

# Otázky smrti a umírání v civilním právu

Dr. jur. Katharina Deppert

Dámy a pánové,

jsem velmi potěšena a je mi velkou ctí, že mohu před tímto vybraným publikem hovořit o občanskoprávních aspektech života a smrti.

V centru občanskoprávního pohledu na toto téma stojí význam eutanazie (německy Sterbehilfe, „pomoc v umírání“). O aktivní eutanazii, která je v Německu zakázána, zde nechci hovořit. Odkážu pouze na preambuli zásad německé spolkové lékařské komory otištěnou v Německém lékařském věstníku (Deutsches Ärzteblatt, DÄBl. 2004 A 12/98), v níž se praví: „Spoluúčast lékaře na sebeusmrcení je v rozporu s lékařským étosem a může být trestná.“

Občanskoprávní judikatura a literatura hlavně pojednává o takzvané pasivní eutanazii. V této souvislosti musíme pomyslet na případy, kdy je pacientova základní nemoc podle lékařského přesvědčení nezvratná (ireverzibilní), její průběh již spěje ke smrti a smrt nastane brzy (srv. „směrnice pro eutanazii“ vydané německou spolkovou lékařskou komorou v červnu roku 1993 - „Richtlinien für die Sterbehilfe“, DÄBl. 90 (1993), B-1791, 1792); jedná se tedy o pomoc poskytovanou umírajícímu, o pomoc při umírání. Lékaři se povoluje neprovádět úkony sloužící k prodloužení života jako je umělé dýchání, krevní transfuze či umělá výživa. Vyčerpání možností technologie intenzivní medicíny, je-li v rozporu se skutečnou nebo domnělou vůlí pacienta, již není při respektování jeho práva na sebeurčení slučitelné s nárokem těžce nemocného pacienta na důstojnou smrt, (Sbírka rozhodnutí německého

Spolkového soudního dvora ve věcech trestních BGHSt 37, 376, 378). U umírajících je pro zajištění optimální terapie zmírnění bolesti dovolena i péče, jejímž vedlejším účinkem může být zkrácení života, které je neúmyslné, ale je akceptované jako možné riziko (BGHSt 42, 301; 46, 279, 286 n.; srv. Kutzer, Zeitschrift für Rechtspolitik 1993, 406).

Od pomoci poskytnuté umírajícímu musíme odlišit případy, v nichž proces umírání nezapočal, kdy pacient je schopen života v případě, že budou probíhat opatření pro udržování života (umělá výživa, přístrojové dýchání). Pokud se takováto péče neprovede nebo je-li přerušena, jedná se o „dopomoc k zemření“. Pro takovéto případy existuje významný rozsudek prvního trestního senátu německého Spolkového soudního dvora z 13. září 1994, takzvaný kemptenský rozsudek (BGHSt 40, 257). Ocituji zde jeho výrok:

„ 1. U nevléčitelně nemocného pacienta, který již není způsobilý rozhodovat, může být přerušeni lékařské péče nebo lékařského úkonu výjimečně přípustné i tehdy, pokud nenastaly předpoklady uvedené ve směrnících o eutanazii, jež vydala německá spolková lékařská komora, protože ještě nezapočal proces umírání. Rozhodující je domnělá vůle nemocného.

2. Na předpoklad domnělého souhlasu je třeba klást přísné nároky. Přitom jsou zvláště důležité dřívější ústní nebo písemná vyjádření pacienta, jeho náboženské přesvědčení, jeho další osobní hodnoty, jeho věkem podmíněná očekávaná délka života nebo trpění bolestmi.

3. Pokud nelze ani při provedení požadovaného pečlivého prozkoumání nalézt konkrétní okolnosti pro stanovení individuální domnělé vůle nemocného, je dovoleno a je nutné aplikovat kritéria, která odpovídají všeobecným hodnotám. Je přitom ale třeba jednat zdrženlivě; v případě pochyb má ochrana lidského života přednost před osobními úvahami lékaře, příbuzného či jiné zúčastněné osoby.“

Rozsudek se zabýval případem 72leté pacientky, která onemocněla Alzheimerovou chorobou a u níž při reanimaci prováděné po zástavě srdce došlo k závažnému nezvratnému poškození mozku. Pro neschopnost polykat, která tím vznikla, bylo u pacientky, která již nereagovala na své okolí a která již nebyla schopná chodit a stát, třeba zavést umělou výživu. Po dvou a půl letech péče, která již neslibovala zlepšení, se ošetřující lékař a pacientčin syn, jenž byl ustanoven ošetřovatelem (dnes: pečovatelem) shodli, že ukončí speciální výživu při zachování přísunu tekutin. Opatrovnický soud, který byl vyrozuměn vedoucím pečovatelské služby, odmítl pozastavení výživy povolit. Spolkový soudní dvůr zrušil odsouzení lékaře a syna zemským soudem v Kemptenu pro pokus o zabití, protože postrádal zjištění o existenci domnělého souhlasu. Proces skončil po vrácení věci zemskému soudu zproštěním viny v případě obou obžalovaných.

V tomto rozhodnutí trestního soudu se projevuje hledisko, které je rozhodující i pro občanskoprávní pohled na danou problematiku: vůle pacienta, která při přerušení lékařských úkonů a – což bývá často přehlíženo – již při jejich zahájení má přednost. Takzvané kemptenské rozhodnutí se svého času stalo terčem kritiky (souhlasil s ním ale vrchní zemský soud ve Frankfurtu nad Mohanem M., Neue Juristische

Wochenschrift 1998, 2749). Na jednu stranu bylo z důvodu porušení povinnosti zachovat život chápáno zvažování ukončit lékařskou péči při daném apalickém syndromu jako „krok směřující do jiné republiky“ (Dörner, Zeitschrift für Rechtspolitik 1996, 93, 95) a rozhodnutí bylo označováno za „životu nebezpečný trestněprávní rozsudek“ (Laufs, NJW 1998, 3399). Na druhou stranu bylo kritizováno, že Spolkový soudní dvůr poukazuje na individuální okolnosti jako je věkem podmíněná očekávaná délka života a trpění bolestmi, místo aby se opřel pouze o hypotetickou individuální vůli pacienta. Když německá spolková lékařská komora přizpůsobovala své zásady kemptenskému rozsudku, zařadila do nezbytné základní péče výslovně pouze mírnění pocitu žízně a hladu, avšak nikoli výživu jako takovou (BÄK-Grundsätze, DÄBI 1998, B 1852; srv. též BÄK-Grundsätze, DÄBI 2004, A 1298).

Kemptenský rozsudek významně ovlivnil občanskoprávní judikaturu, protože rozhodujícím způsobem dostal do hry domnělou vůli pacienta. Posudek, který vypracoval Prof. Dr. Taupitz pro 63. německý sněm právníků v roce 2000 (Verhandlungen des 63. DJT 2000, Gutachten A), se zaměřil na následky, které vyplývají z respektování autonomie pacienta pro otázku, zda smí být zahájena lékařská péče a zda se v ní smí pokračovat. Ospravedlnit není potřeba pouze ukončení úkonu pro zachování života, ale lékař se musí být schopen již při zahájení lékařské péče a kdykoli během jejího pokračování odvolat na (domnělý) souhlas pacienta.

Přednost tedy nemá otázka, zda má být lékařsky indikovaný úkon – lékařskou indikací je třeba předpokládat vždy - ukončen nebo neproveden, ale zda smí vůbec být proveden, a tedy poté v něm smí být pokračováno (srv. Verrel, Gutachten C für den 66. Deutschen Juristentag, C37). Příliš snadno se opomíná, že z pacientova práva na

sebeurčení může vyplynout nejen právo, ale dokonce povinnost, ukončit opatření udržující pacienta při životě a – což je také třeba zohlednit – taková opatření, jako je například zavedení PEG sondy pro umělou výživu, vůbec nezahajovat.

Na tom se zakládá rozhodnutí XII. civilního senátu ze 7. března 2003 (BGHZ 154, 205), které se týkalo otázky zastavení umělé výživy prostřednictvím PEG-Sondy v případě 70letého pacienta, který utrpěl poškození mozku ve smyslu apalického syndromu a jemuž byla přibližně rok a půl poskytována umělá výživa prostřednictvím sondy. Pacient v takzvané dispozici pacienta určil, že mj. v případě těžkého trvalého poškození mozku nebo při trvalém vysazení životně důležitých funkcí svého těla, mj. požaduje „zastavení výživy“, pokud by lékařská péče vedla již pouze k prodloužení procesu umírání. Předsedkyně senátu Dr. Hahne ve své interpretaci rozsudku mimo jiné uvedla následující, cituji zde doslovně:

„Každý zásah do tělesné integrity pacienta vyžaduje jeho souhlas, který je zásadně třeba získat před zahájením lékařského úkonu a jenž je účinný pouze tehdy, pokud zásahu předcházelo příslušné vysvětlení ze strany lékaře. Lékař nemá samostatné právo poskytovat lékařskou péči, nýbrž pouze povinnost poskytnout péči, která vyplývá výhradně z pověření pacienta. Lékařská péče provedená bez účinného souhlasu je protiprávním ublížením na zdraví. Přitom není rozdíl v tom, zda se jedná o jednorázový zásah nebo o provádění trvalé léčby či o pokračování v ní. Odmítne-li tedy pacient souhlasit nebo odvolá-li předem udělený souhlas, nesmí lékař ani zahájit léčbu ani proti změněné vůli pacienta pokračovat v původně schváleném úkonu, a sice bez ohledu na to,

zda počínání pacienta shledává nerozumným nebo ne. I při zásahu, který je z lékařského hlediska smysluplný a objektivně nutný, zůstává vždy na pacientovi, zda se pro něj rozhodne. Dojde-li dodatečně k dalším zjištěním, jež mluví ve prospěch zásahu, zpravidla tato skutečnost neospravedlňuje lékařský zákrok, který byl proveden bez účinného souhlasu. Tento zákrok zůstává nadále protiprávní. Vyplývá to z osobní svobody rozhodování pacienta, která není omezena tím, co by bylo z lékařského hlediska nebo objektivně nezbytné a smysluplné (BGH, rozsudek z 18.03.2003 – VI ZR 266/02, NJW 2003, 1862 s dalšími odkazy). Právo na sebeurčení zakotvené v článku 1 německé ústavy (tzv. Základního zákona) platí i pro osoby na konci jejich života a ony mohou určovat zda, jak dlouho a jakým způsobem jim bude poskytována lékařská péče. To platí shodně pro pacienty, kteří nejsou schopni udělit souhlas, protože okolnost, že již aktuálně nemohou vyjádřit svoji vůli, je nezbavuje ochrany podle článku 1 německé ústavy. ...“ „Projev vůle zavazuje lékaře a ošetřující personál – a ve vnitřním vztahu k nemocnému – i osobu o něj pečující nebo zmocněnce ve věcech starobní péče.“

Rozsudek vzbudil pochybnosti, protože XII. civilní senát ve výroku a v odůvodnění rozhodnutí vychází z toho, že musel nastat „nezvratný smrtelný průběh“ nemoci, aby bylo možné pomoci prosazení se vůle pacienta. V případě pacienta ve vigilním komatu tomu ale právě tak není a tento obrat je právem chápán jako odchylka od kemptenského rozsudku. Míní se tím však, jak objasnila předsedkyně senátu (Hahne, op. cit., s. 245), že by pacient bez výživy udržující ho při životě již nebyl schopen života.

Pro stanovení vůle pacienta v případě, že by v rozhodujícím okamžiku již nemohl vykonávat své právo na sebeurčení, připadá v úvahu dispozice pacienta. Dnes panuje názor, že účinná dispozice pacienta musí být principiálně zohledněna. Dřívější obavy, že pacienti nemohou předem odhadnout svůj budoucí zdravotní stav a svá přání týkající se lékařské péče, nemohou zpochybňovat platnost dispozic pacientů jako takových (srv. Verrel, op. cit., C 48 s dalšími odkazy). Omezená informovanost autora a nedostatečná konkretizace a preciznost pojmů mohou výpovědní hodnotu předem sepsaných dispozic omezit jenom v jednotlivých případech. Veškeré návrhy a stanoviska k úpravě dispozice pacientů, které rozhodnutím XII. civilního senátu získaly na závažnosti – jedná se o návrhy spolkového ministerstva spravedlnosti, Kutzerovy komise, meziresortní komise a etické komise – vycházejí z toho, že dispozice pacientů, které jsou jednoznačné a vztahují se na jistou situaci a jež nemusí být nutně průběžně aktualizovány, jsou zásadně závazné. Platí, pokud nebyly odvolány a pokud nevykazují konkrétní náznaky vad v projevu vůle nebo průběžné změny vůle. Dříve vyjádřená vůle, kterou pacient projevil ve stavu, ve kterém byl schopen udělit souhlas, musí být respektována i tehdy, pokud pacient na základě svého aktuálního stavu již není schopen svéprávného jednání. XII. civilní senát to vyvodil z § 130 odst. 2 německého občanského zákoníku, podle něhož dřívější projev vůle zůstává účinným i tehdy, pokud prohlašovatel po jeho odevzdání pozbude způsobilosti k právním úkonům. K tomu se přidává i skutečnost, že vůle pacienta odrážející se v dispozici pacienta, byla zaměřena právě na to, aby byla učiněna preventivní opatření pro případ, že u něj nastane neschopnost udělit souhlas, například v důsledku nemoci nebo úrazu.

Na otázku písemné formy dispozice pacienta panují různé názory. Zatímco návrhy spolkového ministerstva spravedlnosti a Kutzerovy komise chtějí upustit od požadavku náležité formy, považuje meziresortní komise, bioetická komise a národní rada pro etiku dodržení písemné formy za nezbytný předpoklad účinnosti dispozice (srv. doklady ve Verrel, op. cit., C 30). I podle závěrů 66. německého sněmu právníků, který se konal ve dnech 19. - 22. září 2006 ve Stuttgartu, je písemná forma nezbytná, pokud není dispozice zdokumentována jinak, například pomocí videozáznamu. Tato dispozice musí dále být jednoznačná, nesmí existovat náznaky omylu, klamání nebo toho, že pacient mezitím svou vůli změnil. Požadavek předchozího objasnění či poučení – které nemusí vždy provádět lékař – jenž komise do jisté míry vznášejí, byl německým sněmem právníků odmítnut. Těsnou většinou byl přijat návrh, aby dispozice pacienta nebyla závazná v případech, kdy pacient nemohl při jejím sepsání zohlednit budoucí vývoj v lékařství, při jehož znalosti by se možná býval rozhodl jinak.

Sporný je – a různé návrhy podávají odlišnou odpověď - vedle otázky nutnosti ustanovení pečovatele i požadavek, aby bylo zastavení úkonů sloužících k prodloužení života schváleno pečovatelem. XII. civilní senát omezil zapojení opatrovnického soudu, jak později ještě jednou výslovně objasnila předsedkyně senátu, na konflikty mezi lékařem a pečovatelem a dovedil souhlas soudu z „celkového pohledu pečovatelského práva“ a z „nevyhnutelně nutné potřeby“, nikoli z § 1904 německého občanského zákoníku (což podporovala druhá strana), který upravuje případ lékařské péče ohrožující život. Vládní návrh spolkového ministerstva spravedlnosti převzal konfliktní model Spolkového soudního dvora a navíc neshledává a priori potřebu, aby pečovatel rozhodoval o lékařské péči (a tudíž také není třeba povolení opatrovnického soudu), pokud



osoba, o niž je pečováno, již sama předem rozhodla prostřednictvím účinné dispozice pacienta. XII. civilní senát ostatně v tzv. traunsteinském rozhodnutí opětovně souhlasil s tím, že povinné získání povolení opatrovnického soudu, bude omezeno na případ konfliktu. V usnesení z 8. června 2005 (NJW 2005, 2385) odebral ošetřujícímu personálu právo prosadit se proti shodnému vyjádření lékaře a pečovatele, pravděpodobně na základě předpokládaného závazného omezení pacientova práva na sebeurčení smlouvou s pečovatelským ústavem.

Největší spory při úpravě dispozic pacientů panují ohledně otázky dosahu jejich obsahu. Meziresortní komise hodlá souhlasit se závazností dispozice pacientů pouze tehdy, pokud „je základní nemoc ireverzibilní a i přes lékařskou péči povede podle lékařských poznatků ke smrti“. Toto dalekosáhlé omezení preventivního sebeurčení je zejména zdůvodňováno objektivněprávním závazkem státu chránit život a dále sociálně morálními důsledky neomezené dispoziční moci učiněné předem je prý třeba působit proti vzniku atmosféry, v níž by bylo možné vyvíjet nátlak na starší a těžce nemocné osoby, aby svůj život ukončily prostřednictvím dispozice pacienta. Meziresortní komise ve své snaze výslovně zabránit dispozicím omezujícím lékařskou péči v případě demence a vigilního komatu poukazuje na problém diskontinuity osobnosti i na zjištění neurologického a neuropsychologického výzkumu, jež si vyžádaly přehodnocení možností vnímání a vyhlídek na rehabilitaci u pacientů ve vigilním komatu. Spolkové ministerstvo spravedlnosti však nechce závazný účinek dispozic pacientů omezit na případy „pomoci při umírání“. Odpovídajícím způsobem je rovněž formulován návrh 66. německého sněmu právníků.

Pro člověka, který není lékařem je obtížné vyjádřit názor na tuto velmi závažnou otázku. Myšlenka, že člověk bude muset strávit poslední roky svého života ve vigilním komatu podobně jako mladá Američanka Terry Schiavo je ovšem tíživá. Příklady, které i s obrazovým doprovodem prezentovali referenti na 66. německém sněmu právníků, vzbuzují velké pochybnosti o tom, zda je udržování života na tomto stupni existence ještě smysluplné a humánní. Otázka pasivní eutanazie není vůbec nová. Spisovatel a lékař Arthur Schnitzler ve svém dramatu „Profesor Bernhardi“, které se odehrává kolem roku 1900 ve Vídni, nechává promlouvat jednoho mladého lékaře ke druhému: „Ano, umění jak prodloužit život máme v malíku“.

Souhlasila bych ovšem co do výsledku s rozhodnutím Spolkového ústavního soudu učiněného v případě svědkyně Jehovovy, která v písemné dispozici pacienta a navíc i výslovně těsně před provedením zákroků prohlásila, že za žádných okolností nechce dostat krevní transfuzi (NJW 2002, 2006). Spolkový ústavní soud zvážil práva manžela pacientky, který nenáležel ke Svědkům Jehovovým, a jejích dětí vyplývající z článku 6 německé ústavy a upřednostnil je před právem pacientky na sebeurčení. Skutečnost, že je toto rozhodnutí z hlediska práva pacienta na sebeurčení navýsost problematické, není třeba blíže vysvětlovat (srv. Verrel, op. cit., C 38-41 s dalšími odkazy.)

Protože je zdejší symposium věnováno významnému spisovateli, dovoluji mi, abych na závěr svého referátu zmínila literární dílo, které se – na rozdíl od mého příspěvku – zabývá aktivní eutanazií. Theodor Storm ve své novele „Ein Bekenntnis“ líčí příběh lékaře, který svou milovanou mladou manželku na její naléhání zbaví nesnesitelných bolestí, které jí působí nevléčitelná nemoc. Krátce po její smrti zjistí při listování

lékařskými časopisy, které poslední dobou nechával ležet stranou, že existuje nová metoda k vyléčení z této nemoci, která je však riskantní a ne příliš úspěšná. Poté tuto novou metodu s nejtěžšími výčitkami svědomí a duševními muky úspěšně aplikuje u jiné pacientky. Při čtení této novely jsem si poprvé uvědomila problematiku lékařského rozhodnutí o životě a smrti.

Dámy a pánové, děkuji Vám za pozornost.