazný účinek. Tímto způsobem však odsouvají lékaře do pozice „vykonavatelů“ nerozumné vůle pacienta. Předseda Spolkové lékařské komory prof. Jörg-Dietrich Hoppe označil na Sněmu německých právníků usmrcení na požádání i asistenci při sebevraždě za neslučitelné s etickými požadavky, jež jsou na povolání lékaře kladeny.

Sdružení „Aktion Gemeinsinn“ („Akce Smysl pro věci veřejné“) vzneslo začátkem října 2006 požadavek na vytvoření legislativního základu pro platnost dispozičních prohlášení pacientů. V pondělí apelovala v Berlíně tato iniciativa v otevřeném dopise na Německý spolkový sněm, že dispoziční prohlášení musí platit nezávisle na druhu a stadiu nemoci. Dále sněm vyzývá k tomu, aby se upustilo od praxe, kdy je vůle pacienta ze zásady přezkoumávána opatrovnickými soudy. Sdružení se zároveň vyslovilo proti aktivní eutanazii a pro rozvoj paliativní medicíny. V říjnu se očeká, že jednotlivé frakce předloží návrhy zákona o dispozičních prohlášeních pacientů.

Předseda Spolkového ústavního soudu Hans-Jürgen Papier se 31. prosince 2005 rezolutně vyslovil pro zachování striktního zákazu aktivní eutanazie. „Tabu zabití nesmí být v naší společnosti prolomeno. Ale přesně to by mohlo být důsledkem legalizace aktivní eutanazie,“ uvedl Papier v interview pro deník Leipziger Volkszeitung.
Předseda Spolkového ústavního soudu varoval, že při zmírnění stávajícího zákazu by nehrozilo jen prolomení mantinelů, ale také zneužití a sociální tlak na pacienty a lékaře. A dodal, že úkolem zákonodárců je chránit život. Svému úkolu dostojí tím, že zakážou aktivní usmrcování lidí a učiní ho trestným.

Spolkový prezident Johannes Rau se k těmto otázkám vyjádřil při zahájení 107. sjezdu německých lékařů, který se konal 21. 5. 2004 v Brémách:

„…V těchto otázkách se musí prokázat naše chápání člověka; zakládá se na lidské důstojnosti. Ne nadarmo se o nedotknutelnosti lidské důstojnosti píše na samém začátku našeho Základního zákona. Je ideálem, který udává směr i lékařskému výzkumu a vymezuje jeho hranice.

Nesmíme si osobovat rozhodování o tom, kdy má život skončit. Velmi vítám, že Spolková lékařská komora před několika dny vypracovala a zveřejnila nové znění „Zásad pro lékaře doprovázející umírající“ a že v odpovědi na otázku aktivní eutanazie trvá na striktním ne. Mají pravdu: nechceme žít ve společnosti, která lidem naznačuje, aby zvolili smrt, když už sami život nezvládají.

Musíme tudíž učinit ještě víc pro to, abychom dokázali zmírňovat bolest a zoufalství až do poslední minuty. Myslím si, že lékařky a lékaři musí být v rámci svého vzdělávání na tuto úlohu připravováni. Jistým počátkem je nový aprobační řád: léčba bolesti je součástí zkušební látky. Podle mnohých – i podle mě – je třeba jít mnohem dál, ale je to začátek a krok správným směrem.

Těžce nemocní pacienti mají strach ze strastiplného umírání. Tohoto strachu je může léčba bolesti, podle toho, co je mi známo, v naprosté většině případů zbavit. …“

Od května 2006 prožívá Velká Británie ostrý spor o zamýšleném zákonu o eutanazii. Nejvyšší náboženští představitelé křesťanů a Židů se ve společném otevřeném dopise postavili proti povolení eutanazie. Anglikánský arcibiskup Rowan Williams, kardinál Cormac Murphy-O'Connor a vrchní rabín Jonathan Sacks vyzvali poslance Horní sněmovny, aby za každých okolností trvali na právní zásadě bezpodmínečné ochrany života. V dopise otištěném v pátek v deníku Times náboženští vůdci zdůrazňují, že vstoupí-li v platnost zákon o eutanazii, nevyhnutelně to povede k tomu, že se „staří, osamělí nebo nemocní lidé ocitnou pod nátlakem, ať už skutečným nebo jen subjektivně pociťovaným, aby požádali o dřívější smrt“.
V květnu 2006 diskutovala Horní sněmovna o návrhu zákona, podle něhož má být za určitých stanovených podmínek umožněna aktivní eutanazie. Náboženští představitelé zdůrazňují, že takový zákon nemůže zaručit, že se z práva zemřít, jež je pro těžce nemocné požadováno, nestane povinnost.
Navíc podle nich hrozí, že rozhodování o životě a smrti budou ovlivňovat ekonomická hlediska, například u nákladné lékařské péče. V dopise se rovněž uvádí: „Věříme, že lidský život je svatý a že patří Bohu.“ Autoři dále vyjadřují názor, že místo legalizace eutanazie se musí v mnohem větší míře podporovat doprovázení umírajících. Paliativní medicínu a doprovázení umírajících považují za nepostradatelné pro zachování důstojného umírání. Požadují, aby vznikla finančně dobře zajištěná a všem dostupná paliativní centra.
Podle pozorovatelů nebylo v květnu pravděpodobné, že by bouřlivě diskutovaný návrh zákona mohl být v dohledné době přijat. Zákon předpokládá, že britským lékařům bude poskytnuta možnost předepsat na přání pacienta nevyléčitelně nemocnému smrtící léky. Pacienti by je pak mohli sami užít.

13. července 2006 postulovala Národní etická rada Spolkové republiky Německo ve stanovisku k právu na sebeurčení a k péči na konci života:

> *"(...) Od samého počátku se musí zabránit dojmu, že poskytnutím a podporováním možností asistence při sebevraždě společnost nabádá těžce nemocné a umírající k dobrovolnému odchodu ze světa živých, hrozí-li, že jim budou na obtíž."*

Kardinál Karl Lehmann jednou v Hesenských lékařských listech uvedl: Když byla sv. Karlu Boromejskému kdysi položena otázka, co by dělal, kdyby věděl, že musí za hodinu zemřít, odpověděl: „Dělal bych to, co právě dělám, obzvlášť dobře." Zde je překonán strach ze života, ona nervózní touha užívat si, snaha nacpat se až k prasknutí vším, čeho člověk ještě může dosáhnout. V tom se skrývá hluboký strach ze života.

Na závěr bych ještě jednou rád citoval Prof. dr. Jörga-Dietricha Hoppeho:

> *"Dnešní diskuze by pravděpodobně probíhala jinak, kdyby existovalo větší povědomí o tom, že moderní paliativní medicína je již dnes schopná redukovat bolest a ostatní symptomy na únosnou míru a zabraňovat tak zbytečnému utrpení. Úlohou a povinností lékaře proto není takzvaná aktivní pomoc při umírání, tedy eutanazie, nýbrž bezvýhradná ochrana chronicky nemocných, postižených a na cizí pomoc odkázaných pacientů a rovněž adekvátní lidské a lékařské doprovázení umírajících."*

Tímto bych rád skončil a děkuji Vám za pozornost.