

Tessa Chelouche
Geoffrey Brahmer



Bioetyka i Holocaust

STUDIA PRZYPADKÓW

Bioetyka i Holocaust

STUDIA PRZYPADKÓW

Tessa Chelouche
Geoffrey Brahmer

Bioetyka i Holocaust

STUDIA PRZYPADKÓW

Współpraca
Susan Benedict

Tłumaczenie
Roman Polesek
Katarzyna Popowicz

Przekład przejrzała i poprawiła
Anna Fac-Biedziuk

Katedra Bioetyki UNESCO
Kierownik: prof. Amnon Carmi
Międzynarodowe Centrum Zdrowia, Prawa i Etyki
Wydziału Prawa Uniwersytetu w Hajfie, Izrael

Izraelski Komitet Narodowy ds. UNESCO
Międzynarodowe Centrum Zdrowia, Prawa i Etyki
Wydziału Prawa Uniwersytetu w Hajfie, Izrael
Kierownik: prof. Amnon Carmi

Podziękowania

Jesteśmy szczególnie wdzięczni prof. Amnonowi Carmiemu reprezentującemu Katedrę Bioetyki UNESCO oraz Międzynarodowe Centrum Zdrowia, Prawa i Etyki na Uniwersytecie w Hajfie. Tego wyjątkowego projektu nie udałooby się zrealizować bez jego przekonania o doniosłości badań, których owocem jest ta publikacja. Dziękujemy również za inspirację i bezcenne wskazówki oraz za pomoc i wsparcie.

Tessa Chelouche, Geoffrey Brahmner, *Casebook on Bioethics and the Holocaust*
First published 2013 by Publications Division, Ministry of Education, Israel

© UNESCO Chair in Bioethics, Haifa 2013

© Copyright for the Polish edition by Medycyna Praktyczna 2019

© Copyright for the Polish translation by Katarzyna Popowicz (Foreword, Introduction, Chapters 1–9, 11, 12 [part 1]) and Roman Polesek (Chapters 10, 13 [part 1], 1–7 [part 2], Appendixes 2, 3), 2019

© Copyright for the Polish translation of Declaration of Helsinki by Marek Czarkowski, Romuald Krajewski, Konstanty Radziwiłł – Ośrodek Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej, Warszawa 2008

© Copyright for the Polish translation of Nuremberg Code by Joanna Różyńska, 2012

Żadna część niniejszej publikacji nie może być powielana, przechowywana w systemie pobierania lub rozpowszechniana w jakiegokolwiek postaci ani w jakikolwiek sposób – w formie elektronicznej, mechanicznej, fotokopii, nagrania lub innej – bez uprzedniej pisemnej zgody Katedry Bioetyki UNESCO. Co do zasady Katedra Bioetyki UNESCO Uniwersytetu w Hajfie (Izrael) udziela zgody na recenzowanie, streszczanie, powielanie i tłumaczenie części lub całości niniejszej publikacji, o ile nie odbywa się to w celu sprzedaży lub w innych celach komercyjnych.

Autorzy niniejszej książki biorą wyłączną odpowiedzialność za przedstawione w niej poglądy. Nie muszą się one pokrywać ze stanowiskami organizacji, z którymi autorzy są związani.

Recenzenci

prof. dr hab. n. med. Zdzisław J. Ryn

prof. dr hab. n. med. Aleksander Skotnicki

Konsultanci naukowci

dr n. med. Maria Ciesielska

dr hab. n. med. Jakub Pawlikowski

Koordynacja projektu

Magdalena Polesek

Redakcja

Anna Fac-Biedziuk

DTP

Maciej Dora

Projekt okładki i opracowanie graficzne

Łukasz Łukasiewicz

Druk

Technet, Kraków

Wydanie I

ISBN 978-83-7430-583-9

Medycyna Praktyczna

<http://www.mp.pl>



United Nations
Educational, Scientific and
Cultural Organization



UNESCO Chair
in Bioethics
University of Haifa

Spis treści

Przedmowa	9
Wstęp	11

Część I. Nazistowscy lekarze

Medycyna nazistowska – tło historyczne	21
1. Adaptacja idei eugenicznych przez medycynę nazistowską	29
1.1. Eugenika. Udział lekarzy w podejmowaniu decyzji odnoszących się do wartości życia ludzkiego	29
1.2. Sterylizacja eugeniczna	34
2. Rasizm i medycyna nazistowska	39
2.1. Określenie rasy jako element diagnozy medycznej	39
2.2. Rasizm w nazistowskim środowisku medycznym	45
3. Edukacja medyczna pod rządami nazistów	51
4. Prasa medyczna pod rządami nazistów	57
5. Podwójna lojalność lekarzy – państwo vs jednostki	63
6. Medycyna a wymogi ekonomii	69
7. Eutanazja	75
8. Znaczenie przysięgi Hipokratesa	85
9. Medyczne badania naukowe	91
9.1. Tajemnica lekarska	91
9.2. Świadoma zgoda a eksperymenty na ludziach	95
9.3. Zgoda rodziców na leczenie	102
9.4. Utylitaryzm w badaniach klinicznych	106
9.5. Wykorzystanie części ciała ludzkiego pozyskanych w sposób nieetyczny	110
9.6. Fałszowanie dokumentacji medycznej	116
9.7. Czy wykorzystywać dane zdobyte przez nazistowskich lekarzy?	119

10.	Lekarze wobec tortur	127
11.	Udział lekarzy w ludobójstwie	133
12.	Etyka badań medycznych prowadzonych przez koncerny farmaceutyczne	139
13.	Sumienie lekarskie i sprzeciw wobec naruszeń zasad etyki	147

Część II. Lekarze-więźniowie

Tło historyczne.	157
1. Bezsilność medycyny w skrajnych warunkach	161
2. Segregacja medyczna	165
2.1. Nadużycia związane z segregacją medyczną: nazistowskie selekcje	165
2.2. Sprawiedliwość dystrybucyjna	169
3. Ryzyko związane ze sprawowaniem opieki medycznej	173
3.1. Ujawnianie tożsamości zawodowej w obliczu zagrożenia życia . .	173
3.2. Leczenie wroga	176
3.3. Opieka medyczna w sytuacji zagrożenia – obowiązki personelu lekarskiego i pielęgniarskiego	181
3.4. Zmiana postaw etycznych	184
3.5. Wykonywanie poleceń lekarzy nazistowskich	187
4. Aborcja z perspektywy lekarzy nazistowskich i lekarzy-więźniów . .	191
5. Opieka nad umierającymi pacjentami	199
6. Mówienie prawdy	203
7. Lekarze w „sytuacjach bez wyjścia”	207

Załączniki

1. Kodeks norymberski, 1947	213
2. Rozporządzenie pruskiego Ministra ds. Wyznań, Spraw Szkolnych i Medycznych, 1900	215
3. Okólnik Rzeszy w sprawie zdrowia. Wytoczne dotyczące nowych terapii i eksperymentów na ludziach, 1931	217
4. Deklaracja helsińska, 2008	221

Przedmowa

Inicjatywa dr Tessy Chelouche – cenionej izraelskiej lekarki i znawczyni historii medycyny – aby przygotować publikację dotyczącą funkcjonowania służby zdrowia oraz postaw lekarzy w dobie Holokaustu, zasługuje na najwyższe uznanie. Zgromadzenie odpowiednich informacji i wydobywanie ich z ukrytych archiwów z pewnością stanowiło nie tylko skomplikowaną misję naukową, ale także niezwykle trudne przeżycie emocjonalne.

Szymon Dubnow, wybitny żydowski historyk, prowadzony w ryskim getcie razem z innymi Żydami na egzekucję, miał się do nich zwrócić słowami: „Żydzi, piszcie i zapisujcie! (jid. *Jidn, szrejbt un farszrejbt!*).

Pamięć – jaki z niej pożytek?

Po co przywoływać duchy? Po co znów zaglądać do komór gazowych, po co wracać pamięcią do wspomnień o Holokauście, które otworzą puszkę Pandory, pełną okrucieństwa i rozpacz? Po co pamiętać za wszelką cenę, skoro to tak bardzo boli?

Elie Wiesel powiedział: „Jeśli będziemy zbyt intensywnie wpatrywać się w umarłych, musimy liczyć się z ryzykiem, że pociągną nas za sobą”.

Pamięć nie jest celem samym w sobie, jest tylko narzędziem, którego użycie ma wyłącznie jedno uzasadnienie: NIGDY WIĘCEJ!

Nie chodzi tu o historiografię naukową ani o gloryfikację męczeńskiej śmierci. Nie da się cofnąć czasu i zmienić przeszłości, a pamięć o umarłych ich nie wskrzesi. „Nigdy więcej” wzywa do ocalenia człowieczeństwa, do ocalenia ludzkości.

Studiując przypadki zebrane przez Tessę Chelouche, Geoffreya Brahmera i Susan Benedict, trudno zrozumieć, jakim sposobem ludzie mogli się stać zabójcami albo współsprawcami zbrodni, jak lekarze mogli zadawać tyle cierpienia istotom ludzkim.

Elie Wiesel ujął to słowami: „Nie rozumiem, jak mogło do tego dojść, i im dłużej będę żył, tym mniej będę w stanie zrozumieć. Jednak nadal będę się

starał, a to kolejna lekcja – chociaż wciąż nie rozumiemy, musimy dalej próbować zrozumieć”.

Katedra Bioetyki w Hajfie, ustanowiona pod egidą UNESCO, promuje i wspiera nauczanie etyki w szkołach medycznych na całym świecie. Odpowiada na potrzeby wykładowców i studentów poprzez wydawanie i udostępnianie podręczników, czego przykładem jest niniejsza publikacja.

Jednak wydawanie książek i formułowanie kodeksów etycznych to za mało, trzeba się jeszcze do nich stosować – a to wymaga edukacji. Niniejsza publikacja próbuje pomóc zrozumieć Holokaust. Zmierzenie się z pytaniem, na które nie ma odpowiedzi – jak mogło do tego dojść? – być może pozwoli studentom na uświadomienie sobie postulatów „Nigdy więcej!” oraz na wypełnienie testamentu: *szrejbt un farszrejbt*.

Prof. Amnon Carmi

Kierownik Katedry Bioetyki UNESCO (Hajfa)

Wstęp

Tym, co okrywa historię medycyny XX wieku największą hańbą, jest rola, jaką odegrali niemieccy lekarze w dobie nazizmu. W momencie dojścia nazistów do władzy niemiecka medycyna należała do najlepiej rozwiniętych na świecie. Znacząco wpłynęła na kształt medycyny akademickiej i praktyki klinicznej w innych państwach. Jednak mimo swej rangi została uwikłana w ideologię nazistowską, a następnie wmanewrowana w konceptualizację i propagowanie programów rasowych i społecznych. Zaangażowaniu szerokich rzesz przedstawicieli profesji medycznej towarzyszyły aktywny udział i poparcie elit akademickich. Narodowi socjaliści otrzymali wsparcie nie tylko od środowiska medycznego, mogli liczyć również na reprezentantów innych dziedzin. Jednak zawód lekarza różni się od innych profesji tym, że wpisane są w niego oczywiste zobowiązanie do przestrzegania zasad etycznych, humanitarne podejście i licząca już prawie dwa tysiące lat przysięga Hipokratesa, która na pierwszym miejscu stawia cierpiących.

W powojennym procesie w Norymberdze postawiono przed sądem za zbrodnie przeciwko ludzkości zaledwie dwudziestu niemieckich lekarzy. Światowe elity lekarskie utrzymywały później, że sytuacje pogwałcenia zasad zawodowych przez przedstawicieli profesji lekarskiej dotyczyły garstki lekarzy działających w kilku okrytych złą sławą miejscach, takich jak obozy koncentracyjne. Sam proces oraz powstały w jego wyniku Kodeks norymberski nie doczekały się trwalszego zainteresowania. Sytuacja zmieniła się dopiero w połowie lat 60.¹ – wcześniej to, czego dopuścili się przedstawiciele środowiska

¹ W latach 60. i 70. XX w. miały miejsce wydarzenia warunkujące zmiany w społecznej pamięci o Holokauście. Były nimi niewątpliwie procesy zbrodniarzy nazistowskich, m.in. Adolfa Eichmanna w Jerozolimie w 1961 r. oraz załogi KL Auschwitz-Birkenau we Frankfurcie nad Menem w latach 1963–1965 (przyp. Marii Ciesielskiej [dalej: M.C.]).

medycznego w nazistowskich Niemczech, reszcie lekarzy na świecie wydawało się kompletnie nieistotne.

Dziś wiemy już więcej. W poważne przestępstwa, których dopuszczono się pod rządami nazistów, zamieszanę było całe środowisko medyczne, a nie tylko garstka lekarzy. W latach 80. zaczęły się pojawiać publikacje historyczne, które ujawniały, jak bardzo niemiecka medycyna przesiąknięta była nazizmem². Ponad połowa niemieckich lekarzy była członkami partii nazistowskiej. Stanowiło to zdecydowanie większy odsetek niż w przypadku innych wolnych zawodów.

Niemieccy lekarze zaczęli przedkładać służbę państwu nad etykę lekarską na długo zanim rozpoczął się Holokaust. Już na początku XX wieku promowali politykę eugeniki i czystości rasowej, dążąc gorliwie do ograniczenia reprodukcji osób cierpiących na choroby uznane za dziedziczne. W latach 1939–1945 wysterylizowali około 400 000 obywateli niemieckich ze schorzeniami psychicznymi lub fizycznymi. Przygotowali i przeprowadzili niesławną akcję T4, w ramach której mordowali w sposób zinstytucjonalizowany niepełnosprawnych, nazywając to „eutanazją”. Dążenie do stworzenia czystej rasy aryjskiej wysunęło się przed zasady etyki lekarskiej. Niemiecka medycyna stała się narzędziem w rękach polityki. Nazistowscy lekarze przestali się utożsamiać z rolą zwykłych lekarzy, powołanych do etycznego postępowania, do leczenia ludzi i troski o ich dobro. Pozwolili sobie wmówić, że dobrobyt państwa jest ważniejszy od dobra pacjentów, a eksterminacja milionów ludzi to „leczenie” państwowego organizmu.

² W Polsce już w 1961 r. wydano pierwszy okolicznościowy numer „Przeglądu Lekarskiego” poświęcony medycznemu, psychologicznemu i społecznym skutkom uwięzienia w obozach koncentracyjnych. Ukazał się on dzięki staraniom Oddziału Krakowskiego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Zarządu Głównego Związku Bojowników o Wolność i Demokrację oraz Krakowskiego Klubu Oświęcimskiego przy Zarządzie Oddziału ZBoWiD. Głównym celem i założeniem komitetu redakcyjnego „Przeglądu Lekarskiego – Oświęcim” była publikacja artykułów dotyczących badań następstw traumatyzujących przeżyć okresu wojny, prac dokumentujących zbrodnie niemieckich lekarzy oraz zagadnień etyczno-moralnych i wartości humanistycznych okresu nazwanego wówczas „niehumanistycznym czasem pogardy”. Kolejne numery „Przeglądu Lekarskiego – Oświęcim” ukazywały się nieprzerwanie co rok do 1991 r. Dzisiaj artykuły z tego czasopisma przetłumaczone na język angielski są umieszczone w ogólnodostępnym portalu www.mp.pl/auschwitz (przyp. M.C.).

W czasie wojny naziści, przy czynnym wsparciu i współpracy lekarzy, legitymizowali i racjonalizowali okropności Holokaustu, poprzez przedstawianie Żydów, Romów i innych mniejszości jako uosobienia zarazy, którą trzeba wytępić. Obecność lekarzy w obozach koncentracyjnych okazała się kluczowa dla organizacji i funkcjonowania tych ośrodków zagłady. To właśnie lekarze decydowali, kto nadaje się do pracy, a kto ma zginąć w komorze gazowej. Przeprowadzali też na więźniach okrutne eksperymenty pseudomedyczne.

Jednym z pierwszych powojennych procesów nazistów był tzw. proces lekarzy. Miał on charakter precedensowy – nigdy wcześniej nie oskarżano lekarzy o zbrodnie przeciwko ludzkości. W Norymberdze postawiono im zarzuty o udział w morderczych pseudoeksperymentach i torturach dokonywanych w nazistowskich obozach koncentracyjnych. W orzeczeniu końcowym (znanym obecnie jako Kodeks norymberski) sąd deklarował prawa osób poddawanych badaniom klinicznym oraz potępił niehumanitarne nazistowskie pseudoeksperymenty, a także większość oskarżonych. Choć kodeksy etyczne dotyczące eksperymentów z udziałem ludzi funkcjonowały już przed wojną, jak na przykład niezwykle szczegółowy kodeks niemiecki z 1931 roku³, to Kodeks norymberski był pierwszym o randze międzynarodowej. Po jego ogłoszeniu zaczęły powstawać kolejne międzynarodowe dokumenty dotyczące praw człowieka i eksperymentów na ludziach, między innymi Deklaracja genewska, Deklaracja helsińska czy Powszechna deklaracja w sprawie bioetyki i praw człowieka UNESCO. Mimo że zarówno te, jak i inne dokumenty dotyczące bioetyki i etycznych obostrzeń związanych z przeprowadzaniem eksperymentów na ludziach biorą swój początek w Norymberdze, żaden z nich się do niej bezpośrednio nie odnosi. Tymczasem bioetyka jako dziedzina wywodzi się z Norymbergi, nie powstała w latach 60. XX wieku, jak się powszechnie sądzi. Faktem jest, że środowisko medyczne przez dziesięciolecia po II wojnie światowej milczało. Norymberga, mimo że postrzegana jako ważne wydarzenie historyczne, nie miała formalne-

³ Chodzi o Okólnik Rzeszy w sprawie zdrowia. Wytyczne dotyczące nowych terapii i eksperymentów na ludziach (Richtlinien für neuartige Heilbehandlung und für die Vornahme wissenschaftlicher Versuche am Menschen). Rozporządzenie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Reichsministerium des Innern) ukazało się 28 lutego 1931 r. i regulowało zasady dopuszczalności przeprowadzania badań naukowych z udziałem człowieka – p. Załącznik 3. (przyp. M.C.).

go wpływu na etykę medyczną. Nowoczesna bioetyka niewiele mówiła na temat Holokaustu. Przez dziesięciolecia potrafiła się odnieść do nazistowskiej przeszłości medycznej jedynie poprzez przywołanie analogii z nazistowską medycyną, najczęściej nieadekwatne i nieoparte solidną wiedzą.

Prawdopodobnie jedną z przyczyn milczenia był dyskomfort, który wywoływała myśl o konfrontacji z przeszłością. Łatwiej było podtrzymywać mit o niedorzecznym, szalonym czy narzuconym przez władzę kształcie medycyny nazistowskiej i dystansować się od postaw ówczesnych lekarzy. Przecież coś takiego nie mogłoby się nigdy przytrafić nam, profesjonalistom. Niewygodnie było przyznać, że lekarze zupełnie tacy jak my dostarczyli podstaw naukowych i zbudowali fundamenty pod nazistowskie programy rasowe, które doprowadziły do ludobójstwa. Światowe środowisko medyczne nie było gotowe dopuścić do siebie myśli, że wielu z naszych kolegów po fachu wspierało reżim nazistowski i świetnie w nim prosperowało, w czasie gdy medycyna odstąpiła od swego tradycyjnego etosu, oddając się perwersyjnej ideologii śmierci i cierpienia.

Gdyby jednak dyskusja o zaangażowaniu medycyny w Holokaust nie wywoływała dyskomfortu, okazałaby się porażką – przecież ów dyskomfort może być w istocie uważany za jedną z fundamentalnych przesłanek bioetyki. Bioetyka to przecież refleksyjne badanie problemów etycznych w medycynie i polityce zdrowotnej w celu dostarczenia nam, lekarzom i osobom związanym ze służbą zdrowia, standardów moralnych, które uwzględniają nasze poczucie dyskomfortu związane z wykonywaniem praktyki medycznej. Dyskomfort, który powstaje podczas rozważań nad etyką lekarską, może być w pewnym sensie postrzegany jako element spajający naszą moralność. To właśnie on doprowadził do sformułowania w 1947 roku dziesięciopunktowego Kodeksu norymberskiego regulującego kwestię przeprowadzania eksperymentów na ludziach. Pierwszą i główną zasadą tego kodeksu jest konieczność uzyskania świadomej zgody; późniejsze zasady doktrynalne współczesnej bioetyki uznają poszanowanie autonomii za jedno z fundamentalnych założeń etycznej opieki klinicznej. Może być ono postrzegane jako wzmocnienie pozycji pacjentów poprzez prawo do świadomej zgody. Oba te zagadnienia, podobnie jak wszelkie inne we współczesnej bioetyce, mają swoje korzenie w „dyskomfortach” medycyny przeszłości, łącznie z dyskomfortem płynącym z wiedzy o tym, co wydarzyło się w III Rzeszy.

Niektórzy uznają za absurd jakąkolwiek sugestię, że mogą istnieć analogie pomiędzy tym, jacy byli naziści, a tym, jacy my jesteśmy, między tym, co robili oni, a tym, co my robimy. W ich opinii Holokaust był wydarzeniem jednostkowym, stąd też odwoływanie się do niego we współczesnym dyskursie bioetycznym jest bezzasadne. Inni z kolei uważają, że wnioski płynące z analizy systemu wartości i wyborów moralnych nazistowskich lekarzy mogą pomóc w kształtowaniu współczesnej debaty i praktyki oraz w uniknięciu stosowania niewłaściwych analogii w toczących się współcześnie dyskusjach bioetycznych.

Autorzy niniejszej publikacji zgadzają się z tym drugim punktem widzenia. Sądzimy, że środowisko medyczne musi przestudiować i zrozumieć wynaturzenia nazistowskiej opieki zdrowotnej, aby móc prowadzić rzetelny i konstruktywny dialog w kwestiach bioetycznych. Chcemy jednocześnie podkreślić, że analizując racje moralne płynące z lekcji o nazistowskiej medycynie, nie sugerujemy, iżby którykolwiek z poglądów czy dyskursów dzisiejszej bioetyki był w jakikolwiek sposób moralnie tożsamy z podejściem nazistowskich lekarzy.

Dlaczego powinniśmy powracać do tamtych wydarzeń po latach? Z pewnością nie dlatego, że spodziewamy się kolejnego Holokaustu, ale dlatego, że środowisko medyczne musi pozostać czujne i uważać na zagrożenia czyhające na jego integralność moralną. Fundamentalne, uświęcone tradycją wartości medycyny zostały doszczętnie zbezczeszczone w latach 30. i 40. XX wieku, kiedy środowisko lekarskie w Niemczech uległo ideologii III Rzeszy i uznało jej prymat. Historia niemieckiej biomedycyny w czasach nazistowskich zmusza nas do rewizji głównych założeń i zasad, z których wyrasta współczesna medycyna.

Musimy pamiętać, że to, co zrobili nazistowscy lekarze, obnaża zdolność każdego człowieka do przemocy i agresji. Na podstawie wyników licznych eksperymentów i badań, a także naszego doświadczenia życiowego, możemy stwierdzić, że jeśli tylko zaistnieją odpowiednie okoliczności, wszyscy jesteśmy zdolni do okrucieństwa, skłonni ślepo się poddać potędze zła. Nam, lekarzom, należy o tym nieustannie przypominać, ponieważ jesteśmy – tak jak i inni – tylko ludźmi, a w naszych rękach leży władza decydowania o życiu i śmierci.

Holokaust nie był abstrakcją, lecz raczej efektem czynności wykonywanych każdego dnia przez ludzi takich jak my. Oblicze zła nie ukazało się od razu w całości, ale odsłaniało z godziny na godzinę, w każdej podjętej lub niepodjętej decyzji.

To samo można powiedzieć o aktach heroizmu. Listę lekarzy dopuszczających się potworności dopełnia lista lekarzy-więźniów, którzy usiłowali pozostać wierni swemu lekarskiemu powołaniu i temu, co najlepsze w ich człowieczeństwie. Starali się dotrzymać przysięgi Hipokratesa w najstraszliwszych warunkach i okolicznościach. Lekarze uwięzieni w gettach i obozach stawali każdego dnia wobec dramatycznych osobistych i zawodowych dylematów, mierząc się jednocześnie z widmem ostatecznej zagłady. Te ekstremalne okoliczności, w których musieli funkcjonować lekarze i z którymi musieli się mierzyć, wywoływały u nich przeróżne reakcje i postawy, a także skłaniały do podejmowania trudnych decyzji, często bolesnych i dręczących w późniejszym życiu. W 2005 roku Elie Wiesel, ocalony z Holokaustu, późniejszy laureat nagrody Nobla, opublikował w czasopiśmie „The New England Journal of Medicine” artykuł o lekarzach-więźniach, z którymi się zetknął:

Mimo wszystko w obozach koncentracyjnych, wśród więźniów, medycyna pozostawała szlachetnym zawodem. Niemal wszędzie lekarze, pozbawieni narzędzi i lekarstw, rozpaczliwie próbowali ulżyć współwięźniom w ich cierpieniach, czasami za cenę własnego zdrowia lub nawet życia. Znałem kilku takich lekarzy. Dla nich każda istota ludzka była nie reprezentantem jakiejś abstrakcyjnej idei, ale osobnym uniwersum wraz z jego tajemnicami, skarbami, udrękami – i z nikłymi szansami na choćby chwilowe zwycięstwo nad Śmiercią i jej uczniami. W nieludzkim świecie pozostali ludźmi.

Kiedy myślę o nazistowskich lekarzach, medycznych oprawcach, tracę nadzieję. Aby ją odnaleźć, myślę o innych, o lekarzach-ofiarach. Znów widzę ich płonące spojrzenia, ich popielate twarze.

Dlaczego niektórzy wiedzieli, jak uratować honor ludzkości, podczas gdy inni odrzucili ludzkość z nienawiścią?

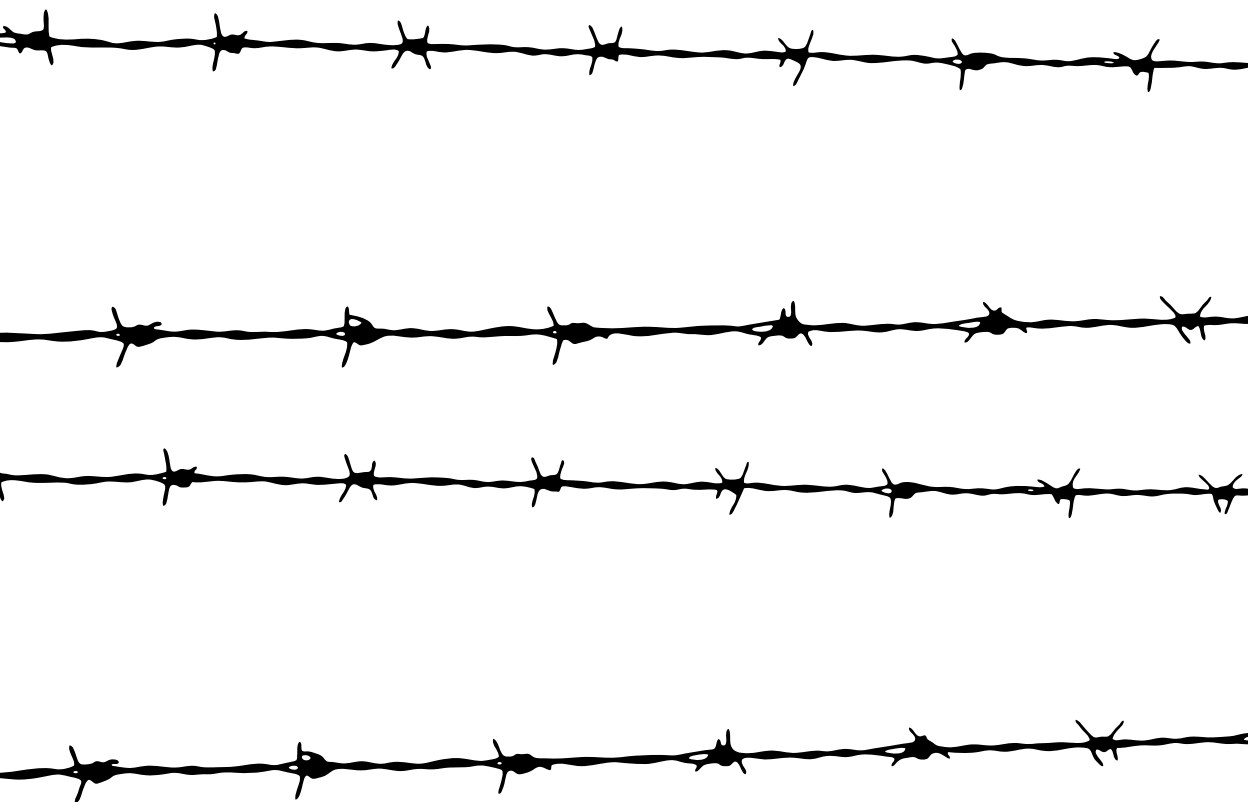
Holokaust rozpoczął się od depersonalizacji ofiar, a zakończył depersonalizacją sprawców. Nazistowskie elity lekarskie zaczęły od dehumanizacji pacjentów, a doprowadziły do ludobójstwa. Jednym z celów niniejszej publikacji jest uczłowieczenie zarówno sprawców, jak i ofiar. Nadanie indywidualnych cech lekarzowi-oprawcy, ofierze jego okrutnych procedur czy lekarzowi uwięzionemu w nazistowskim getcie albo obozie koncentracyjnym pomoże uświadomić sobie nam, lekarzom, że w pierwszej kolejności jesteśmy słabymi,

podatnymi na zło ludźmi, a dopiero potem przedstawicielami swojego zawodu. Nadanie jednostkowości tym wydarzeniom historycznym skłania nas do spojrzenia na siebie od nowa, pozwala także poczuć ciężar odpowiedzialności, którą obarczeni jesteśmy my i całe nasze środowisko – odpowiedzialności za ludzkość i za wizerunek samej medycyny. Przyjrzenie się bioetyce doby Holocaustu oraz współudziałowi niemieckiego środowiska medycznego w ludobójstwie dostarcza nam niezbędnej perspektywy, która może pomóc w tym trudnym, ale ważnym zadaniu.

Dr Tessa Chelouche
lekarka

Część I

Nazistowscy lekarze



Medycyna nazistowska – tło historyczne

Jedną z najbardziej drażliwych kwestii, z którymi musimy się zmierzyć jako społeczeństwo, jest świadomość, że współsprawstwo w zbrodniach państwa nazistowskiego lub ciche przyzwolenie na nie stało się udziałem najlepiej wykształconych przedstawicieli społeczeństwa niemieckiego. Szczególnie niepokojące jest uczestnictwo w tym procederze elit lekarskich. Niektórzy spośród lekarzy – wyszkolonych, aby opiekować się chorymi, łagodzić ich cierpienia i ratować życie – porzucili troskę nad pacjentami, torturowali ich w trakcie eksperymentów pseudomedycznych i pozbawiali życia. Większość osób, które nie miały w tym bezpośredniego udziału, była obojętna lub przychylna wobec działań swoich kolegów i wobec cierpienia zadawanego ofiarom. Lekarze i inni pracownicy służby medycznej okazali się najniebezpieczniejszymi oprawcami wśród sprawców zbrodni przeciwko ludzkości.

W latach 30. i 40. XX wieku niemieccy lekarze nie opierali się nazistowskiej ideologii rasowej ani możliwościom robienia kariery zawodowej, które oferowała Rzesza, jak gdyby funkcjonowali w naukowej i filozoficznej próżni. Aby zrozumieć rolę, jaką niemiecka nauka i medycyna odegrały w nazistowskich zbrodniach przeciwko ludzkości, konieczne jest przywołanie kontekstu ruchu eugenicznego, który rozwijał się w Europie, Ameryce Północnej oraz w innych krajach przez pierwsze trzy dekady XX wieku. Sam termin „eugenika” został ukuty w latach 80. XIX wieku przez Francis Galtona, kuzyna Karola Darwina. Według zwolenników tego ruchu wiele problemów społecznych można by wyeliminować, jeśli osobom uznanym za nieodpowiednie genetycznie uniemożliwiliby się reprodukcję lub zniechęciło się je do niej (eugenika negatywna), podczas gdy pożądane cechy społeczne wzmacniano by poprzez zachęcanie do reprodukcji osób uznanych za najbardziej wartościowe genetycznie

(eugenika pozytywna). Rozkwit eugeniki przypada na czas wielkich światowych przewrotów społecznych, industrializacji i urbanizacji, a także coraz bardziej niestabilnej sytuacji ekonomicznej, szalejącej recesji i bezrobocia. Eugenicy twierdzili, że ich podejście jest najbardziej racjonalnym i najkorzystniejszym sposobem rozwiązywania nawracających problemów społecznych. Utrzymywali, że to nauka, a nie religia czy filozofia społeczna, będzie prowadziła ludzkość w stronę tej biologicznej, społecznej i moralnej utopii.

Pierwsza organizacja eugeniczna w Stanach Zjednoczonych powstała w 1906 roku, a jej główne centrum badawcze zostało założone przez Biuro Rejestracji Eugenicznej (Eugenics Record Office) w Cold Spring Harbor na Long Island. W komitetach doradczych i radach nadzorczych zasiadło wielu wybitnych specjalistów, a jej działalność finansowały bogate instytucje filantropijne. Prowadzono badania, które miały udowodnić, że w pewnych grupach etnicznych występują cechy niepożądane społecznie, takie jak choćby zubożenie, upośledzenie umysłowe czy wzmożona przestępczość. Oprócz tego eugenicy angażowali się również w działalność społeczną i podejmowali działania zmierzające do uchwalenia przepisów, które pomagałyby w realizacji założonych przez nich celów. Wykazali się szczególną inicjatywą przy tworzeniu prawa imigracyjnego Stanów Zjednoczonych, którego zapisy utrzymywały, że niektórzy imigranci są gorsi pod względem biologicznym, i jako takich objęto ich zakazem wjazdu do kraju.

Eugenicy przyczynili się również do opracowania prawa zezwalającego na przymusową sterylizację. W 1907 roku Indiana jako pierwszy stan uchwaliła ustawę sterylizacyjną, a do 1935 roku kolejne dwadzieścia dziewięć stanów wprowadziło przepisy zezwalające na przymusową sterylizację osób osadzonych w instytucjach państwowych (więzieniach, przytułkach, placówkach leczniczych i szpitalach psychiatrycznych) po zbadaniu przez specjalne komisje „eugeniczne”. Uwzględniono między innymi następujące kategorie: „dziedziczne upośledzenie umysłowe”, „nawykowa przestępczość”, „perwersja seksualna”, padaczka. Do 1935 roku przeprowadzono ponad 21 000 sterylizacji¹ o podłożu

¹ Do 1925 r. w Stanach Zjednoczonych wysterylizowano około 6000 osób, do 1935 r. – około 23 000, do 1939 r. – ponad 30 000. Łącznie w latach 1907–1963 w 51 stanach wykonano ponad 64 000 sterylizacji (przyp. M.C.).

eugenicznym, a do lat 60. wysterylizowano około 64 000 osób. Podobną liczbę sterylizacji przeprowadzono w tym samym okresie w Szwecji.

W Niemczech ruch eugeniczny istniał oficjalnie od 1905 roku, czyli od momentu założenia Niemieckiego Towarzystwa Higieny Rasowej (Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene) w Berlinie, jednak w okresie Republiki Weimarskiej niemieckim eugenikom nie udało się przeforsować żadnych ustaw ani wprowadzić w życie zasad eugeniki. Dopiero po objęciu władzy przez nazistów stała się ona centralnym zagadnieniem polityki państwowej.

W 1920 roku dwóch uznanych niemieckich uczonych, profesor prawa Karl Binding i lekarz Alfred Hoche, napisali kluczową dla ruchu eugenicznego książkę *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* („Zezwolenie na niszczenie życia niegodnego życia”). Odzwierciedlała ona obecną w Niemczech po I wojnie światowej obawę, że najznakomitsi młodzi ludzie (wraz ze swoimi genami) zginęli na polu bitwy, a przy życiu pozostali jedynie „gorsi”, którzy odtąd będą się swobodnie rozmnażać. Autorzy utrzymywali, że wyeliminowanie „gorszego elementu” przywróci równowagę w społeczeństwie. Książka zrobiła wielkie wrażenie na Adolfie Hitlerze, który w trakcie pobytu w więzieniu w Landsbergu napisał *Mein Kampf* (1924), eksplikującą zasady ideologii nazistowskiej. Według nazistowskiej wizji „Nowych Niemiec” w społeczeństwie nie było miejsca dla postrzeganych jako „obca krew” Żydów, Romów oraz „genetycznie podrzędnych”.

Pierwszym podjętym przez nazistów działaniem związanym z eugeniką było uchwalenie w 1933 roku Ustawy o zapobieganiu urodzeniom potomstwa dziedzicznie obciążonego, znanej jako tzw. ustawa sterylizacyjna, która w rzeczywistości bazowała na ustawie amerykańskiej. Amerykańscy i niemieccy specjaliści współpracowali przy tworzeniu obu tych dokumentów. Zgodnie z ustawą sterylizacji miały być poddane osoby cierpiące na którąkolwiek z dziewięciu chorób uznawanych za dziedziczne: wrodzone upośledzenie umysłowe, schizofrenię, zaburzenia maniako-depresyjne, wrodzoną padaczkę, płasawicę Huntingtona, wrodzoną ślepotę, wrodzoną głuchotę, ciężkie wady rozwojowe, przewlekły alkoholizm. W żadnym innym państwie program sterylizacji nie miał tak szerokiego zasięgu jak w Niemczech, gdzie do końca wojny poddano jej ponad 400 000 osób. Choć podczas procesów norymberskich naziści próbowali bronić programu przymusowej sterylizacji, powołując się na przykład Stanów Zjednoczonych, to amerykański program sterylizacji nigdy nie przybrał takich rozmiarów, co nazistowski.

Oprócz ustawy sterylizacyjnej naziści przyjęli w 1935 roku tzw. ustawy norymberskie zakazujące małżeństw i kontaktów seksualnych między Aryjczykami a osobami pochodzenia żydowskiego (dotyczyło to także osób, których zaledwie jeden z dziadków był Żydem²). Krytykowani za to prawo naziści podawali jako przykład Stany Zjednoczone i kilka innych krajów, w których od dziesięcioleci obowiązywały przepisy zakazujące mieszania ras. Niemieckie elity medyczne postrzegały ustawy norymberskie jako składową przepisów regulujących zdrowie publiczne, mających na celu poprawę kondycji narodu niemieckiego po I wojnie światowej. W obliczu kryzysu gospodarczego Republiki Weimarskiej dyskurs eugeniczny wzbogacił się o zagadnienia „narodowej wydajności” i eliminacji „nierentownych darmozjadów” lub „istnień niegodnych życia”. Eugenicy dostarczali argumentów o charakterze biologicznym, które miały uzasadniać ograniczenie zakresu opieki socjalnej i zdrowotnej nad osobami postrzeganymi jako obciążenie dla społeczeństwa, a także nad osobami uważanymi za genetycznie wadliwe.

Choć rasizm i antysemityzm stanowiły tylko jeden z aspektów prenazistowskiej ideologii eugenicznej, a sami eugenicy byli podzieleni co do uznania kategorii „rasy” za kwestię dotyczącą ich dziedziny, to do czasu przejęcia władzy przez nazistów wspierane przez ruch eugeniczny rasizm i antysemityzm zdołały się już stać podstawą polityki III Rzeszy i zostały przyjęte jako „fakty naukowe”.

Przymusowa sterylizacja osób dotkniętych „chorobami dziedzicznymi” okazała się mało skuteczna, a do tego kosztowna, jednak wybuch II wojny światowej stworzył możliwość rozszerzenia programu na „eksterminację życia niegodnego życia”. Wojna stanowiła pretekst dla implementacji metod, które trudno byłoby wprowadzić w czasie pokoju, a jednocześnie pozwalała je

² Według ustaw rasowych uchwalonych przez niemiecki Reichstag 15 września 1935 r., w tym Ustawy o obywatelstwie Rzeszy, Żydem był każdy, kto miał troje lub czworo dziadków będących „całkowicie Żydami pod względem rasowym”. Potomek dwojga żydowskich dziadków uznawany był za „mieszkańca pierwszego stopnia”, a jednego – za „mieszkańca drugiego stopnia”. Przynależność wyznaniowa nie była brana pod uwagę. Dodatkowo w okupowanej Polsce Niemcy wprowadzili 24 lipca 1940 r. dekret, według którego za Żydów uważano także „mieszkańców pierwszego stopnia” oraz wszystkich, którzy przed 1 września 1939 r. należeli do gminy żydowskiej lub mieli żydowskich małżonków (przyp. M.C.).

zatuszować. Na najwyższym szczeblu politycznym zapadła decyzja o wdrożeniu programu „eutanazji”, a wybrani lekarze zostali upoważnieni przez samego Hitlera do dokonywania „zabójstw z litości”. Nie zmuszano ich jednak do współuczestnictwa – raczej umożliwiono im udział w tym procederze. Program nigdy nie został oficjalnie zalegalizowany.

Program „eutanazji” rozpoczęto od zabijania niemowląt i małych dzieci z wadami rozwojowymi lub chorobami psychicznymi. Ofiary wybierano w specjalnie wyznaczonych do tego celu „oddziałach pediatrycznych”, w rzeczywistości prowadzonych przez personel medyczny (lekarski i pielęgniarzski), któremu powierzono jedno zadanie – zabijanie dzieci. Stosowane metody obejmowały przedawkowanie leków doustnych, zastrzyków i głodzenie. W pierwszej fazie programu zabito ponad 5000 dzieci. Został on następnie rozszerzony na zabijanie osób dorosłych i funkcjonował pod nazwą „akcja T4”³. Opracowano system, za pomocą którego wszystkich pacjentów korzystających z opieki zdrowotnej rejestrowano i klasyfikowano na podstawie ich zdolności do pracy, tego, czy wymagali opieki, czy byli hospitalizowani dłużej niż pięć lat, czy cierpieli na choroby psychiczne lub neurologiczne. Powołano zespoły ekspertów, którzy wyłącznie na podstawie analizy formularzy rejestracyjnych, nie zbadawszy nawet pacjentów, decydowali, kto zostanie zabity. Wyznaczone osoby transportowano do jednej z sześciu wytypowanych w tym celu placówek, prowadzonych przez wyselekcjonowany personel lekarski i pielęgniarzski. Wypożyczono je w specjalnie skonstruowane komory gazowe⁴, w których uśmiercano ofiary za pomocą tlenu węgla rozprowadzanego przez atrapy pryszniców. Cały

³ Akcja T4 (niem. *Aktion T4*) – nazwa programu realizowanego w III Rzeszy (w tym na terenie ziem polskich wcielonych do Rzeszy: Pomorza i Kraju Warty) polegającego na mordowaniu osób uznanych za ciężar dla społeczeństwa niemieckiego. Skrót „T4” pochodzi od adresu centrali programu mieszczącej się w Berlinie przy Tiergartenstrasse 4. Właściwa akcja T4 trwała od 1 września 1939 r. do 24 sierpnia 1941 r. Pod tym kryptonimem rozumie się pierwszy masowy mord ludności dokonany przez nazistów, w trakcie którego wykorzystano komory gazowe. W literaturze nazwa „akcja T4” jest czasami mylnie używana do nazwania wszystkich zbrodni popełnionych na osobach niepełnosprawnych i chorych psychicznie w latach 1933–1945 (przyp. M.C.).

⁴ Komory gazowe używane w akcji T4 były mobilne – samochody ciężarowe, w których duszono pacjentów spalinami doprowadzonymi za pomocą specjalnych rur wprost z pracującego silnika, tzw. *Gaswagen*, lub stacjonarne – komory gazowe imitujące łaźnie, gdzie mordowano za pomocą tlenu węgla (przyp. M.C.).

proces miał pozostać tajemnicą. Krewnym ofiar wysyłano akty zgonu zawierające fikcyjne przyczyny śmierci, wybrane z wcześniej przygotowanej listy.

Szacuje się, że w tej fazie programu „eutanazji” lekarze zamordowali około 70 000 swoich pacjentów. Wszystkich niepełnosprawnych Żydów zabito w ośrodkach zagłady T4.

W tak złożonym systemie oszustw siłą rzeczy przydarzały się błędy, odkrywane przez rodziny ofiar i ich duszpasterzy. Odkrycia te wzbudziły protesty niektórych duchownych i wywołały niepokój społeczny w Niemczech. W następstwie tych wydarzeń w 1941 roku program „eutanazji” został oficjalnie wstrzymany przez Hitlera – jednak mordowanie nie ustało. W niemieckich zakładach leczniczo-opiekuńczych dla chorych psychicznie lekarze wraz z pozostałym personelem medycznym kontynuowali zabijanie swoich pacjentów w ramach tak zwanej „dzikiej eutanazji”, niepodlegającej sterowaniu centralnemu. Trwało to nawet jeszcze przez jakiś czas po wkroczeniu aliantów.

Badania historyczne pokazują, że dążąc do oczyszczenia narodu z elementów „niedostosowanych”, nazistowskie elity lekarskie starannie zaplanowały i przeprowadziły tajną operację, w wyniku której zgładzono ponad 200 000 osób.

Początkowo, kiedy obozy koncentracyjne były w fazie budowy, nie były jeszcze przystosowane do zabijania na masową skalę, poszukiwano zatem sposobu na redukcję rosnącej liczby więźniów. Sukces programu „eutanazji” przekonał nazistowskich przywódców, że masowe mordy są technicznie wykonalne. Aby się o tym przekonać, SS zwróciło się o pomoc do personelu akcji T4. Wiosną 1941 roku w ośrodkach „eutanazji” akcji T4 rozpoczęto nową operację polegającą na mordowaniu w komorach gazowych. Więźniów, których obozowi lekarze SS zakwalifikowali jako chorych, wysyłano do placówek akcji T4, gdzie byli zabijani przez tamtejszych lekarzy w ramach operacji zwanej „14f13”.

Do 1943 roku zamordowano w ten sposób 20 000 więźniów obozów – dopiero rosnące zapotrzebowanie na robotników przymusowych spowodowało, że ta faza procesu po dwóch i pół roku została zakończona.

Następny etap rozwoju „zmedykalizowanego” zabijania rozpoczął się, gdy personel T4 został skierowany do prowadzenia obozów zagłady na terenie okupowanej Polski w ramach akcji „Reinhard”. Pod tym kryptonimem prowadzony był program eliminacji ludności największych gett z terenów okupowanej Pol-

ski. Okazał się on ogniwem łączącym akcję T4 z „ostatecznym rozwiązaniem kwestii żydowskiej” (*Endlösung der Judenfrage*)⁵.

W obozach śmierci lekarze byli obecni na każdym etapie zagłady, nadając procedurom obozowym pozory medykalizacji, jak choćby w przypadku przeprowadzania wstępnych selekcji osób przywiezionych w transportach. Same metody zabijania zostały zaadaptowane z akcji T4 i dostosowane do potrzeb obozów, zaś personel T4 wspierał ich funkcjonowanie – nie tylko doradzał, ale też aktywnie uczestniczył w ich działalności.

Lekarze wykorzystywali więźniów obozowych do prowadzenia tak zwanych „badań naukowych”. Najbardziej prestiżowe niemieckie instytuty badawcze oraz naukowcy zajmujący się medycyną współpracowali z lekarzami akcji T4, a później także z lekarzami przeprowadzającymi w obozach koncentracyjnych eksperymenty pseudomedyczne.

Zbrodnicze przedsięwzięcie, które rozpoczęło się w styczniu 1940 roku od zinstytucjonalizowanego zabijania najbardziej bezbronnych istot – pacjentów wymagających stałej opieki, zostało rozszerzone w 1941 roku na Żydów, Romów i innych. Do 1945 roku pochłonęło życie co najmniej 6 milionów mężczyzn, kobiet i dzieci.

Bibliografia

1. Robert N. Proctor, *Racial hygiene. Medicine under the Nazis*, Harvard University Press, Cambridge–Massachusetts 1988.
2. *Medicine and medical ethics in Nazi Germany. Origins, practices, legacies*, Francis R. Nicosia, Jonathan Huener (red.), Berghahn Books, New York 2002.
3. *Deadly medicine. Creating the master race*, Kuntz Dieter (red.), United States Holocaust Memorial Museum, Washington 2004.

⁵ Ostateczne rozwiązanie kwestii żydowskiej (niem. *Endlösung, Endlösung der Judenfrage*) – eufemizm stosowany na określenie zatwierdzonego podczas konferencji w Wannsee 20 stycznia 1942 r. planu zagłady Żydów europejskich, używany przez nazistów w okresie II wojny światowej (przyp. M.C.).

1. Adaptacja idei eugenicznych przez medycynę nazistowską

1.1. Eugenika. Udział lekarzy w podejmowaniu decyzji odnoszących się do wartości życia ludzkiego

Opis przypadku

Doktor Hermann Pfannmüller, niemiecki psychiatra, w 1922 roku został członkiem partii nazistowskiej, a w 1933 roku wstąpił do SA (nazistowskiej grupy paramilitarnej, znanej również jako „brunatne koszule”). W połowie lat 30. kierował augsburskim biurem ds. rasy i dziedziczności. W uznaniu dla jego zasług partia nazistowska zaangażowała go jako eksperta i wykładowcę odpowiedzialnego za kształtowanie niemieckiej opinii publicznej na temat Ustawy o zapobieganiu urodzeniom potomstwa dziedzicznie obciążonego (ustawy sterylizacyjnej) z perspektywy „rasowo-politycznej” i „dziedziczno-medycznej”. W 1938 roku władze Bawarii mianowały go dyrektorem zakładu psychiatrycznego Eglfing-Haar⁶ (pełnił tę funkcję do końca wojny). W 1939 roku przedłożył radzie nadzorującej ubezpieczenia publiczne raport dotyczący utrzymywania „życia niegodnego życia” przez państwowe szpitale. Opinię o konieczności „wytępienia” takich pacjentów wyraził następująco:

⁶ Zakład Lecznico-Opiekuńczy Eglfing-Haar w Monachium (Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar) był jednym z trzech zakładów psychiatrycznych poza Brandenburg-Görden i Am Spiegelgrund (Wiedeń), gdzie Komitet Rzeszy stworzył specjalne oddziały dziecięce (Kinderfachabteilung), w których skierowanych tam pacjentów poddawano obserwacji i znaczną część z nich mordowano (przyp. M.C).

Jako wolny wyznaniowo i żarliwie narodowo-socjalistyczny dyrektor szpitala psychiatrycznego czuję się w obowiązku, aby pozytywnie wpływać na sytuację ekonomiczną zarządzanej przeze mnie instytucji. Uważam za słuszne odpowiedzieć na potrzebę zrozumienia przez nas, lekarzy, konieczności wyłączenia życia niegodnego życia. Ci nieszczęśliwi pacjenci, których istnienie jest tylko cieniem życia normalnego człowieka, którzy z racji swojej choroby stali się całkowicie bezużyteczni społecznie dla wspólnoty ludzkiej, których istnienie jest dla nich samych, ich rodzin i otoczenia męką i ciężarem, muszą podlegać rygorystycznej eliminacji. Zwłaszcza dziś, w czasie, który wymaga największej ofiary z życia i krwi naszych najwartościowszych obywateli, dociera do nas, że z ekonomicznego punktu widzenia nie ma miejsca na zapełnianie instytucji żywymi trupami jedynie w imię wzniosłych idei opieki medycznej, które utraciły już znaczenie. Dla mnie to niewyobrażalne, że kwiat młodzieży oddaje życie na froncie, podczas gdy elementy społeczne i nie-reformowalne mają zapewnione wygodne życie w naszych instytucjach.

W 1951 roku podczas procesu, w którym Pfannmüller był oskarżony o zabójstwa dzieci w ramach nazistowskiego programu „eutanazji”, powiedział sędziom:

Dla mnie termin „völkische” oznacza „narodowy”, a termin „aryjski” oznacza, że Niemcy muszą przewodzić. Wyłącznie ci, którzy mają niemieckie pochodzenie, mogą być Aryjczykami.

Bibliografia

1. Henry Friedlander, *The origins of Nazi genocide. From euthanasia to the Final Solution*, University of North Carolina Press, Chapel Hill–London 1995.
2. Michael S. Bryant, *Confronting the “good death”. Nazi euthanasia on trial, 1945–1953*, University Press of Colorado, Boulder 2005.

Tło historyczne

Pod koniec XIX wieku niektórzy naukowcy, zainspirowani odkryciami Karola Darwina, zaczęli rozpowszechniać teorie oparte na przekonaniu, że ludzie nie są równi, uznając to za fakt naukowy. Twierdzili, że różnice między ludźmi są dziedziczne i trwałe. Termin „eugenika”, ukuty w 1881 roku przez brytyjskiego naukowca Francisa Galtona, został zdefiniowany jako „nauka o ulepszaniu rasy ludzkiej przez lepszy dobór”. Eugenicy uważali, że prawa Mendla określające re-

guły przekazywania cech dziedzicznych, takich jak na przykład ślepotą barwną, mogą także determinować dziedziczenie cech społecznych.

Na początku XX wieku teorie eugeniczne zaczęły być wcielane w życie przez twórców polityki narodowej, którzy dążyli do powstrzymania „społecznej degeneracji”. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną były przez nich postrzegane jako obciążenie dla społeczeństwa. W wielu zachodnich krajach powstawały eugeniczne towarzystwa i centra badawcze. Jednym z liderów tego ruchu były Stany Zjednoczone.

W 1824 roku Amerykanie przyjęli opartą na zasadach eugeniki Ustawę o imigracji zezwalającą na wjazd do kraju tylko niektórym imigrantom (z północno-zachodniej Europy i Wielkiej Brytanii) i zabraniającą przyjmowania tych z Europy Południowo-Wschodniej, a także z Bliskiego Wschodu i Azji. Innym rozwiązaniem problemów społecznych zaproponowanym przez eugeników była sterylizacja. W 1907 roku Indiana jako pierwszy stan wprowadziła przepisy zezwalające na jej dokonywanie. Do roku 1925 w Stanach Zjednoczonych przeprowadzono ponad 20 000 sterylizacji⁷ z powodów eugenicznych. Podobnie było w innych krajach – zbliżoną liczbę sterylizacji przeprowadzono w tym samym czasie choćby w Szwecji.

W Niemczech eugenika była znana pod nazwą „higiena rasowa”. Po klęsce Niemiec w I wojnie światowej niemieccy naukowcy i decydenci zaczęli coraz częściej łączyć ją z nacjonalizmem i pojęciem „zdrowia narodu”. Powstało wiele ośrodków badawczych zajmujących się higieną rasową. W 1920 roku opublikowano kontrowersyjną książkę prawnika Karla Bindinga i psychiatry Alfreda Hocha *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* („Zezwolenie na niszczenie życia niegodnego życia”). Jej autorzy rozważali kwestię, czy naród w obliczu wyjątkowo trudnej sytuacji może pozwolić sobie na utrzymywanie „życia niegodnego życia”. Przekonywali, że społeczeństwo powinno zabijać „nieuleczalnych idiotów”, a także śmiertelnie chorych i ciężko rannych, że ludziom należy zapewnić prawo do decydowania o swojej śmierci na własnych warunkach poprzez bezbolesny zabieg medyczny oraz że lekarze świadczący takie usługi nie powinni być sądzeni. Książka wywołała duże poruszenie w Niemczech,

⁷ Por. s. 22, przyp. 1 (przyp. M.C.).

szczególnie wśród psychiatrów. Proponowane teorie zostały szybko przyjęte i wdrożone przez partię nazistowską, której polityka narodowa była podatna na tego typu twierdzenia.

Po przejęciu władzy przez nazistów w 1933 roku program eugenicznej higieny rasowej został włączony do polityki społecznej i zdrowotnej. Pierwotnie dotyczyła ona osób niepełnosprawnych (fizycznie lub intelektualnie), które uznano za obciążenie dla państwa, czyli za „niegodne życia”. Następnie tę samą strategię zastosowano wobec osób odmiennych rasowo (przede wszystkim Żydów i Romów). Społeczność medyczna odegrała kluczową rolę w morderczych programach opartych na wykluczających eugenicznych teoriach rasowych, takich jak „eutanazja” i „ostateczne rozwiązanie kwestii żydowskiej”.

Bibliografia

Henry Friedlander, *The origins of Nazi genocide. From euthanasia to the Final Solution*, University of North Carolina Press, Chapel Hill–London 1995.

Pytania

Czy eugenika funkcjonuje w dzisiejszej medycynie?

Jeśli tak, to jak powinniśmy się do niej ustosunkować?

Dyskusja

Termin „eugenika” pochodzi od starogreckiego słowa *eugenes* (*eu* – dobrze, *genos* – urodzony). Odnosi się do ulepszenia rasy przez wydawanie na świat zdrowego potomstwa. Eugenika jest nauką, która zajmuje się wszystkimi czynnikami mogącymi wpłynąć na jakość rasy ludzkiej, szczególnie poprzez kontrolę czynników dziedzicznych. Jako program eugeniczny określa się politykę państwa opracowaną w celu wpływania na częstość występowania określonych cech dziedzicznych w danej populacji. Eugenika negatywna to metodyczny wysiłek podejmowany w celu zminimalizowania możliwości przenoszenia genów uważanych za szkodliwe, eugenika pozytywna zaś dąży do zmaksymalizowania transmisji genów uznanych za pożądane.

Jak pokazaliśmy już na przykładzie nazistowskich Niemiec, Stanów Zjednoczonych i innych krajów, w przeszłości wykorzystywano do tworzenia polityki eugenicznej (zarówno negatywnej, jak i pozytywnej) różne cechy rasowe. Podstawą nazistowskiej polityki eugenicznej było myślenie utylitarystyczne. Ówczesne społeczeństwo, a w szczególności lekarze nazistowscy, nie uznawało, że życie ludzkie powinno być szanowane w każdym przypadku. Przyjmowano raczej, że szacunek należy się danemu istnieniu jedynie wtedy, gdy przedstawia ono wartość dla społeczeństwa. Takie utylitarne argumenty pojawiają się także dzisiaj. Wraz ze wzrostem kosztów opieki medycznej i zwiększonej presji finansowej na świadczeniodawców usług medycznych spotyka się sugestie, by minimalizować zakres opieki zdrowotnej na obu krańcach życiowego spektrum człowieka, obejmujących noworodki z wrodzonymi wadami rozwojowymi lub chorobami genetycznymi oraz osoby starsze lub przewlekłe chore. Opieka zdrowotna staje się coraz droższa z powodu wprowadzania nowych technologii, a osoby starsze są szczególnie narażone na dyskryminację z przyczyn ekonomicznych. Pośrodku spektrum sytuują się kwestie związane z koniecznością oceny stanu terminalnie chorego pacjenta i decyzje o podjęciu bądź zaniechaniu resuscytacji, czyli *de facto* o jego życiu bądź śmierci.

Projekt poznania ludzkiego genomu (Human Genome Project) otworzył nowe obszary badawcze. Jego rezultaty okazały się również przydatne w opiece klinicznej, ponieważ umożliwiły lekarzom wykorzystanie wiedzy o ludzkim genomie do diagnozowania przyszłej choroby oraz indywidualizowania leczenia. Poradnictwo genetyczne stało się integralną częścią współczesnej medycyny. Często jednak decyzje medyczne bazujące na genetyce są podejmowane na podstawie ekonomicznych czy utylitarnych przesłanek.

My, współcześni lekarze, możemy mieć problem z obiektywną oceną swoich działań – szczególnie w odniesieniu do tego, czy i na ile nowe osiągnięcia naukowe i technologiczne oraz ich zastosowanie w poradnictwie genetycznym i praktyce klinicznej mogą stanowić zagrożenie dla pacjentów.

Jak pokazuje omawiany przypadek, w przeszłości zniekształcono z pozoru nieszkodliwe praktyki medyczne oraz politykę społeczną w taki sposób, by mogły znaleźć zastosowanie jako narzędzia eugeniki negatywnej, pozbawiającej praw i podmiotowości miliony osób. Również współcześnie niektóre z przyjętych

procedur (np. diagnostyka prenatalna czy badania przesiewowe) uznawane są niekiedy za rodzaj eugeniki negatywnej i wywołują żarliwe debaty.

Lekarze dysponują odpowiednimi umiejętnościami i wiedzą, aby dokonać rzeczywistej oceny jakości życia pacjenta, jednak to pacjent zawsze powinien mieć ostatnie słowo – niezależnie od tego, czy dotyczy to diagnostyki prenatalnej, czy też stanu osób starszych bądź śmiertelnie chorych. W przypadkach, w których dana osoba nie jest zdolna do samodzielnego podjęcia decyzji lub nie wydała wcześniej oświadczenia woli, sytuację powinna ocenić rodzina lub pełnomocnik pacjenta wspólnie z lekarzem, o ile zostanie on o to poproszony.

1.2. Sterylizacja eugeniczna

Opis przypadku

Dorothea Buck urodziła się w Niemczech w 1917 roku. W 1936 roku, w wieku 19 lat, trafiła do szpitala psychiatrycznego von Bodelschwingsche w Betel ze zdiagnozowaną schizofrenią. W szpitalu została wysterylizowana bez swojej zgody. Nie poinformowano jej też o prawdziwej przyczynie zabiegu – pielęgniarka oddziałowa utrzymywała, że wycięto jej wyrostek robaczkowy. O tym, że była to sterylizacja, dowiedziała się później od innej pacjentki.

Do 1959 roku Dorothea przeszła cztery epizody psychotyczne i była po raz kolejny hospitalizowana. Ostatecznie udało jej się powrócić do zdrowia i została rzeźbiarką. W 1961 roku, dowiedziawszy się z procesu Adolfa Eichmanna o programach sterylizacji i „eutanazji” w nazistowskich Niemczech, Dorothea zaczęła szukać informacji na ten temat. Poświęciła resztę życia, aby upowszechniać informacje o zbrodniach dokonywanych w zakładach psychiatrycznych. Stała się również bezwzględną krytyczką przymusowych sterylizacji i „eutanazji”, a także niektórych metod leczenia psychoz.

Bibliografia

Dorothea Buck, *70 years of coercion in German psychiatric institutions, experienced and witnessed*, mowa wygłoszona 7 czerwca 2007 na kongresie Coercive Treatment in Psychiatry. A Comprehensive Review, zorganizowanym w Dreźnie przez Światowe Towarzystwo Psychiatryczne. www.bpe-online.de/english/dorotheabuck.htm.

Tło historyczne

Przed przejęciem władzy przez narodowych socjalistów sterylizacja chirurgiczna była w Niemczech nielegalna. W ostatnich latach Republiki Weimarskiej, naznaczonych poważną zapaścią gospodarczą i niepokojami politycznymi, sterylizacja eugeniczna stała się popularną ideą wśród genetyków, ekonomistów, politycznych decydentów, a także lekarzy.

W 1933 roku, kilka miesięcy po dojściu Hitlera do władzy, naziści przyjęli Ustawę o zapobieganiu urodzeniom potomstwa dziedzicznie obciążonego (ustawę sterylizacyjną) zezwalającą na przeprowadzanie przymusowych sterylizacji ze „wskazań eugenicznych”. Środowisko lekarskie nie tylko poparło politykę rządu, ale też aktywnie działało na rzecz jej wdrożenia. Wielu lekarzy upatrywało w niej szansy na „odrodzenie” narodu niemieckiego poprzez wykorzenienie „biologicznie podrzędnych cech dziedzicznych” w celu „oczyszczenia puli genetycznej rasy niemieckiej”. Zgodnie z ustanowionym prawem przymusowej sterylizacji mógł zostać poddany każdy, kto w opinii Sądu ds. Dziedziczności cierpiał na jedną z kilku chorób „genetycznych”. Ich lista obejmowała: wrodzone upośledzenie umysłowe, schizofrenię, zaburzenia maniako-depresyjne, wrodzoną padaczkę, płasawicę Huntingtona, wrodzoną ślepotę lub głuchotę, ciężkie wady rozwojowe oraz przewlekły alkoholizm. Od lekarzy wymagano udziału w szkoleniach z zakresu „patologii genetycznej”. W 1934 roku powstało nawet specjalne czasopismo medyczne „Der Erbarzt”, które miało pomóc im w określeniu, kto powinien zostać poddany sterylizacji i za pomocą jakich metod. Drukowano je jako dodatek do prestiżowego niemieckiego dziennika „Deutsches Ärzteblatt”, stanowiącego forum do dyskusji na temat technik i kryteriów stosowanych w naziistowskim programie sterylizacji, a także narzędzie uzasadniania tego programu.

Ustawa sterylizacyjna wraz z wejściem w życie 1 stycznia 1934 roku określiła szczególną procedurę medyczno-prawną: lekarze mieli odtąd rejestrować każdy przypadek choroby genetycznej, z którym się zetkną, a następnie zgłaszać go specjalnym Sądom ds. Dziedziczności, bez konieczności uzyskiwania zgody pacjenta. W skład sądu wchodziło trzech członków: sędzia zawodowy oraz dwóch lekarzy (lekarz urzędowy i lekarz specjalizujący się w nauce o dziedziczności). W latach 1934–1939 sądy te nakazały wykonanie około 375 000 zabiegów, z czego 37% było dobrowolnych, 39% przymusowych (wbrew woli

pacjenta), a 24% bez możliwości wyrażenia zgody przez pacjenta (zgoda udzielona przez opiekuna). Wybuch II wojny światowej we wrześniu 1939 roku spowodował działania sądów, jednak do końca 1944 roku wysterylizowano w Rzeszy prawie 400 000 osób. Podobne programy sterylizacji istniały w tym czasie w wielu innych krajach, między innymi w Stanach Zjednoczonych, Szwecji, Szwajcarii i Norwegii. Stanowiły one wzór dla Niemiec. W Stanach Zjednoczonych pierwsze przymusowe prawo sterylizacyjne zostało wprowadzone w Indianie w 1907 roku, a ostatecznie dwadzieścia osiem stanów przyjęło prawa zezwalające na przymusową sterylizację⁸. Do 1930 roku wysterylizowano 15 000 amerykańskich mężczyzn i kobiet. Naziści usprawiedliwiali swój program, powołując się na przykład amerykański.

W wielu krajach prawa te funkcjonowały do lat 70. XX wieku. Do dzisiaj istnieją państwa, w których przetrwała przymusowa sterylizacja. Niedawno w Stanach Zjednoczonych (Karolina Północna) zapadły wyroki w procesach wytoczonych przez osoby, które zostały wysterylizowane wbrew swojej woli i bez udzielenia świadomej zgody. Państwo zostało zobowiązane do wypłacenia im odszkodowań.

Bibliografia

Robert N. Proctor, *Racial hygiene. Medicine under the Nazis*, Harvard University Press, Cambridge–Massachusetts 1988.

Pytanie

Czy zmuszanie pacjenta do poddania się sterylizacji jest etyczne?

Dyskusja

Przymusowa sterylizacja stanowi wyraźne naruszenie autonomii prokreacyjnej człowieka i jego podstawowych praw. Dotyczy to zwłaszcza osób z chorobami psychicznymi lub innymi niepełnosprawnościami intelektualnymi. Powstają

⁸ Por. s. 22, przyp. 1 (przyp. M.C.).

pytania: jak daleko powinny sięgać prawa rodziców i opiekunów w stosunku do ich niepełnosprawnych intelektualnie podopiecznych? Kto może dysponować ich prawami prokreacyjnymi? Czy lekarz ma prawo decydować, kto zostanie poddany procedurze, której skutki są nieodwracalne?

Nazistowski program przymusowej sterylizacji naruszał prawo pacjenta do samostanowienia, godności ludzkiej i intymności. Stanowił również pogwałcenie zasady mówiącej, że konieczne jest uzyskanie świadomej zgody na każdy zabieg medyczny. Dodatkowo naruszał prawo pacjenta i opiekunów prawnych do podejmowania decyzji w zakresie planowania rodziny i zdrowia prokreacyjnego.

Sterylizacja jest trwałą, zmieniającą życie procedurą inwazyjną. Mogą zaistnieć okoliczności, w których sterylizacja jest zasadna, o ile pacjenci i/lub ich opiekunowie mają pełną świadomość co do jej istoty i konsekwencji. We wrześniu 2011 roku Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (World Medical Association – WMA) oraz Międzynarodowa Federacja Organizacji Zdrowia i Praw Człowieka (International Federation of Health and Human Rights Organizations – IFHHRO) potępiły praktykę przymusowej sterylizacji jako formę przemocy, która poważnie szkodzi zdrowiu fizycznemu i psychicznemu pacjentów oraz narusza prawa człowieka. Stwierdziły też, że dobrowolna sterylizacja jest formą kontroli urodzeń, która powinna być ogólnodostępna, również finansowo, jako jedna z metod antykoncepcji. Jeśli ktoś podejmie już świadomą decyzję o sterylizacji, powinno się zminimalizować przeszkody, które mogłyby stanąć mu na drodze⁹.

Chociaż mogą istnieć przypadki, w których sterylizacja jest etycznie i medycznie uzasadniona, w procesie podejmowania decyzji powinno się uwzględniać interes pacjenta, a nie społeczeństwa lub innych zaangażowanych stron.

⁹ W etyce medycznej nie ma jednolitego stanowiska co do tego, czy sterylizacja chirurgiczna jako forma kontroli poczęć jest usprawiedliwiona moralnie i powinna być zalecana jako element polityki społecznej finansowanej ze środków publicznych. Wątpliwości wynikają z faktu inwazyjności tego zabiegu i nieodwracalności jego efektu (co narusza podstawową zasadę moralną: nieszkodzenia). Celem sterylizacji nie jest diagnostyka, leczenie, zapobieganie chorobom czy łagodzenie objawów chorobowych, tym samym wykracza ona poza podstawowe cele medyczne i może być traktowana jako przejaw medykalizacji naturalnej płodności (przyp. Jakuba Pawlikowskiego [dalej: J.P.]).

2. Rasizm i medycyna nazistowska

2.1. Określenie rasy jako element diagnozy medycznej

Opis przypadku

Saul Friedlander w swojej książce *Nazi Germany and the Jews* („Nazistowskie Niemcy i Żydzi”) omawia przypadek pewnej Niemki, Panny M. W 1939 roku poddała się ona badaniu „genetycznemu”, aby upewnić się przed ślubem co do swojego aryjskiego pochodzenia – jej narzeczony był urzędnikiem administracji państwowej, a nazwisko jej babki, Goldman (popularne wśród Żydów), mogło wzbudzać wątpliwości w tej kwestii. Badanie przedmażeńskie przeprowadzono na Wydziale Genetyki w Instytucie Antropologii, Genetyki Człowieka i Eugeniki im. Cesarza Wilhelma w Berlinie. Kierownikiem tego wydziału był profesor Otmar von Verschuer, uznany lekarz i genetyk.

Jednym z pytań, na które próbowali odpowiedzieć specjaliści pod kierownictwem von Verschuera, było: „Czy Pannę M. można określić jako niearyjską, to znaczy – czy może zostać uznana za nie-Aryjkę przez laika na podstawie swojej mentalności, środowiska społecznego lub wyglądu zewnętrznego?”. Badanie „genetyczne”, oparte na analizie cech fizycznych Panny M. oraz fotografii jej krewnych, doprowadziło do satysfakcjonującego ją wniosku: raport medyczny wykluczył wszelkie przesłanki wskazujące na pochodzenie żydowskie. I chociaż Panna M. miała „wąski, wysoki i wypukły nos”, raport rozstrzygał, że odziedziczyła go po ojcu, a nie po babce (noszącej nazwisko Goldman). Została uznana za Aryjkę.

Bibliografia

Saul Friedlander, *Nazi Germany and the Jews. Volume I. The years of persecution, 1933–1939*, Harper Perennial Publisher, New York 1998.

Tło historyczne

Po klęsce Niemiec w I wojnie światowej wielu niemieckich ideologów czystości rasowej oraz naukowców obarczało Żydów i komunistów winą zarówno za przegraną narodu niemieckiego, jak i za wiele innych problemów społecznych w kraju. Adolf Hitler był pod tak dużym wpływem niemieckich orędowników czystości rasy, że zawarł ich poglądy w *Mein Kampf*, a po przejęciu władzy umożliwił politykom, naukowcom i decydom realizację idei rasistowskich. I choć co prawda to Hitler dał impuls do rozpoczęcia tych działań, lekarze i naukowcy odegrali w nich pierwszorzędą i zasadniczą rolę.

Biologiczne porównania pełniły ważną funkcję w nazistowskiej polityce społecznej – Żydzi i Romowie byli postrzegani jako dotknięci chorobą, jako „zarazki”, „wrzody” czy „pasożyty” zagrażające „zdrowiu” narodu. W nazistowskich czasopismach medycznych posługiwano się rasistowskimi metaforami, które utożsamiały Żydów i Romów z zarazą. Propaganda państwowa upowszechniała te skojarzenia na każdym szczeblu społeczeństwa oraz wykorzystywała je w edukacji dzieci i dorosłych, od szkół podstawowych aż po uniwersytety.

Wraz z dojściem Hitlera do władzy Niemieckie Towarzystwo Lekarskie włączyło antysemityzm do swojej doktryny, przez co przyczyniło się do utrwalenia przekonania, że Żydzi cierpią na określone choroby. Ostrzegało także przed mieszaniem krwi żydowskiej i nieżydowskiej. Niemieccy antropologowie i genetycy pracowali nad rozwojem metod, które pozwoliłyby zidentyfikować charakterystyczne cechy rasowe u danej osoby. Jedno z najważniejszych niemieckich czasopism dotyczących zdrowia publicznego zamieszczało szczegółowe wskazówki mówiące, jak ustalać przynależność rasową. Lekarze twierdzili, że dla Żydów typowe są brak higieny i wyjątkowo częste występowanie wśród nich chorób psychicznych oraz homoseksualizmu. Romowie z kolei byli uznawani za rasę „aspołeczną”, odpowiedzialną za osłabianie czystości rasy aryjskiej i za degenerację społeczeństwa.

Jesienią 1935 roku Hitler podpisał zestaw trzech ustaw¹, których celem było jeszcze dogłębniejsze „oczyszczenie” narodu niemieckiego z niepożądanych elementów. W skład tych ustaw wchodziły następujące dokumenty:

- 1) Ustawa o obywatelstwie Rzeszy, wprowadzająca rozróżnienie na mieszkańców i obywateli: obywatelami byli ludzie czystej krwi aryjskiej.
- 2) Ustawa o ochronie krwi niemieckiej i honoru niemieckiego, która zabraniała małżeństw oraz kontaktów seksualnych pomiędzy Żydami i Aryjczykami.
- 3) Ustawa o ochronie zdrowia dziedzicznego narodu niemieckiego, nakazująca parom poddanie się badaniu medycznemu („genetycznemu”) przed zawarciem małżeństwa w celu ustalenia stanu zdrowia genetycznego przyszłego związku i ich potomstwa. Zakazywała także małżeństw z osobami cierpiącymi na choroby weneryczne, padaczkę, upośledzenie umysłowe lub z innymi „genetycznymi ułomnościami” określonymi w ustawie sterylizacyjnej z 1933 roku. Osobom uznanym za „genetycznie upośledzone” pozwalano zawierać związki małżeńskie z innymi „upośledzonymi” dopiero po sterylizacji, by mieć pewność, że nie doczekają się potomstwa.

Zarówno ustawy norymberskie, jak i ustawa sterylizacyjna rozszerzyły zakres władzy i uprawnień niemieckich służb medycznych. Tysiące lekarzy, w tym higienistów rasowych, zatrudniano do udzielania poradnictwa małżeńskiego, które stało się integralną częścią niemieckiego systemu zdrowia publicznego. Powstały nowe miejsca pracy, więc – pomimo wykluczenia niemieckich lekarzy pochodzenia żydowskiego – całkowita liczba personelu medycznego wzrosła. Doniesienia dotyczące niebezpieczeństw związanych z mieszaniami ras były szeroko omawiane na łamach popularnych czasopism, a także w literaturze medycznej.

Ustawy norymberskie, których postanowienia mieli realizować przede wszystkim lekarze, były postrzegane przez niemieckie środowisko medyczne jako sposób na zachowanie zdrowia publicznego – jako ustawy prozdrowotne, a nie wyłącznie element polityki antysemitkiej. Niemieckie czasopisma medyczne przyklaskiwały ustawom i publikowały artykuły mające pomóc lekarzom

¹ Dwie pierwsze spośród tych ustaw wchodziły w skład ustaw norymberskich, trzecia to tzw. ustawa sterylizacyjna z 1933 r. (przyp. red.).

w realizacji ich przepisów. Czołowi niemieccy urzędnicy państwowi zajmujący się zdrowiem traktowali zapobieganie chorobom genetycznym i mieszaniu ras jako część programu odpowiedzialnej społecznie polityki zdrowotnej. W literaturze medycznej z tamtego czasu nie odnotowano żadnego głosu sprzeciwu wobec ustaw norymberskich.

Wraz z umacnianiem się władzy Hitlera, w środowisku lekarskim coraz ściślej współpracującym z partią nazistowską pojawiły się jawny antysemityzm i rasizm. Lekarze stali się liderami w tworzeniu i wdrażaniu ideologii nazistowskiej. Ich współpraca z partią zaowocowała stworzeniem biomedycznej wizji, na którą składały się trzy uzupełniające się obrazy: 1) Żydzi i Romowie jako choroby, od których trzeba uwolnić organizm państwa; 2) naród niemiecki jako pacjent; 3) narodowy socjalizm jako lekarz, na czele z Adolfem Hitlerem, nazywanym „Wielkim Lekarzem powstającego Narodu Aryjskiego”.

Podczas II wojny światowej medycyna nazistowska stanowiła narzędzie uzasadniające antysemityzm i rasizm. W oficjalnym czasopiśmie Niemieckiego Towarzystwa Lekarskiego zamieszczano wówczas regularnie kolumnę zatytułowaną „Rozwiązanie problemu żydowskiego”. Po zajęciu Polski przez Niemcy we wrześniu 1939 roku traktowanie Żydów jako „roznosicieli chorób” posłużyło nazistom jako uzasadnienie do zamykania ich w tworzonych na terenie całej Europy Wschodniej gettach. Żydzi byli do nich systematycznie przenoszani pod pretekstem kwarantanny, a ponieważ warunki panujące w gettach były tragiczne, wybuchały tam epidemie chorób zakaźnych. Statystyki występowania takich epidemii, na przykład tyfusu plamistego, były następnie przywoływane przez niemieckie czasopisma medyczne w celu dalszego deprecjonowania „rasy” żydowskiej jako chorej. Również Romów umieszczano w gettach lub obozach koncentracyjnych, co także skutkowało większą zapadalnością na choroby zakaźne. Przypadki te były później wykorzystywane jako argument racjonalizujący i uzasadniający systematyczną eliminację (mordowanie) Żydów i Romów w Niemczech i całej okupowanej Europie.

Bibliografia

1. Michael H. Kater, *Doctors under Hitler*, University of North Carolina Press, Chapel Hill 1989.
2. Robert N. Proctor, *Racial hygiene. Medicine under the Nazis*, Harvard University Press, Cambridge–Massachusetts 1988.

Pytanie

Jak nie dopuścić do tego, by uprzedzenia rasowe wpływały na decyzje medyczne?

Dyskusja

„Rasa” to pojęcie złożone, które można definiować na wiele sposobów. Niektórzy naukowcy uważają, że ma ono kluczowe znaczenie dla wiedzy o pochodzeniu człowieka, należy więc je uwzględniać w badaniach klinicznych i biomedycznych. Mimo obaw związanych z możliwością niewłaściwego wykorzystania informacji związanych z rasą i genetyką naukowcy ci utrzymują, że przynależność rasowa lub etniczna może dostarczyć cennych danych do badań epidemiologicznych, klinicznych czy farmaceutycznych. Inni badacze z kolei twierdzą, że wprowadzanie rozróżnień rasowych i etnicznych opiera się na wątplych podstawach i może się stać błędnym substytutem innych środowiskowych i genetycznych czynników etiologicznych, w tym pochodzenia geograficznego, statusu społeczno-ekonomicznego, wykształcenia czy choćby dostępu do opieki zdrowotnej.

Choć tekst przyrzeczenia lekarskiego oraz kodeksy etyczne różnią się w poszczególnych krajach (a czasami nawet w obrębie jednego kraju), łączy je wiele wspólnych cech, w tym etyczne zobowiązanie lekarzy, personelu pielęgniarskiego i innych pracowników służby zdrowia mówiące, że nie będą oni dyskryminować ani pacjentów, ani personelu medycznego ze względu na rasę, pochodzenie etniczne, przynależność religijną, klasę społeczną, płeć czy orientację seksualną. Jednak pomimo istnienia tych reguł rasizm wciąż rozprzestrzenia się w świecie medycznym w większości społeczeństw, co staje się przyczyną dyskryminacji, uprzedzeń, marginalizacji, a nawet wykluczenia. Udokumentowano na przykład, że w Stanach Zjednoczonych czarnoskórzy, Latynosi oraz rdzenni Amerykanie często otrzymują gorszą opiekę zdrowotną niż biali obywatele. Ta niewspółmierność jest zazwyczaj przypisywana niższym dochodom, niewystarczającemu ubezpieczeniu i niedoborowi lekarzy na obszarach zamieszkiwanych przez daną mniejszość, które mogą się przyczyniać

do wyższej śmiertelności i niższych wskaźników przeżycia wśród mniejszości w porównaniu z ludźmi rasy białej cierpiącymi na porównywalnie ciężkie choroby. Co więcej, mniejszościom częściej odmawia się zaawansowanych sposobów terapii, jest też bardziej prawdopodobne, że otrzymają gorsze leczenie, które obniży jakość ich życia.

Tym, co łączy większość współczesnych badaczy i klinicystów – pomimo różnic w poglądach na rasę i genetykę – jest dążenie do poszerzania stanu wiedzy na temat ludzkiego genomu i jego lepszego zrozumienia w celu poprawy opieki zdrowotnej nad indywidualnymi pacjentami i nad całą populacją. Jednocześnie w związku z badaniami genetycznymi rodzi się wiele obaw co do niesionego przez nie ryzyka – potencjalnych zagrożeń, możliwych błędów, niewłaściwych zastosowań.

W przeszłości, jak pokazuje przedstawiony wyżej przypadek, często nadużywano tak zwanego „rasizmu naukowego”. W historii ludzkości istnieje niestety długa tradycja rasizmu, znęcania się nad mniejszościami, podporządkowywania ich i zniewalania. W nazistowskich Niemczech niewłaściwe wykorzystywanie wiedzy z zakresu medycyny genetycznej stanowiło uzasadnienie dla udziału i patronatu środowiska lekarskiego w programie mordowania „w imię zdrowia i nauki”. Ta pseudonauka, oparta na niewiedzy, błędnych wyobrażeniach i uprzedzeniach rasowych, była w dużym stopniu odpowiedzialna za unicestwienie części społeczeństwa, zwłaszcza Żydów.

Rzetelna edukacja lekarzy w zakresie świadomości rasowej i zrozumienia innych kultur jest jednym ze sposobów, w jaki można ich uchronić przed zagrożeniami, które niesie ze sobą rasizm.

Należy prowadzić szkolenia dotyczące powiązań między rasizmem, genetyką i naukowymi studiami nad „rasą”. W długiej i ciągle jeszcze odśladanej niezbadanej historii ludzkości opowieść o niewłaściwym wykorzystywaniu genetyki i pojęcia rasy w medycynie nie może zostać zapomniana; powinni ją poznać wszyscy studenci medycyny. Płynącą z niej lekcję trzeba zaszczerpieć w naszych sercach, umysłach i sumieniach, aby zminimalizować ryzyko, że historia się powtórzy. W wyjaśnieniu, na czym polega problem niewłaściwego wykorzystania informacji genetycznych lub rasowych, pomogą również skierowane do odpowiednich odbiorców wykłady, a także wyważony, krytyczny dyskurs publiczny.

2.2. Rasizm w nazistowskim środowisku medycznym

Opis przypadku I: studenci medycyny

W 1935 roku Mosze Prywes był studentem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego. W tamtym czasie senat uczelni przyjął specjalne antyżydowskie przepisy dotyczące rozdzielenia studentów pochodzenia żydowskiego od nie-Żydów. W salach wykładowych zarezerwowano ławki specjalnie dla tych drugich. Audytoria podzielono na dwie części – nie-Żydzi mieli siedzieć po prawej stronie, Żydzi zaś po lewej. Segregację tę nazywano „gettem ławkowym”. Dodatkowo karty egzaminacyjne, wcześniej anonimowe dla oceniającego, były teraz obowiązkowo ostemplowane zgodnie z wyznaniem studenta. Podobne praktyki były także powszechne na uniwersytetach w III Rzeszy.

Aby przeciwdziałać antysemityzmowi, Prywes, który był przewodniczącym Żydowskiego Stowarzyszenia Medyków zorganizował serię nadzwyczajnych spotkań w celu omówienia strategii działania i reakcji na ruch wykonany przez uczelnię. Po długiej naradzie studenci postanowili odmówić zajęcia miejsc, które zostały dla nich wydzielone. Zdecydowali, że zamiast tego ustawią się na schodach pomiędzy rzędami i będą robić notatki, opierając się na ramionach studenta stojącego z przodu. Prywes w swojej książce *Prisoner of hope* („Więzień nadziei”) pisze:

Tak studiowali studenci żydowscy od 1935 roku do wybuchu wojny, na każdych zajęciach, dzień po dniu, rok po roku. Krótko mówiąc – praktyka ta rozprzestrzeniła się i upowszechniła wśród wszystkich studentów żydowskich na uniwersytetach w całej Polsce. Jest niemalże pewne, że nigdy przedtem ani potem, nie widywano w Polsce „pionowych” studentów.

Bibliografia

Moshe Prywes, *Prisoner of hope*, Brandeis University Press, Hanover 1996.

Opis przypadku II: lekarze

Doktor Lucie Adelsberger, niemiecka pediatra żydowskiego pochodzenia, prowadziła badania z zakresu immunologii w Instytucie Roberta Kocha w Berlinie. W latach 1924–1933 opublikowała co najmniej piętnaście artykułów naukowych, była współzałożycielką Stowarzyszenia Lekarek Niemieckich (Deutscher Ärztinnenbund). W marcu 1933 roku, dwa miesiące po przejęciu władzy przez nazistów, dr Adelsberger i osiemnaścioro innych żydowskich naukowców zostało zwolnionych z instytutu. Odtąd dr Adelsberger mogła prowadzić tylko prywatną praktykę i nie wolno jej było używać tytułu „lekarki”, lecz „pomocniczki”. Doktor Adelsberger została również usunięta z Narodowego Planu Ubezpieczenia Zdrowotnego, a od 1938 roku zabroniono jej leczenia nieżydowskich pacjentów. W 1943 roku została deportowana do KL Auschwitz.

Bibliografia

Lucie Adelsberger, *Auschwitz. A doctor's story*, Northeastern University Press, Boston 1995.

Tło historyczne

W marcu 1933 roku, tuż po objęciu kontroli nad rządem niemieckim przez narodowych socjalistów, nowy reżim rozpoczął wprowadzanie antysemitycznych przepisów. Niemieckie środowisko medyczne we współpracy z nazistami podjęło szeroko zakrojone działania na rzecz wsparcia polityki antysemitycznej. W tym czasie 13–17% lekarzy w Niemczech było pochodzenia żydowskiego, a w Berlinie odsetek ten sięgał 50–60%. W ciągu kilku tygodni od utworzenia nazistowskiego rządu lekarze żydowscy zostali zwolnieni ze szpitali w największych miastach.

W kwietniu 1933 roku uchwalono Ustawę o służbie cywilnej, która zabraniała Żydom i komunistom zajmowania stanowisk państwowych, w tym w służbie zdrowia. Zawodowe organizacje lekarskie i zakłady ubezpieczeń zdrowotnych również pozbyły się lekarzy pochodzenia żydowskiego. Wzywano do zastępowania ich lekarzami nieżydowskimi na wszystkich szczeblach władzy, w całym społeczeństwie i we wszystkich miejscach pracy. Do końca 1933 roku powstała seria rozporządzeń prawnych i administracyjnych, zabraniających lekarzom żydowskim leczenia nieżydowskich pacjentów, nawiązywania profesjonalnych kontaktów z nieżydowskimi kolegami oraz otrzymywania stopni lekarskich.

W 1934 roku 31% żydowskich lekarzy zostało pozbawionych możliwości wykonywania zawodu.

Uchwalone w 1935 roku ustawy norymberskie wprowadzały prawną definicję Żyda i *de facto* pozbawiły niemieckich Żydów obywatelstwa. Nowe przepisy zabraniały Żydom udziału w wielu dziedzinach życia społecznego i miały poważne konsekwencje dla Żydów wykonujących zawody medyczne. W „Zarządzeniu Lekarzy Rzeszy” z grudnia 1935 roku postanowiono, że odtąd żydowskim lekarzom nie będzie się wydawać nowych licencji.

W 1936 roku większość wydziałów medycznych zabroniła żydowskim studentom wykonywania badań ginekologicznych u aryjskich kobiet. Decyzje dotyczące wprowadzania tych ograniczeń pozostawiono dyrektorom szpitali odpowiedzialnym za żydowskich stażystów na oddziałach ginekologicznych. Wielu lekarzy pochodzenia żydowskiego, którzy nie mogli dalej praktykować, uciekło z kraju. Wydalenie Żydów z uniwersytetów i urzędów spowodowało zwolnienie licznych stanowisk w niemieckich szkołach medycznych, instytutach i klinikach. Powstałe w ten sposób miejsca pracy zostały szybko obsadzone młodymi bezrobotnymi lekarzami nieżydowskimi.

W 1938 roku przyjęto akt prawny, który okazał się ostatecznym ciosem dla żydowskich lekarzy w Niemczech – Izba Lekarska Rzeszy odebrała im uprawnienia. Odtąd nie byli już uznawani za członków środowiska lekarskiego i mogli leczyć jedynie innych Żydów, do tego po uzyskaniu specjalnego zezwolenia. Odebrano im również tytuły. Od tego momentu pozbawieni uprawnień żydowscy lekarze byli nazywani „pomocnikami”.

Szacuje się, że co najmniej 25% niemieckich lekarzy pochodzenia żydowskiego zostało zamordowanych podczas Holokaustu, a 5% popełniło samobójstwo.

Bibliografia

1. Michael H. Kater, *Doctors under Hitler*, University of North Carolina Press, Chapel Hill 1989.
2. Saul Friedlander, *Nazi Germany and the Jews. Volume I. The years of persecution, 1933–1939*, Harper Perennial Publisher, New York 1998.

Pytanie

Jak zapobiegać uprzedzeniom rasowym wśród lekarzy?

Dyskusja

Większość z nas żyje i pracuje w społeczeństwach wielokulturowych. Wielokulturowość dotyczy zarówno pacjentów, których leczymy, jak i kolegów, z którymi się uczymy i praktykujemy. Jako lekarze powinniśmy mieć pewność, że nasz awans zawodowy będzie zależał wyłącznie od naszych umiejętności. Niestety istnieje wiele dowodów na to, że uprzedzenia rasowe wciąż mogą stanowić przeszkodę w rozwoju kariery, dlatego nierówność szans należy traktować jako problemem, do którego muszą podejść poważnie wszystkie systemy opieki zdrowotnej oraz wszyscy pracownicy służby zdrowia.

Niedopuszczalna jest dyskryminacja ze względu na rasę, płeć czy niepełnosprawność. Może skutkować brakiem motywacji, frustracją i zmniejszeniem pewności siebie. Rasizm w systemie opieki zdrowotnej to w wielu krajach rzeczywisty problem, z którym borykają się lekarze pochodzący ze środowisk mniejszości etnicznych. Dowiedziono na przykład, że proponuje się im gorsze warunki zatrudnienia, a ich perspektywy rozwoju zawodowego nie są tak dobre jak u innych lekarzy. Badania wykazały również, że mniejszości są dyskryminowane podczas rekrutacji do szkół medycznych. Co więcej – wciąż istnieje na świecie towarzystwa medyczne, które uniemożliwiają lekarzom z odmiennych grup kulturowych uzyskanie członkostwa.

Kodeks Etyki Lekarskiej Amerykańskiego Stowarzyszenia Lekarzy (American Medical Association – AMA) głosi, że należy zakazać wszelkich działań lekarskich niewynikających z przesłanek medycznych, a opartych na uprzedzeniach dotyczących rasy, koloru skóry, przynależności etnicznej czy pochodzenia². Organizacja zachęca do zgłaszania lokalnym stowarzyszeniom medycz-

² Podobne regulacje zawiera polski Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 3: „Lekarz powinien zawsze wypełniać swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania” (przyp. J.P.).

nym wszelkich przypadków, w których podejrzewa się dyskryminację rasową lub etniczną.

Lekarze powinni dawać przykład w walce z rasizmem i domagać się przejrzystości procedur awansu zawodowego oraz oparcia ich wyłącznie na kompetencjach. Należy rozwijać kulturę bazującą na szacunku i uczciwości, w której wszystkie osoby mogą się czuć docenione i mieć pewność, że będą oceniane wyłącznie na podstawie swoich umiejętności.

Jednym ze sposobów walki z rasizmem jest wprowadzenie do programów nauczania w szkołach medycznych dyskusji na temat różnorodności kulturowej i uprzedzeń rasowych.

3. Edukacja medyczna pod rządami nazistów

Opis przypadku

W 2010 roku dr Theresa M. Duello odkryła podczas poszukiwania materiałów do badań w bibliotece Uniwersytetu Wisconsin w Madison sześć prac doktorskich niemieckich studentów medycyny z lat 1937–1940. Prace te, napisane w celu uzyskania stopnia naukowego w zakresie nauk medycznych, szczegółowo odtwarzają pierwsze pięć lat eksperymentów medycznych, w ramach których w niemieckich szpitalach poddano sterylizacji setki kobiet. Badania studentów były nadzorowane i zatwierdzane przez lekarzy i dyrektorów szpitali, w których przeprowadzono sterylizacje.

W jednej z prac, napisanej w 1940 roku przez Ericha Bachera z Würzburga, przeanalizowano przypadki 210 kobiet poddanych sterylizacji w klinice ginekologicznej szpitala miejskiego w Pforzheim. We wstępie Bacher napisał:

Kluczowe jest, aby aktywnie przeciwdziałać wszelkim niepokojom społecznym dotyczącym środków podjętych na mocy prawa, a także silnie zakorzenieć ideę zdrowia dziedzicznego wśród naszej ludności.

Bacher pisał również o sprzeciwie samych pacjentek, które miały być poddane operacji wbrew swojej woli, a także o problemach wynikających ze wspólnego pobytu na jednym oddziale pacjentek, które miały zostać wysterylizowane, z innymi pacjentkami. Autor opisuje dwa przypadki sterylizacji kobiet:

W rodzinie, w której ojciec był alkoholikiem, a matka była upośledzona umysłowo, pięcioro z siedmiorga dzieci musiało zostać umieszczonych w zakładzie, ponieważ troje z nich miało wysoki stopień upośledzenia, a dwoje było idiotami¹.

¹ Kolejne stopnie niedorozwoju/upośledzenia umysłowego określano wówczas nazwami: debil, imbecyl i idiota (ciężki stopień). Obecnie używany jest termin: niepełnosprawność intelektualna (przyp. M.C.).

Jedna z dziewcząt jest w związku małżeńskim. Jedno dziecko jest poniżej średniej inteligencji. Najmłodsza córka jest powyżej średniej i kilkakrotnie otrzymywała nagrody w szkole. Cała rodzina kosztowała do tej pory państwowy system opieki ponad 50 000 marek (...). Kolejny przypadek: opieka społeczna musi zajmować się czworgiem dzieci urodzonych poza związkiem małżeńskim z czterech różnych ojców. Dzieci te również są upośledzone umysłowo. Wśród krewnych rodziny obserwowano wiele przypadków upośledzenia umysłowego w stopniu lekkim lub ciężkim oraz choroby psychiczne. Z powodu nieakceptowalnych warunków bytowych sześćcioro dzieci zostało odebranych upośledzonej umysłowo matce i umieszczonych przez lokalne władze w ochronce. Czworo spośród nich okazało się upośledzone; dwie dziewczynki zostały już wysterylizowane. Narodzinom siódmego dziecka, którego spodziewała się matka, udało się zapobiec dzięki Sądowi ds. Dziedziczności.

Kolejny student o nazwisku Storch, zbadawszy przypadki 190 sterylizacji wykonanych w Szpitalu Miejskim w Spirze, odnotował:

Jako lekarze jesteśmy zobligowani przez prawo, aby osoby, które ucierpiały w wyniku obowiązujących przepisów, otoczyć możliwie najlepszą opieką. Priorytetem jest dzisiaj ochrona życia (...). Dopiero przyszłe pokolenia będą w stanie ocenić rzeczywiste rezultaty stosowania obowiązującego prawa; niemniej naszym zadaniem, teraz, tak jak i zawsze, pozostaje ograniczenie do minimum ryzyka związanego z zabiegami i korzystanie z najlepszych dostępnych metod.

Każda ze wspomnianych sześciu rozpraw doktorskich zawierała niezwykle drobiazgową dokumentację różnych zabiegów chirurgicznych i wynikających z nich komplikacji. Nie ma w nich jednak ani słowa na temat słuszności kryteriów, na podstawie których przeprowadzano zabiegi. Autorzy podkreślają natomiast zasługi ustawy sterylizacyjnej dla rozwoju narodu niemieckiego, uznając, że polityka eugeniczna III Rzeszy działała dla jego dobra.

Bibliografia

Theresa M. Duello, *Misconceptions of "race" as a biological category. Then and now*. W: *Medicine after the Holocaust. From the master race to the human genome and beyond*, Sheldon Rubinfeld (red.), Palgrave MacMillan, New York 2010.

Tło historyczne

Reforma edukacji stanowiła ważną część nazistowskiej polityki medycznej. Już w 1922 roku Niemieckie Towarzystwo Higieny Rasowej domagało się wprowadzenia higieny rasowej jako przedmiotu obowiązkowego na kierunkach medycznych w Niemczech. Zagadnienia z jej zakresu zostały również włączone do państwowych egzaminów lekarskich, stanowiących warunek ukończenia studiów. Kursy higieny rasowej obejmowały tematy takie jak badania nad grupami krwi, pomiary antropometryczne, badania bliźniąt, genetyka, biologia kryminalistyczna, prawo rasowe i medycyna wojenna. Wydziały lekarskie kładły mniejszy nacisk na nauki podstawowe, modyfikowały za to klasyczny program nauczania i skracaly czas studiów, aby dostarczyć nazistowskiemu państwu jak najwięcej lekarzy.

Studentów przekonywano, że kursy z zakresu higieny rasowej są niezbędną częścią ich zawodowego przygotowania do pełnienia obowiązków przyszłych „doradców małżeńskich i strażników dziedzictwa genetycznego narodu”. Mówiono im również, że zostaną wyszkoleni na „biologicznych żołnierzy” – w tym celu przechodzili szkolenie wojskowe, które miało ich przygotować do służby zmilitaryzowanej, zideologizowanej władzy państwowej. Pisali więc rozprawy doktorskie dotyczące rozmaitych medycznych programów rasowych. Kursy z zakresu higieny rasowej włączono także do programu podyplomowych studiów medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem medycyny sportowej, naturalnej i wojskowej.

Bibliografia

1. Michael H. Kater, *Doctors under Hitler*, University of North Carolina Press, Chapel Hill 1989.
2. Robert J. Lifton, *The Nazi doctors. Medical killing and the psychology of genocide*, Basic Books, New York 1986.

Pytanie

Czy polityka państwowa i społeczna powinna mieć wpływ na edukację medyczną?

Dyskusja

Na przełomie XIX i XX wieku niemiecki system edukacji medycznej uznawano za jeden z najbardziej rozwiniętych na świecie. W 1910 roku, po zapoznaniu się z niemieckimi metodami kształcenia lekarzy, Abraham Flexner opracował tzw. Raport Flexnera, który zmienił charakter i sam proces edukacji medycznej w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie. Raport uznawał wiedzę naukową i jej osiągnięcia za podstawę etosu współczesnego lekarza. Standardy wyznaczone przez ten dokument stały się z czasem podstawą edukacji medycznej na całym świecie. Także i dziś edukacja medyczna w większości krajów opiera się na systemie niemieckim.

Okres nazistowski przyniósł jednak ogromną zmianę. Edukacja medyczna, a tym samym studenci medycyny, pozostawali w nazistowskich Niemczech pod przemożnym wpływem ówczesnych nastrojów politycznych. I chociaż to samo można zapewne powiedzieć o studentach z innych krajów w jakimkolwiek okresie, to jednak nazistowskie Niemcy wyróżniły się niechlubnie, wpajając studentom medycyny przekonanie, że ideologiczna nazistowska polityka rasowa jest akceptowalnym paradygmatem w medycynie i nauce. Studenci mieli się stać rzecznikami nazistowskich programów politycznych i rasowych, które propagowano jako „prawdziwą naukę”.

Zhierarchizowane, operujące przymusem jako narzędziem władzy państwo kładło duży nacisk na posłuszeństwo, poczucie przynależności i lojalność wobec przywódców nazistowskich i ich politycznych zapędów. Takiej postawy oczekiwano również od studentów medycyny.

Klimat polityczny panujący w nazistowskich Niemczech sprawiał, że ustawa sterylizacyjna była postrzegana nie tylko jako akt prawny mający podstawy naukowe, ale też jako dobry plan polityczny. Traktowano ją jako sposób na „oczyszczenie” Niemiec – miała zapobiegać narodzinom osób „niepożądanych” lub takich, które mogłyby stanowić ciężar dla państwa. Panowało silne przekonanie, że „zdrowie” narodu jest ważniejsze niż opieka nad pojedynczym pacjentem i leczenie go.

Nie zajmowano się roztrząsaniem kwestii etycznych związanych z prawem rasowym. Było ono raczej przedstawiane jako naturalny element nazistowskiego światopoglądu, uprawomocniający i podtrzymujący go, co może być

interpretowane jako rodzaj politycznego prania mózgu. Ale czy pranie mózgu powinno być częścią edukacji medycznej? Czyż podstawą rozwoju solidnej, twórczej i etycznej edukacji medycznej nie jest raczej krytyczne i refleksyjne myślenie?

Jakie są cele edukacji medycznej? Czy sama wiedza naukowa wystarczy do ukształtowania dobrych lekarzy? Czy powinniśmy kształcić studentów tak, aby stali się rzemieślnikami w służbie nauki, czy raczej lekarzami, którzy będą potrafili wykorzystać swoją wiedzę w służbie pacjentom? Czy studenci medycyny (i lekarze) powinni stawiać się rzecznikami poglądów społecznych lub politycznych?

Edukacja medyczna ma wiele celów, a proces kształcenia lekarzy powinien trwać przez całe życie – od momentu rozpoczęcia nauki w szkole medycznej do czasu przejścia na emeryturę. Poza przygotowaniem studentów do pożytkowania wiedzy naukowej w celu leczenia chorób, zapobiegania im i łagodzenia ich przebiegu, edukacja medyczna powinna również wpajać standardy etyczne w myśleniu i działaniu, ale też umiejętność krytycznej analizy rzeczywistości.

Edukacja medyczna powinna wykorzystywać wszystkie znane lekarzom narzędzia na rzecz poprawy zdrowia i dobrostanu społeczeństwa. Studenci muszą mieć świadomość, że czynniki środowiskowe, społeczne, behawioralne, fizyczne, ekonomiczne i polityczne znacząco przyczyniają się do stanu zdrowia i jakości życia pacjentów. Należy im również uzmysłwić, że lekarz ma władzę i autorytet społeczny, dzięki którym może w istotny sposób wpływać na poprawę stanu swoich pacjentów. Nawet jeśli w pewnych okolicznościach będzie to postrzegane jako zaangażowanie polityczne, zawsze powinno się mieć na uwadze dobrostan i zdrowie zarówno pacjenta, jak i ogółu społeczeństwa.

4. Prasa medyczna pod rządami nazistów

Opis przypadku

Jednym z największych i najprężniej działających czasopism medycznych w nazistowskich Niemczech było „Die Volksgesundheitswach” (Strażnik Zdrowia Narodu), którego nakład przekraczał 100 000 egzemplarzy. Rozkładano je w poczekalniach przychodni i szpitali na terenie całej Rzeszy. W 1934 roku dr Eugen Stähle, neurolog, przewodniczący Narodowosocjalistycznego Niemieckiego Towarzystwa Lekarskiego, a także zwierzchnik Ministerstwa Zdrowia Wirtembergii, opublikował na jego łamach artykuł zatytułowany *Krew i rasa. Nowe wyniki badań*, dotyczący wykorzystania krwi ludzkiej jako środka w procesie identyfikacji rasy. Przekonywał w nim:

Opisując poszczególne rasy, nie możemy poprzestawać jedynie na wyglądzie zewnętrznym człowieka (...). Musimy pójść dalej, aby zbadać równie istotne różnice w wewnętrznych narządach ciała, różnice, które mogą pokazywać głębsze, fizjologiczne rozbieżności między rasami (...).

Doktor Stähle zwracał się również do czytelników słowami:

(...) pomyślcie tylko, co by to oznaczało, gdybyśmy mogli zidentyfikować nie-Aryjczyków za pomocą próbki! Wtedy żaden podstęp, żaden chrzest, żadna zmiana nazwiska, obywatelstwa czy nawet operacja nosa nie pomogą [Żydom uniknąć dekonspiracji]. Nie da się podmienić własnej krwi.

Kilka lat później, w 1939 roku, dr Stähle – odznaczony weteran I wojny światowej i członek partii nazistowskiej – uczestniczył w tworzeniu tajnego ośrodka „eutanazji” w zamku Grafeneck, położonym w odludnym rejonie Münsingen. Zamek ten stał się ośrodkiem eksterminacji osób niepełnosprawnych intelektualnie w ramach nazistowskiej akcji T4. W ciągu niespełna dwóch lat w Grafeneck zamordowano ponad 10 000 dzieci. W 1943 roku dr Stähle otrzymał

od Adolfa Hitlera tytuł profesorski. Po klęsce Niemiec został aresztowany za udział w programie zbrodniczej eutanazji. Zmarł w więzieniu w 1948 roku.

Bibliografia

Robert N. Proctor, *Racial hygiene. Medicine under the Nazis*, Harvard University Press, Cambridge–Massachusetts 1988.

Tło historyczne

Przed dojściem narodowych socjalistów do władzy niemiecka myśl medyczna uznawana była za najprężniej rozwijającą się i kreatywną na świecie, a niemiecka prasa medyczna odegrała istotną rolę w jej tworzeniu. W 1933 roku, krótko po objęciu przez Hitlera urzędu kanclerza, połączone zostały dwa główne czasopisma medyczne i w ich miejsce utworzono jedno nowe – „Deutsches Ärzteblatt”, które stało się oficjalnym organem prasowym Izby Lekarskiej Rzeszy i Związku Niemieckich Lekarzy Ubezpieczeniowych. Ruch ten był punktem zwrotnym w procesie przejścia przez nazistów kontroli nad niemiecką prasą medyczną. Od-tąd ukazywanie się czasopism medycznych uzależnione było od uzyskania aprobaty nazistowskich autorytetów medycznych, czyli w większości lojalnych wobec władzy ideologów. Cenzura polityczna nadzorowała każdy etap publikacji.

Był to również początek kampanii mającej na celu wyeliminowanie Żydów, komunistów i socjalistów z niemieckiego środowiska medycznego. Redaktorzy i konsultanci prasy medycznej musieli się legitymować niemiecko-aryjskim pochodzeniem i lojalnie wspierać doktrynę nazistowską. „Deutsches Ärzteblatt” ogłosiło, że prasa medyczna „oczyści się z wpływów innych niż niemieckie”, aby przywrócić profesji lekarza „niemiecki sposób myślenia” i „niemiecki sposób odczuwania”. Zakazane zostały wszelkie publikacje, które dopuszczały poglądy niezgodne z nazistowską wizją medyczno-polityczną – dotyczyło to także socjalistycznych czasopism medycznych o wieloletniej tradycji, cieszących się dużym uznaniem.

Od 1933 roku do końca wojny w prasie medycznej opublikowano niezliczoną ilość artykułów poświęconych czystości rasowej i higienie rasowej oraz polityce zdrowotnej. Stanowiły one część wspieranej przez aparat państwowy kampanii mającej na celu wpojenie społeczności medycznej nazistowskich po-

głędów politycznych oraz idei higieny rasowej. Tak oto zmienił się cel publikacji naukowych – z dostarczania potwierdzonych naukowo informacji na szerzenie idei propagowanych przez państwo nazistowskie.

Artykuły przyjmowano do publikacji niekoniecznie ze względu na jakość prezentowanych w nich badań – podstawowym kryterium kwalifikacji było odtąd promowanie polityki narodowego socjalizmu. Powstały specjalne czasopisma kierowane nie tylko do naukowców, ale i do zwykłych czytelników, wywodzące się z pseudonaukowych, proaryjskich i antysemitowskich koncepcji społeczeństwa. Jednym z głównych tematów poruszanych w prasie była konieczność zachowania „czystości krwi” zarówno w Rzeszy Niemieckiej, jak i wśród całej rasy aryjskiej. Tego typu artykuły przestrzegały przed niebezpieczeństwem „zanieczyszczenia krwi” przez osoby niepełnosprawne, osoby z chorobami wrodzonymi, Żydów, czarnoskórych i Romów. Wizja skażenia organizmu państwa „złą krwią” została później wykorzystana jako polityczna i medyczna podstawa do przeprowadzenia czystek rasowych i etnicznych.

Bibliografia

1. Henry Friedlander, *The origins of Nazi genocide. From euthanasia to the Final Solution*, University of North Carolina Press, Chapel Hill–London 1995.
2. Michael H. Kater, *Doctors under Hitler*, University of North Carolina Press, Chapel Hill 1989.
3. Robert N. Proctor, *Racial hygiene. Medicine under the Nazis*, Harvard University Press, Cambridge–Massachusetts 1988.

Pytanie

*Jakie normy etyczne powinny obowiązywać
wydawnictwa medyczne?*

Dyskusja

Przed okresem nazistowskim niemieckie czasopisma medyczne uchodziły za jedno z najbardziej prestiżowych publikacji medycznych na świecie, a ogłaszane w nich wyniki badań uznawano za wiarygodne. Sytuacja zmieniła się radykalnie po przejęciu przez nazistów kontroli nad sceną polityczną, a także nad prasą medyczną. Pogwałcone zostały etyczne zasady publikacji medycznych –

był to wynik konfliktu interesów pomiędzy środowiskiem medycznym a programem politycznym państwa nazistowskiego. Od momentu, w którym autorytety medyczne, naukowcy i redaktorzy opowiedzieli się za programem politycznym narodowych socjalistów, w czasopiśmie nie było już miejsca na głosy odrębne, wyrażające obawy co do zawartych w nich treści bądź podważające ich naukową wiarygodność. Taka strategia wyraźnie naruszała etykę nie tylko publikacji medycznych, ale i dziennikarstwa jako takiego. Był to kolejny przykład niezdrowych relacji między medycyną a ideologią nazistowską.

Utrzymywanie standardów etycznych w publikacjach stanowi fundament naukowej wiarygodności badań. Ważne jest, aby stawiać pytania dotyczące nie tylko samych wyników badań naukowych, lecz także tego, w jaki sposób zostały zebrane materiały, jak je zinterpretowano i z jakiego powodu opublikowano. Obecnie przykładą się dużą wagę do ryzyka wystąpienia konfliktu interesów w badaniach naukowych. Jeśli takowy się pojawi i zostanie ujawniony już po ukazaniu się publikacji, czytelnik może się poczuć wprowadzony w błąd lub oszukany. Konflikty interesów mogą wynikać z zależności natury osobistej, ekonomicznej, ideologicznej, politycznej czy akademickiej. Powstają, gdy motywacje autorów, redaktorów lub recenzentów nie są transparentne i mogą mieć wpływ na to, kogo się publikuje, co się publikuje, kiedy, na jaką skalę i w jakiej formie.

Obecnie powszechnie się przyjmuje, że wyniki badań medycznych powinny być recenzowane przed publikacją. Ponadto należy brać pod uwagę możliwość wpływu wszelkich zmiennych (potencjalnych lub faktycznych) wynikających ze sprzecznych interesów. Oczekuje się, że redaktorzy ujawnią czytelnikom konflikty interesów dotyczące ich samych, ich zespołów, członków rodzin, rad redakcyjnych, kierowników i właścicieli tytułów.

Tak jak zainteresowanie etyką badań naukowych doprowadziło do utworzenia komisji bioetycznych oraz wymogu, by projekty badawcze uzyskały ich akceptację, tak szczególna uwaga poświęcana etyce publikacji naukowych doprowadziła do powstania kilku instytucji, które wspierają w praktyce przestrzeganie standardów etycznych w publikacjach. Wśród nich wyróżniają się Światowe Stowarzyszenie Redaktorów Medycznych (The World Association of Medical Editors – WAME), Komitet ds. Etyki Publikacji (Committee on Publi-

cation Ethics – COPE) oraz Międzynarodowy Komitet Redaktorów Czasopism Medycznych (The International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE), których zasady zostały powszechnie przyjęte.

Naruszenia zasad etyki w publikacji nie różnią się w swojej istocie od naruszeń norm etycznych, które regulują sposób traktowania pacjentów biorących udział w badaniach naukowych. Czasopisma medyczne powinny zajmować się poszerzaniem wiedzy medycznej w służbie zdrowia ludzkiego i starać się uniknąć wpadnięcia w tryby komercyjnej maszyny marketingowej na rzecz przemysłu. Nade wszystko jednak nie powinny być wykorzystywane jako narzędzia promowania ideologii politycznych, które nie są zgodne z interesem pacjentów.

5. Podwójna lojalność lekarzy – państwo vs jednostki

Opis przypadku

Doktor Hans Deuschl urodził się w 1891 roku w Grafing. W trakcie studiów medycznych w pobliskim Monachium wstąpił do bractwa studenckiego. Ideologia bractwa i doświadczenie klęski Niemiec w I wojnie światowej, w której Deuschl brał udział jako członek korpusu ochotniczego Freikorps w Bawarii, miały na niego duży wpływ, podobnie jak na jego późniejszego przyjaciela i dobroczyńcę, Heinricha Himmlera (przyszłego przywódcę SS). Już jako młody chłopak Deuschl identyfikował się z niemieckim nacjonalizmem.

Równolegle z praktyką lekarską Deuschl rozwijał karierę polityczną jako lider lokalnego oddziału Bloku Narodowego (*Völkischer Block*). W grudniu 1924 roku został kandydatem na stanowisko burmistrza Grafing. We wrześniu 1929 roku wstąpił do Narodowosocjalistycznego Związku Lekarzy Niemieckich (*Der Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund – NSDÄB*), a w czerwcu 1931 roku do SS. Jako członek SS otrzymał od Himmlera zadanie rozwijania służby medycznej SS i kierowania nią. Został także redaktorem naczelnym oficjalnego periodyku NSDÄB, na łamach którego publikował odezwy polityczne nawołujące lekarzy do przyłączenia się do związku i do służby państwu. Jako redaktor naczelny pisał:

NSDÄB jest nie tylko organizacją zawodową zrzeszającą lekarzy. Ma również charakter militarny. Nasi członkowie to przede wszystkim naziści, a dopiero potem lekarze. Reprezentują oni naród jako całość, powinni więc odłożyć na bok swoje osobiste interesy i stać się przywódcami dbającymi o interes całego narodu niemieckiego.

Doktor Deuschl był także bliskim przyjacielem szefa NSDÄB, dr. Gerharda Wagnera. W 1935 roku został mianowany szefem Szkoły Przywództwa Lekarzy Niemieckich (*Führerschule der Deutschen Ärzteschaft*) w Alt-Rehse.

Bibliografia

1. Robert N. Proctor, *Racial hygiene. Medicine under the Nazis*, Harvard University Press, Cambridge–Massachusetts 2002.
2. Michael H. Kater, *Doctors under Hitler*, University of North Carolina Press, Chapel Hill 1989.
3. Wilhelm Boes, *Zur Person und Bedeutung des Arztes Dr. Hans Deuschl (1891–1953) unter besonderer Berücksichtigung seiner Karriere in der Zeit des Nationalsozialismus* [rozprawa doktorska], <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/8120>.

Tło historyczne

Niedługo po tym, jak w 1933 roku Partia Narodowosocjalistyczna przejęła władzę w Niemczech, niemieckie stowarzyszenia medyczne zostały połączone i przekształcone w jedną zhierarchizowaną organizację funkcjonującą pod nazwą Narodowosocjalistyczny Związek Lekarzy Niemieckich (NSDÄB), która w pełni była podporządkowana partii. W jednym z pierwszych przemówień kierowanych do NSDÄB Hitler oznajmił:

Bez was, bez narodowosocjalistycznych lekarzy, nie obejdę się nawet przez jeden dzień, nawet przez godzinę. Jeśli nie wy, jeśli mnie zawiedziecie, wtedy wszystko stracone.

Ideologia partii nazistowskiej była często przedstawiana w taki sposób, aby przyciągnąć lekarzy. W *Mein Kampf* Hitler pisał:

Każdy, kto chce wyleczyć tę epokę, toczoną przez chorobę i zepsutą od wewnątrz, musi przede wszystkim zdobyć się na odwagę, by jasno zdiagnozować przyczynę tej choroby.

Rząd nazistowski, posługując się biologicznymi i naukowymi metaforami, przedstawiał pewne grupy społeczne jako groźną zarazę, która mogła „zainfekować” i osłabić naród niemiecki. Lekarze mieli być „strażnikami” zdrowia państwa niemieckiego, którzy będą aktywnie uczestniczyć w zapobieganiu „chorobie zakaźnej” i w leczeniu jej, gdziekolwiek i kiedykolwiek się pojawi.

Główną postacią NSDÄB był dr Gerhard Wagner, uznawany za „Führera Związku Lekarzy”. Wagner głosił:

Opieka zdrowotna ma zostać zastąpiona przez przywództwo zdrowotne, medycyna lecznicza ma zostać zastąpiona przez medycynę prewencyjną, a higiena jednostki – przez higienę rasową.

Według Wagnera lekarze nie mieli być odtąd opiekunami indywidualnych pacjentów, ale lekarzami całego narodu. Na skutek działań jego oraz innych nazistowskich przywódców politycznych i medycznych profesja lekarska całkowicie sprzymierzyła się z narodowosocjalistyczną filozofią polityczną, opartą na eugenicznych zasadach higieny rasowej, w których dobro i zdrowie narodu miało przeważać nad interesem i zdrowiem pojedynczych pacjentów.

Jednym z politycznych zadań NSDÄB było szkolenie lekarzy w duchu doktryny partii nazistowskiej. W Alt-Rhese w Meklemburgii utworzono Szkołę Przywództwa Lekarzy Niemieckich (*Führerschule der Deutschen Ärzteschaft*), uchodzącą za „szkołę charakteru niemieckich lekarzy”. Doktor Hans Deuschl został jej pierwszym dyrektorem.

Misją szkoły było uzupełnienie tradycyjnego modelu kształcenia lekarzy o nową formułę, kładącą nacisk na to, aby stawali się oni nazistowskimi „przywódcami zdrowotnymi”. Wszystkie wykłady prowadzone były przez wysokich rangą członków partii narodowosocjalistycznej. Placówka, zorganizowana jak wojskowy obóz szkoleniowy, prowadziła zajęcia z zakresu nazistowskiej polityki medycznej, administracji zdrowia publicznego i medycyny ogólnej. Wykłady koncentrowały się głównie na genetyce i zagadnieniach rasowych. Studenci musieli przestrzegać surowej dyscypliny, byli także poddawani rygorowi ćwiczeń wojskowych i pracy fizycznej. W owym czasie oficjalne czasopisma medyczne głośiły:

Nowy lekarz niemiecki stał się kimś więcej niż opiekunem chorych; jest teraz opiekunem zdrowia genetycznego i przywódcą zdrowotnym narodu niemieckiego.

Na początku 1936 roku w Szkole Führerów kształciło się prawie tysiąc lekarzy. Jej przesłanie skierowane było głównie do młodych adeptów medycyny, którzy przejawiali cechy pozwalające dostrzec w nich przyszłych przywódców politycznych. Wielu z nich partia nazistowska przyciągnęła obietnicą odbudowania potęgi Niemiec. Inni z kolei sądzili, że dzięki nazistom wzrośnie prestiż i godność zawodu lekarza. Byli też wreszcie młodzi lekarze i naukowcy, którzy uważali, że przynależność do partii nazistowskiej to sposób na otrzymanie lepszego miejsca pracy, osiągnięcie wyższego stanowiska na uczelni, bardziej lukratywnej pozycji politycznej czy korzyści finansowych.

Lekarze odpowiedzieli na wezwanie partii nazistowskiej wcześniej i liczniej niż jakakolwiek inna grupa zawodowa. W 1942 roku prawie połowa niemieckich lekarzy była członkami partii. Odsetek ten był znacznie większy w porównaniu z innymi zawodami, takimi jak nauczyciele czy prawnicy.

Bibliografia

1. Robert N. Proctor, *Racial hygiene. Medicine under the Nazis*, Harvard University Press, Cambridge–Massachusetts 1988.
2. Michael H. Kater, *Doctors under Hitler*, University of North Carolina Press, Chapel Hill 1989.

Pytania

Jakie są powinności lekarza?

Czy lekarz w pierwszej kolejności odpowiada przed organizacją polityczną, czy też przed swoimi pacjentami?

W jaki sposób możemy rozwiązać problem podwójnej lojalności?

Dyskusja

Współczesne międzynarodowe kodeksy etyki lekarskiej na ogół wymagają pełnej lojalności wobec pacjentów. W praktyce jednak pracownicy służby zdrowia często mają także zobowiązania względem innych podmiotów. W obliczu konkurencyjnych zobowiązań – osobistych i zawodowych – może się pojawić problem podwójnej lojalności pomiędzy kliniczno-zawodowymi powinnościami wobec pacjenta a rzeczywistymi lub domniemanymi, wyrażonymi *explicite* lub *implicite* obowiązkami względem innych podmiotów.

Trudno jest uniknąć problemu podwójnej lojalności. Można ją wręcz uznać za zjawisko powszechne w środowisku medycznym. Za przykład mogą posłużyć choćby zależności związane z rodziną pacjenta, policją lub władzami więziennymi, instytucjami medycznymi (np. szpitalami czy innymi placówkami),

pracodawcami, ubezpieczycielami, społeczeństwem, państwem czy armią. Problem podwójnej lojalności występuje w wielu konfiguracjach. Wynikające z niej konflikty mogą prowadzić nawet do łamania praw człowieka – dotyczy to wszystkich społeczności, nawet tych uważanych za najbardziej wolnościowe i otwarte. Jednak naruszenia związane z podwójną lojalnością występują częściej w zbiorowościach, w których łamana jest wolność słowa i zgromadzeń – jak na przykład w Niemczech nazistowskich, gdzie urzędnicy państwowi domagali się od pracowników służby zdrowia tłumienia buntów społecznych podnoszonych przeciwko podejmowanym przez państwo działaniom.

Być może najbardziej skrajnym przykładem podwójnej lojalności jest przypadek wojskowych lekarzy i personelu pielęgniarstwa. Przysięgają bronić swojego narodu – w efekcie mogą się znaleźć w sytuacji, w której będą zmuszeni złamać zasady etyki medycznej.

Dzięki wielu badaczom i organizacjom medycznym udało się zdefiniować zasady etyczne oraz wytyczne zawodowe mające pomóc w radzeniu sobie z dylematami podwójnej lojalności. Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (WMA) wydało kilka oświadczeń dotyczących konfliktu podwójnej lojalności, zgodnie z którymi lekarze powinni w pierwszej kolejności wykazywać się lojalnością wobec swoich pacjentów. Uznaje się jednak, że w pewnych sytuacjach inne zobowiązania mogą okazać się ważniejsze. Kiedy się tak dzieje, lekarze są zobligowani zrobić wszystko, co w ich mocy, aby zminimalizować szkody poniesione przez pacjentów. Powinni nauczyć się rozpoznawać sytuacje, w których pojawia się problem podwójnej lojalności, i zaznajomić się z etycznymi i zawodowymi wskazówkami, które mogłyby im pomóc w radzeniu sobie z powstałymi dylematami.

6. Medycyna a wymogi ekonomii

Opis przypadku: ekonomiczne podstawy nazistowskiego programu „eutanazji”

Nazistowskie argumenty za niszczeniem „życia niegodnego życia” nie ograniczały się jedynie do eugenicznego uzasadnienia „eutanazji”. Opierały się również na przesłankach ekonomicznych – opieka nad pewnymi grupami chorych stanowiła zbyt duże obciążenie finansowe dla państwa. W 1934 roku przedstawiciel Narodowosocjalistycznego Związku Lekarzy Niemieckich (*Der Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund – NSDÄB*), dr Heilig, opublikował w czasopiśmie medycznym „*Deutsche Freiheit*” artykuł, w którym pisał:

Należy uzmysłować każdemu, kto cierpi na nieuleczalną chorobę, że nie ma usprawiedliwienia dla finansowania i marnowania kosztownych leków z zasobów publicznych. Należy uzmysłować rodzicom, znoszącym na co dzień trudy życia z upośledzonym umysłowo lub fizycznie dzieckiem, że chociaż oni sami mogą czuć moralny obowiązek opieki nad tymi nieszczęśliwymi stworzeniami, to już społeczeństwa nie można zobowiązywać (...) do ponoszenia niewyobrażalnych kosztów długotrwałej opieki specjalistycznej.

Doktor Heilig twierdził również, że osoby „u progu starości” nie powinny korzystać z usług takich jak leczenie ortopedyczne czy protetyka dentystyczna, które należy zarezerwować dla zdrowszych członków społeczeństwa. Retoryka tekstu Heiliga była typowa dla nazistowskiego środowiska lekarskiego; popularne czasopisma poświęcone medycynie i higienie rasowej często podkreślały, że wydatki na utrzymanie chorych realizowane są kosztem osób zdrowych.

Argumenty ekonomiczne dotyczące kosztów opieki nad osobami niepełnosprawnymi, chorymi przewlekłe lub od urodzenia, pojawiały się nie tylko w nazistowskich Niemczech. W 1927 roku sędzia Sądu Najwyższego Stanów Zjednoczonych, Oliver Wendell Holmes, ogłosił wyrok w sprawie *Buck przeciw Bell*. Stosunkiem głosów osiem do jednego sąd podtrzymał ustawę sterylizacyjną

stanu Virginia, w której pojawiały się niektóre z wykorzystywanych potem przez nazistów argumentów dotyczących kwestii kosztów ponoszonych przez państwo w związku z opieką nad osobami niepełnosprawnymi. Sędzia Holmes napisał:

Widzieliśmy nie raz, jak najlepsi obywatele oddawali życie dla dobra państwa. Byłoby dziwne, gdyby nie można było wymagać poniesienia mniejszej ofiary od tych, którzy już teraz osłabiają Stany Zjednoczone (...), i pozwolić, by zalało nas niedołęstwo. Będzie lepiej dla całego świata, jeśli społeczeństwo – zamiast czekać, aż jego zdegenerowani potomkowie zostaną straceni za popełnione zbrodnie, lub pozwolić imbecyloom umrzeć z głodu – będzie mogło powstrzymać ludzi ewidentnie upośledzonych od płodzenia im podobnych. Prawo nakazujące obowiązkowe szczepienia jest wystarczająco sprawne, żeby przeprowadzić podcięcie jajowodów. Trzy pokolenia imbecyli to wystarczająco dużo.

Bibliografia

1. Robert N. Proctor, *Racial hygiene. Medicine under the Nazis*, Harvard University Press, Cambridge–Massachusetts 2002.
2. Edwin Black, *War against the weak. Eugenics and America's campaign to create a master race*, Four Walls Eight Windows, New York 2003.

Tło historyczne

Idea metodycznej sterylizacji, a następnie „eliminacji” (zabijania) pacjentów niepełnosprawnych intelektualnie zyskała szeroką akceptację społeczną po klęsce Niemiec w I wojnie światowej. Higieniści rasowi twierdzili, że koszt utrzymania „ułomnych” osobników był głównym problemem podczas wojny, kiedy w całym kraju panował głód. Niemal połowa pacjentów niemieckich szpitali psychiatrycznych zmarła wówczas z powodu chorób lub zagłodzenia.

W 1920 roku Alfred Hoche, profesor medycyny, i Rudolf Binding, profesor prawa, opublikowali książkę *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* („Zezwolenie na niszczenie życia niegodnego życia”). Autorzy przekonali, że nieuleczalnie chorzy powinni zostać objęci zasadą „dopuszczalnego pozbawienia życia”. Uznawszy egzystencję pacjentów leczonych psychiatrycznie za „życie jest niegodne życia”, doszli do wniosku, że ich „wyeliminowanie” jest nie tylko dopuszczalne, ale także humanitarne, i powinno zostać zalegali-

zowane. Opowiadali się też za możliwością przerwania życia pacjentów nieuleczalnie chorych, którzy ich zdaniem mieli prawo do bezbolesnej śmierci. Utrzymywali również, że na prawo do życia trzeba sobie zasłużyć, że musi być ono uzasadnione, a nie przyjęte na zasadzie dogmatu. Co więcej – o życiu ludzkim powinno się decydować nie tylko ze względu na jego wartość dla jednostki, ale także ze względu na pożytek (lub obciążenie) dla społeczeństwa.

Binding dowodził, że chorzy pacjenci stanowią „okrutnie ciężkie brzemię” zarówno dla swoich bliskich, jak i dla społeczeństwa, oraz niepotrzebnie „wymagają zaangażowania wszystkich zdrowych osób i powodują całkowite marnotrawstwo wartościowych zasobów ludzkich”. Hoche z kolei uznał, że „przynębiające jest to, że całe rzesze personelu pielęgniarskiego mają wegetować obok tych pustych skorup, z których wiele będzie żyć do siedemdziesięciu lat albo i dłużej”. Nie uznawał za wiążące tradycyjnego zobowiązania płynącego z przysięgi Hipokratesa – by nie szkodzić – i odrzucał ją jako „przysięgę lekarza dawnych czasów”. Dodatkowo obaj autorzy popierali ustawodawstwo chroniące lekarzy dokonujących eutanazji nieuleczalnie chorych pacjentów.

Książka Hochego i Bindinga wywołała ogólnonarodową debatę dotyczącą tego, kiedy (o ile w ogóle) lekarz jest uprawniony do odebrania życia. W latach 30. psychiatrzy i inni pionierzy higieny rasowej twierdzili, że koszty utrzymania niepełnosprawnych muszą zostać zredukowane. Również politycy i decydenci uzasadniali cięcia budżetowe wydatków na rzecz osób niepełnosprawnych względami ekonomicznymi. Ograniczenia te poskutkowały pogorszeniem zarówno warunków zatrudniania personelu medycznego, jak i zakwaterowania, wyżywienia i leczenia osób niepełnosprawnych w szpitalach psychiatrycznych, a dokonywane były w czasie, gdy Niemcy restrukturyzowały gospodarkę i inwestowały w armię. Cięcia budżetowe, uznawane przez rządzących za „oszczędności”, zostały wprowadzone również na poziomie regionalnym i lokalnym w całych Niemczech, co spowodowało szybki upadek wielu podmiotów gospodarczych, zmianę lokalnych priorytetów i negatywnie wpłynęło na kondycję szpitali i jakość życia niepełnosprawnych.

Nieliczni niemieccy lekarze wystąpili przeciwko stosowaniu priorytetu ekonomicznego i ostrzegali przed jego wprowadzeniem. Na spotkaniu w Monachium w 1931 roku profesor Oswald Bumke, psychiatra, powiedział:

Jeżeli sterylizacja może zapobiec występowaniu choroby psychicznej, to z pewnością powinniśmy ją wykonać – jednak nie po to, aby zaoszczędzić publiczne pieniądze, ale dlatego, że każdy przypadek choroby psychicznej oznacza niekończące się cierpienia dla pacjenta i jego bliskich. Przyjęcie perspektywy ekonomicznej jest nie tylko niestosowne, ale wręcz niebezpieczne, ponieważ logiczną konsekwencją myśli, że ze względów finansowych wszystkie ludzkie istoty, których chwilowo można by się pozbyć, powinny zostać wytępione, to dość potworny wniosek; musielibyśmy wówczas skazywać na śmierć nie tylko chorych psychicznie i psychopatów, ale także wszystkich kalek, w tym niepełnosprawnych weteranów, wszystkie niepracujące stare panny, wszystkie wdowy, których dzieci zakończyły edukację, i wszystkich, którzy żyją na koszt innych i pobierają emerytury. Z pewnością zaoszczędziłoby to sporo pieniędzy, ale mimo wszystko najpewniej tego nie zrobimy.

Plan eksterminacji wszystkich „istnień niegodnych życia” w Niemczech skonkretyzowano dopiero w roku 1935 podczas kongresu partii nazistowskiej w Norymberdze. Głównym orędownikiem planu był dr Gerhard Wagner, jeden z czołowych niemieckich lekarzy i przywódca (*Führer*) Narodowosocjalistycznego Związku Lekarzy Niemieckich (NSDÄB). Wagner przekonywał, że pieniądze przeznaczone na utrzymanie „genetycznie podrzędnych” to wydatek odbywający się kosztem normalnych, zdrowych członków narodu. Mniej więcej w tym samym czasie Hitler poinformował Wagnera, że program „eutanazji” zostanie wprowadzony w życie, gdy tylko rozpocznie się wojna.

Po wybuchu II wojny światowej nazistowskie argumenty ekonomiczne przemawiające za eliminacją osób niepełnosprawnych nabrały większego znaczenia i uzyskały pierwszeństwo w dyskusji. Osoby „niegodne życia”, stanowiące obciążenie finansowe dla państwa, przeciwstawiano zdrowym, dzielnym, poświęcającym się dla dobra ojczyzny żołnierzom. Ponadto w trakcie tajnej akcji T4 (programu „eutanazji”), w ramach której w Niemczech i w zaanektowanej Austrii systematycznie mordowano osoby niepełnosprawne intelektualnie, przedstawiono statystyki ekonomiczne wykazujące „oszczędności” dla państwa płynące z eliminacji osób uważanych za „obciążenie” dla narodu.

Bibliografia

1. Henry Friedlander, *The origins of Nazi genocide. From euthanasia to the Final Solution*, University of North Carolina Press, Chapel Hill–London 1995.
2. Robert N. Proctor, *Racial hygiene. Medicine under the Nazis*, Harvard University Press, Cambridge–Massachusetts 2002.
3. *The Nazi doctors and the Nuremberg Code. Human rights in human experimentation*, George J. Annas, Michael A. Grodin (red.), Oxford University Press, New York 1992.

Pytanie

Jak lekarz może zachować równowagę pomiędzy kwestiami ekonomicznymi a zobowiązaniami etycznymi w trakcie podejmowania decyzji medycznych?

Dyskusja

Argumenty ekonomiczne, którymi posłużyli się naziści przy wprowadzaniu programów higieny rasowej, są skrajnym przykładem wpływu czynników finansowych na politykę zdrowotną i decyzje podejmowane przez lekarzy. Niepełnosprawni pacjenci zostali wymordowani, ponieważ uznano, że stanowią zbyt duże obciążenie finansowe dla państwa. Ich śmierć była wynikiem nazistowskiej doktryny społecznej głoszącej „wyższość rasową” i „przetrwanie najsilniejszych”. Utylitaryzm reżimu nazistowskiego, a w szczególności utylitaryzm lekarzy, umożliwił zabijanie pacjentów dla tak zwanego „dobrego narodu”.

Współcześnie zasada użyteczności stanowi, że my, lekarze, bez względu na okoliczności powinniśmy dążyć do sytuacji, w której dla każdej ze stron korzyści będą przeważać nad stratami („efektywność kosztowa”). Perspektywa utylitarna w opiece zdrowotnej zakłada, że jeśli istnieje możliwość wyboru między różnymi, ale równie skutecznymi metodami leczenia, korzyści pacjentów powinny być maksymalizowane, a koszty i ryzyko leczenia minimalizowane. Czy jednak współcześnie, w świecie ograniczonych zasobów, w którym na systemy opieki zdrowotnej wywierana jest coraz większa presja ekonomiczna (cięcie kosztów, wprowadzanie oszczędności), ograniczanie wydatków na konkretną grupę pacjentów i/lub populację nigdy nie jest usprawiedliwione?

W szerokim medycznym dyskursie etycznym sprawiedliwość uznaje się za jedną z głównych zasad, którymi powinni się kierować pracownicy służby zdrowia. Niektóre podstawowe prawa pacjenta opierają się na zasadzie sprawiedliwości dystrybtywnej, która zapewnia prawo do uczciwego, równego i odpowiadającego potrzebom leczenia. Jednak zwiększająca się presja ekonomiczna zmusza lekarzy do podejmowania decyzji nie w oparciu o najlepiej pojęty interes pacjenta, jak nakazuje tradycyjne podejście, ale o kryteria ekonomiczne.

Wiele społeczeństw na całym świecie boryka się z problemem, jak w obliczu rosnących kosztów i ograniczonych zasobów zapewnić równy jakościowo poziom opieki zdrowotnej. Ważne jest, aby dyskutując te kwestie nie tracić z oczu faktu, że niektóre wyjątkowo podatne na wykorzystanie grupy społeczne (m.in. niepełnosprawni intelektualnie, przewlekłe chorzy, osoby starsze) mogą być szczególnie zagrożone.

Powstają pytania: jak powinniśmy się zajmować chorymi w naszym społeczeństwie? Jak dbać o przewlekłe chorych? Czy mamy prawo ustalać limity wydatków, które możemy przeznaczyć na jednego pacjenta lub określoną grupę pacjentów? Czy powinien istnieć limit wiekowy w zakresie dystrybucji zasobów i technologii medycznych? Jeśli tak, to gdzie ma przebiegać granica?

Postęp technologiczny i naukowy dokonujący się we współczesnej medycynie, w połączeniu z rosnącymi kosztami opieki medycznej, a także zmianami społecznymi, sprzyjają ciągłej debacie i redefinicjom relacji lekarz–pacjent. W obliczu coraz większych potrzeb ekonomicznych opieki zdrowotnej i postępującej reglamentacji dostępu do usług medycznych powinniśmy być szczególnie świadomi wyborów moralnych, które się z nimi wiążą.

Lekarze – jako że występują także w imieniu swoich pacjentów – są zaangażowani bardziej niż jakakolwiek inna grupa zawodowa w tę niezwykle ważną debatę etyczną i społeczno-ekonomiczną. Ze względu na misję swojego zawodu i rolę w społeczeństwie mogą się znaleźć w sytuacji konfliktu lojalności pomiędzy interesem pacjentów a wymogami ekonomicznymi czy polityką społeczną państwa. Powinni wówczas zdecydowanie i z empatią opowiedzieć się po stronie pacjentów – bo kto, jeśli nie oni i inni opiekunowie medyczni? Znamy już z historii przykłady niemoralnych, morderczych działań nazistowskich lekarzy, które pokazały wyraźnie, co się może stać ze społeczeństwem, kiedy lekarze sprzeniewierzają się obowiązкови lojalności wobec pacjentów.

7. Eutanazja

Opis przypadku

W czerwcu 1942 roku dr Adolf Wahlmann został mianowany naczelnym lekarzem Krajowego Zakładu Leczniczego (Landesheilanstalt) w Hadamarze, pełniącego funkcję szpitala dla chorych psychicznie i niepełnosprawnych. Przed przybyciem Wahlmanna do Hadamaru naziści zdążyli już zabić 10 000 chorych psychicznie w ramach pierwszej fali programu „eutanazji” znanej pod kryptonimem „akcja T4”. Zabójstwa chwilowo ustały w sierpniu 1941 roku, wraz z zawieszeniem akcji T4 – do czasu, kiedy rok później stanowisko naczelnego lekarza szpitala objął Wahlmann.

W sierpniu 1942 roku do szpitala przybyły kolejne transporty chorych psychicznie. Rozpoczęła się druga faza akcji, znana jako „dzika eutanazja”¹. Wahlmann opracował system zarządzania tym procesem, opierający się na porannych spotkaniach z personelem pielęgniarskim, podczas których przeglądano karty i historie choroby pacjentów, by na ich podstawie podjąć decyzję o uśmierceniu konkretnej osoby. Ostateczny głos należał do Wahlmanna. Jeśli udzielił zgody na zabicie pacjenta, dwie osoby z personelu pielęgniarskiego zapisywały na kartce nazwisko ofiary i wskazaną przez lekarza śmiertelną dawkę leku (na przykład liczbę tabletek Luminalu [fenobarbital] czy podobnego środka uspokajającego). Kartka była następnie przekazywana do dyżurki pielęgniarskiej jako zlecenie zabicia wybranych pacjentów. Tabletki podawano ofiarom w nocy. Jeśli rano pacjent wciąż jeszcze żył, wstrzykiwano mu morfinę, kończąc w ten sposób jego życie. Po krótkich oględzinach zwłok Wahlmann wystawiał świadectwo zgonu, w którym podawał fałszywą przyczynę i datę śmierci.

¹ Dodatkowe informacje na temat tzw. dzikiej eutanazji – p. s. 26 i 27 (przyp. M.C.).

W okresie od połowy 1942 roku do marca 1945 roku, kiedy siły amerykańskie zajęły Hadamar, za pomocą przedawkowania leku lub śmiertelnego zastrzyku zabito w placówce kolejnych 4400 pacjentów.

W 1947 roku podczas rozprawy we Frankfurcie niemiecki Sąd Kraju Związkowego uznał dr. Wahlmanna za mordercę i skazał na śmierć².

Bibliografia

Michael S. Bryant, *Confronting the "good death". Nazi euthanasia on trial, 1945–1953*, University Press of Colorado, Boulder 2005.

Tło historyczne

W serii ustaw z lat 1933–1936 zdefiniowano kategorie „życia niegodnego życia”, wyznaczając tym samym cele dla prowadzonej w latach 1939–1945 narodowo-socjalistycznej polityki ludobójstwa. Uzasadnienie dla eliminowania ludzi „niegodnych życia” wywodziło się z biomedycznego przekonania nazistów, że osoby niepełnosprawne intelektualnie, fizycznie oraz z wadami wrodzonymi mają skażone geny i nie zasługują na życie. Zgodnie z tym poglądem nie tylko osłabiali pulę genową rasy aryjskiej i powodowali dalszą degenerację społeczeństwa, ale też stanowili znaczne obciążenie ekonomiczne, na które naród nie mógł sobie pozwolić, szczególnie w czasie wojny.

Pod koniec 1938 lub na początku 1939 roku do Adolfa Hitlera zwrócił się krewny (prawdopodobnie ojciec) dziecka figurującego w dokumentach jako Gerhard Herbert Kretschmar. Chłopiec urodził się niewidomy, bez jednej kończyny dolnej i bez części kończyny górnej. Jego krewny nalegał, aby wydano pozwolenie na „zabójstwo z litości”. Hitler nakazał jednemu ze swoich osobistych lekarzy, dr. Karlowi Brandtowi, skonsultować się z lekarzami dziecka i „upoważnić” ich do przeprowadzenia eutanazji, jeśli uznają to za stosowne. Lekarzom obiecano, że nie zostaną wobec nich wyciągnięte żadne konsekwencje

² Adolf Wahlmann był sądzony dwukrotnie i dwukrotnie otrzymał wyrok kary śmierci – po raz pierwszy przed amerykańskim sądem wojskowym w 1945 r., po raz drugi przed Sądem Kraju Związkowego we Frankfurcie nad Menem w 1947 r. Kara śmierci została zamieniona w 1949 r. na karężywotniego więzienia, a w 1953 r. sąd zwolnił oskarżonego z więzienia. Adolf Wahlmann zmarł w 1956 r. w Michelfeld w Badenii-Wirtembergii (przyp. M.C.).

prawne. Później Hitler upoważnił dr. Brandta i szefa Kancelarii Rzeszy Philippa Bouhlera do wydawania takich zezwoleń w podobnych przypadkach.

Do końca lat 30. do Kancelarii Führera nadesłano tysiące próśb, w których krewni chorych prosili o „eutanazję” dla swoich bliskich. Jednak to właśnie sprawa Kretschmara stanowiła początek tajnej (i sprzecznej z prawem) akcji – „Programu eutanazji dzieci”, stworzonej z myślą o zabijaniu niepełnosprawnych intelektualnie lub fizycznie dzieci, podczas której głodzono je na śmierć lub mordowano za pomocą leków.

Proces zabijania był następujący: lekarze i położne zgłaszali przypadki niepełnosprawnych noworodków i niemowląt, które nie przebywały w żadnych zakładach opiekuńczych. Rodziców lub opiekunów takich dzieci zmuszano do umieszczenia ich w jednym ze specjalnych oddziałów dziecięcych. Dokumentacja medyczna dzieci, jak również tych przebywających już w zakładach, była następnie analizowana przez medyczne komisje eksperckie powoływane przez lekarzy i wysokich rangą urzędników nazistowskich. O życiu lub śmierci decydowali więc członkowie komisji, którzy nie badali dzieci ani nawet ich nie widzieli.

Same metody uśmiercania stały się polem eksperymentów i badań „naukowych” prowadzonych przez zaangażowanych w proceder lekarzy. Mózgi i inne części ciała ofiar często wysyłano do akademickich ośrodków medycznych w celach badawczych. Kiedy życie dziecka zbliżało się ku końcowi, rodzice otrzymywali szablonowy list z informacją, że jest ono ciężko chore. Listy często były wysyłane tuż przed śmiercią albo już po niej, tak aby nie było czasu na odwiedzin. Wiele spośród tych dzieci przebywało w szpitalach, do których rodzice lub opiekunowie mieli utrudniony dostęp, w innych odwiedziny były zabronione. Po zabiciu dziecka lekarze fałszowali akt zgonu (podając nieprawdziwą przyczynę i czas śmierci), a później wysyłali go rodzinie. Na dodatek rodziców informowano, że z powodu zagrożenia epidemią ciało dziecka musi zostać bezzwłocznie skremowane. W niektórych listach zdarzały się zapewnienia, że personel medyczny dokonywał „heroicznych”, acz nieskutecznych wysiłków w celu ratowania dziecka. Czasami śmierć nie była zgłaszana przez kilka miesięcy, tak aby instytucja mogła nadal otrzymywać fundusze na opiekę nad pacjentem.

Szacuje się, że około 5000 dzieci zabito przez zagłodzenie lub przedawkowanie leków. Aby ograniczyć sprzeciw opinii publicznej i protesty społeczne, program miał pozostawać tajny. Pacjentów zabijano bez ich zgody lub zgody ich rodzin bądź opiekunów.

Krótko po rozpoczęciu programu „eutanazji” dzieci, akcję rozszerzono na niepełnosprawnych intelektualnie lub fizycznie dorosłych pozostających pod opieką instytucji medycznych. Nazistowska definicja eutanazji jako eliminowania „życia niegodnego życia” znalazła zastosowanie do likwidacji dużych grup niepełnosprawnych i przewlekłe chorych dzieci oraz dorosłych. Przy Tiergartenstrasse 4 w Berlinie zorganizowano biuro tej akcji, stąd też otrzymała ona kryptonim „T4”.

Akcja T4 stanowiła rozwinięcie procedur zabijania wypracowanych w ramach „eutanazji” dokonywanej na dzieciach. Od tej pory mordowano już także za pomocą gazu – początkowo używano tlenu węgla, ale eksperymentowano również z innymi metodami i środkami, w tym z cyklonem B (później stosowanym w KL Auschwitz i innych obozach zagłady). Specjalnie skonstruowane komory gazowe, gdzie do zabijania wykorzystywano tlenek węgla, umieszczano w instytucjach, z których większość stanowiły szpitale zaprojektowane jako ośrodki zagłady.

Podobnie jak w programie „eutanazji” dzieci, lekarze uczestniczący w akcji T4 wystawiali fałszywe akty zgonu. Wykonywali również sekcje zwłok i wysyłali próbki anatomopatologiczne do instytutów medycznych w Niemczech w celu dalszych badań.

Zarówno program „eutanazji” dzieci, jak i akcja T4 stanowiły poligon doświadczalny dla mającego wkrótce nastąpić „ostatecznego rozwiązania kwestii żydowskiej”. Zabijanie przy użyciu gazu, później zastosowane do wymordowania milionów Żydów i setek tysięcy Romów, po raz pierwszy przeprowadzono na niepełnosprawnych intelektualnie w Niemczech. Wykorzystanie gazu do mordowania było zaplanowane, przetestowane, nadzorowane i zatwierdzane przez lekarzy uczestniczących w akcji T4. Programy „eutanazji” dostarczyły protokołów, procedur oraz kierownictwa medycznego i personelu, który później nadzorował eksterminację i dokonywał morderstw milionów ludzi w obozach zagłady. Od stycznia 1940 do sierpnia 1941 roku w ramach akcji T4 zabito ponad 70 000 ludzi.

Hitler nakazał wstrzymanie programu „eutanazji” 24 sierpnia 1941 roku, ponieważ wiedza na jego temat stała się zbyt powszechna. Przeciwni programowi protestowali głównie pastorzy i księża, którzy odkryli, co tak naprawdę się dzieje za murami szpitali w całych Niemczech. W rzeczywistości jednak program wcale nie został zakończony, a jedynie przybrał nową formę, zwaną „dziką eutanazją”, w której zabijanie nie podlegało centralnemu sterowaniu. Odtąd selekcji dokonywali lekarze i personel pielęgniarstwa w placówkach medycznych na terenie zaanektowanej Austrii, okupowanej Polski i Niemiec, gdzie zabójstwa odbywały się w ramach codziennych szpitalnych zabiegów. Lekarze stosowali te same metody „eutanazji” co wcześniej w przypadku dzieci: zabijali niepełnosprawnych i przewlekłe chorych poprzez głodzenie lub przedawkowywanie leków. Innych niepełnosprawnych intelektualnie, zwłaszcza na terenach okupowanych, po prostu rozstrzeliwano.

„Dzika eutanazja” objęła zasięgiem dodatkowe kategorie ofiar – osoby stanowiące „zagrożenie publiczne”, przestępców, „antyspołecznych” i tych, którzy zostali uznani za „podręcznych rasowo”. Zabijano nawet żołnierzy i cywilów dotkniętych nerwicą frontową³. Podobnie potraktowano również robotników przymusowych z Europy Wschodniej, którzy zachorowali podczas wykonywania niewolniczej pracy dla Niemców. W wyniku „dzikiej eutanazji” życie straciło około 200 000 osób.

W tym samym czasie obozy koncentracyjne wypełniały się więźniami, stąd też zainicjowano nowy program zabijania o kryptonimie „14f13”. Lekarze obozowi, zazwyczaj członkowie SS, wybierali potencjalne ofiary na podstawie wytycznych rasowych i eugenicznych. Kluczowym czynnikiem w procesie selekcji była zdolność więźniów do pracy. Po wytypowaniu mających trafić do obozów ofiar przybywali „lekarze-eksperti” akcji T4, aby zatwierdzić wybór dokonany przez lekarzy SS. Na tym etapie obozy nie miały jeszcze sprzętu

³ Nerwica frontowa (syn. nerwica wojenna; ang. *shell shock*) – termin określający reakcję wielu żołnierzy z czasów I wojny światowej na bombardowania, walkę na froncie, intensywny ostrzał artyleryjski itd. Jej objawy to: poczucie bezradności, bezsenność, uczucie strachu i paniki, potrzeba ucieczki, niezdolność do mówienia, logicznego myślenia czy nawet poruszania się. Jednostka chorobowa obecnie nazywana jest zespołem stresu pourazowego (ang. PTSD) lub czasami w medycynie wojskowej: zespołem stresu bojowego (przyp. M.C.).

niezbędnego do masowego zabijania, dlatego ofiary przewożono do niemieckich ośrodków zagłady i tam mordowano. Później już, przy wsparciu personelu medycznego zaangażowanego w akcję T4, w obozach zagłady zamontowano urządzenia do zagazowywania ukryte w atrapach pryszniców. W ramach akcji 14f13 zginęło od 10 000 do 20 000 osób.

Historycy Holokaustu są zgodni, że program „eutanazji” dzieci, akcje T4 i 14f13 oraz „dzika eutanazja” stanowiły wstęp do wymordowania milionów europejskich Żydów, Romów i innych osób uznanych za zbędne.

Bibliografia

1. Henry Friedlander, *The origins of Nazi genocide. From euthanasia to the Final Solution*, University of North Carolina Press, Chapel Hill–London 1995.
2. Robert J. Lifton, *The Nazi doctors. Medical killing and the psychology of genocide*, Basic Books, New York 1986.
3. Patricia Heberer, *“Exitus Heute in Hadamar”. The Hadamar facility and “euthanasia” in Nazi Germany* (rozprawa doktorska), University of Maryland, Maryland 2001.
4. Ulf Schmidt, Karl Brandt, *Medicine and power in the Third Reich*, Hambledon Continuum, London–New York 2007.

Pytanie

Jak oceniać etyczność eutanazji i samobójstwa wspomagane?

Dyskusja

Pochodzący z połączenia starogreckich terminów *eu* (szczęśliwy, dobry) i *thantos* (śmierć) termin „eutanazja” oznacza dosłownie „szczęśliwą śmierć” lub „dobrą śmierć”. Rada ds. Etyki i Prawa Amerykańskiego Stowarzyszenia Lekarzy (American Medical Association’s Council on Ethical and Judicial Affairs) definiuje go w następujący sposób: „Eutanazja jest powszechnie definiowana jako akt doprowadzenia do śmierci osoby nieodwracalnie chorej i/lub cierpiącej w stosunkowo szybki i bezbolesny sposób motywowany litością”.

Użycie terminu „eutanazja” w kontekście, w jakim używali go naziści, jest więc niewłaściwe, bowiem nazistowski program „eutanazji” miał na celu

pozbycie się z niemieckiego społeczeństwa osób uznanych za „niegodne życia”. Wielu spośród zamordowanych pacjentów wcale nie cierpiało, a w dzisiejszych czasach prawdopodobnie nie byłoby nawet uznani za osoby niepełnosprawne intelektualnie. Co więcej, zabójstw dokonywano bez względu na to, czy dana osoba była sprawna intelektualnie, czy nie, pomijano również świadomą zgodę pacjentów, ich rodzin lub opiekunów. Nazistowska „eutanazja” w żaden sposób nie zapewniała „dobrej śmierci”, stanowiła za to metodę systematycznego zabijania bez jakiegokolwiek miłosierdzia.

Dziś słowo „eutanazja” jest używane w różnych znaczeniach, w zależności od kontekstu. Z tego powodu w trakcie dyskusji nad eutanazją wyróżniono kilka terminów, które pomagają także w precyzowaniu i klasyfikowaniu różnych rodzajów eutanazji. Kluczowe pojęcia definicji to między innymi: dobrowolna/niedobrowolna oraz aktywna/bierna.

Eutanazja dobrowolna to śmierć w wyniku działań innej osoby za zgodą tego, kto chce umrzeć. Zgoda może być wyrażona na piśmie, na przykład w formie testamentu życia albo innego oświadczenia woli *pro futuro*. Eutanazja niedobrowolna to eutanazja osoby niezdolnej do podjęcia decyzji, przeprowadzona na podstawie decyzji opiekuna prawnego lub – w niektórych przypadkach – tylko lekarza.

Eutanazja bierna polega na umożliwieniu pacjentowi odejścia poprzez usunięcie urządzeń sztucznie podtrzymujących życie, takich jak respiratory czy zgłębniki do żywienia, lub po prostu na zaprzestaniu uporczywej terapii.⁴ Z kolei eutanazja aktywna dotyczy działań mających na celu zakończenie życia

⁴ W polskim Kodeksie Etyki Lekarskiej, a także w wielu stanowiskach dotyczących opieki paliatywnej, eutanazja bierna jest odróżniana od uporczywej terapii zarówno na podstawie intencji, jak i rozróżnienia środków nadzwyczajnych (z których można zrezygnować w ramach rezygnacji z uporczywej terapii) i zwyczajnych (z których nie można zrezygnować, bo byłoby to przejawem eutanazji). Eutanazja bierna jest terminem szerokim i różnie rozumianym, dlatego coraz częściej rezygnuje się z niego w etyce i prawie. Należy też dodać, że zgłębniki wprowadzane do przewodu pokarmowego w celu żywienia nie są w wielu ujęciach etycznych traktowane jako urządzenia sztucznie podtrzymujące życie, lecz jako środki zwyczajne, czyli takie, z których nie można zrezygnować – przykładem kontrowersji związanych z tym zagadnieniem jest m.in. sprawa Terri Schiavo (przyp. J.P.).

pacjenta, zazwyczaj poprzez wykonanie śmiertelnej iniekcji. Prawo do biernej eutanazji bywa również nazywane „prawem do śmierci” i w niektórych krajach podlega ochronie prawnej⁵.

Samobójstwo w asyście lekarza (samobójstwo medycznie wspomagane) odróżnia się od eutanazji tym, że lekarz udziela pacjentowi pomocy, aby mógł on samodzielnie popełnić samobójstwo. Eutanazja i samobójstwo wspomagane różnią się stopniem, w jakim lekarz lub inna osoba uczestniczy w czynnościach prowadzących do śmierci. Eutanazja ma miejsce wtedy, gdy lekarz lub inna osoba podejmuje działania prowadzące bezpośrednio do zakończenia czyjegoś życia. Samobójstwo wspomagane dotyczy sytuacji, w której lekarz lub inna osoba ułatwia pacjentowi śmierć, dostarczając mu niezbędnych środków i/lub informacji umożliwiających zakończenie życia.

Deklaracja Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA) w sprawie eutanazji, przyjęta podczas XXXIX Światowego Zgromadzenia Medycznego (World Medical Assembly) w Madrycie w październiku 1987 roku, brzmi:

Eutanazja, która jest aktem rozmyślnego zakończenia życia pacjenta, nawet jeśli jest przeprowadzona na życzenie samego pacjenta lub na życzenie jego bliskich krewnych, jest nieetyczna.

Powyższe stanowisko nie zwalnia lekarza od respektowania życzenia pacjenta, aby pozwolić na naturalny przebieg procesu umierania w terminalnej fazie choroby⁶.

⁵ Połączenie „prawa do śmierci” z eutanazją bierną budzi poważne wątpliwości. Koncepcja „prawa do śmierci” została wielokrotnie odrzucona przez Radę Europy, Europejski Trybunał Praw Człowieka i przez systemy legislacyjne w większości krajów świata, w tym Rzeczpospolitą Polskiej. Jest również sprzeczna z tradycją etyki medycznej, w tym z polskim Kodeksem Etyki Lekarskiej. Polskie prawodawstwo traktuje eutanazję jako tzw. zabójstwo uprzywilejowane, tzn. zagrożone mniejszą karą (od 3 miesięcy do 5 lat pozbawienia wolności, z możliwością uchylenia kary przez sędziego) niż inne formy zabójstwa. Osobną kwestią jest „prawo do godnej śmierci”, które jest obecne w wielu dokumentach prawa krajowego i międzynarodowego oraz stanowiskach etycznych, ale oznacza prawo do właściwej opieki w terminalnej fazie choroby i obowiązek poszanowania godności umierającego. „Prawo do godnej śmierci” postrzegane jest zazwyczaj jako przeciwieństwo eutanazji i „prawa do śmierci” (przyp. J.P.).

⁶ Źródło: <https://www.nil.org.pl/dzialalnosc/osrodki-naczelnej-izby-lekarskiej/orodek-bioetyki/etyka-medyczna/deklaracja-swiatowego-stowarzyszenia-lekarzy-wma-w-sprawie-eutanazji>, tłum. Marek Czarkowski (przyp. red.).

Oświadczenie Światowego Stowarzyszenia Lekarzy w sprawie samobójstwa wspomaganego przyjęte przez XLIV Światowe Zgromadzenie Medyczne w hiszpańskiej Marbelli we wrześniu 1992 roku stanowi podobnie:

Wspomagane przez lekarza samobójstwo, podobnie jak eutanazja, jest nieetyczne i musi być potępiane przez lekarzy. Lekarz postępuje nieetycznie, jeżeli jego pomoc jest celowo i świadomie ukierunkowana na umożliwienie człowiekowi zakończenia jego życia. Niemniej prawo do rezygnacji z leczenia jest podstawowym prawem pacjenta i lekarz nie postępuje nieetycznie, nawet jeśli poszanowanie takiej woli pacjenta doprowadza do śmierci tego pacjenta⁷.

Światowe Stowarzyszenie Lekarzy odnotowało, że praktyka aktywnej eutanazji z pomocą lekarza została w niektórych krajach usankcjonowana prawnie.

Dziś w dyskusji na temat eutanazji i samobójstwa wspomaganego w asyście lekarza najczęściej przywołuje się kontekst metod nazistowskich i znajduje do nich analogie. Nie należy jednak zapominać, że działania nazistów nie były eutanazją w ścisłym znaczeniu tego słowa. To były morderstwa.

⁷ Źródło: <https://www.nil.org.pl/dzialalnosc/osrodki-naczelnej-izby-lekarskiej/orodek-bioetyki/etyka-medyczna/stanowisko-swiatowego-stowarzyszenia-lekarzy-wma-w-sprawie-wspomaganego-przez-lekarza-samobojstwa>, tłum. Marek Czarkowski, Romuald Krajewski (przyp. red.).

8. Znaczenie przysięgi Hipokratesa

Opis przypadku I

Doktor Alina Brewda, żydowska ginekolog i położnik, urodziła się w 1905 roku w Warszawie. W 1940 roku została zamknięta w getcie warszawskim, gdzie kontynuowała pracę jako lekarka. Wiosną 1943 roku uczestniczyła w powstaniu w getcie, opiekowała się rannymi i umierającymi, doglądając ich w ukrytych schronach, tajemnych tunelach, piwnicach i kanałach. Udało się jej przeżyć powstanie, została jednak schwytana przez SS i wywieziona na Majdanek, a następnie do KL Auschwitz, gdzie została więźniarką numer 62761.

W KL Auschwitz dowiedziała się, że naziści przeprowadzają tam eksperymenty ginekologiczne. Nie miała wątpliwości, że jako doświadczona ginekolog zostanie poproszona o udział w nich. W swoim pamiętniku pisze:

Wiedziałam już, że operacje ginekologiczne były wykonywane na żydowskich dziewczętach; wiedziałam też, że Niemców bardzo rozgniewało, gdy inna [lekarka-więźniarka] odmówiła współpracy. Wydawało się bardzo prawdopodobne, że stanę w obliczu tego samego dylematu. Nie jestem typem bohaterki. Wiem tylko, co jest złe, a co dobre. Zawsze miałam w pamięci przysięgę Hipokratesa, którą złożyłam, gdy zostałam lekarką, i zawsze starałam się sprostać jej wymogom we wszystkim, co robiłam w praktyce lekarskiej i chirurgicznej. Miałam oczywiście świadomość, że jeśli odmówię współpracy, mogę zostać rozstrzelana lub wysłana do komory gazowej.

Obawy dr Brewdy się potwierdziły – została skierowana do pracy w bloku 10 (blok w KL Auschwitz, gdzie wykonywano zbrodnicze eksperymenty pseudomedyczne). Powierzono jej opiekę medyczną nad pacjentkami, wśród których były młode Żydówki poddawane eksperymentom. Chociaż same eksperymenty były tajne, to bliskie relacje z ofiarami pozwoliły jej poznać szczegóły

okrutnych zabiegów. Na własne oczy widziała też ich tragiczne skutki. Wielokrotnie była wyznaczana przez niemieckich lekarzy, Eduarda Wirthsa i Horsta Schumanna, do wykonywania eksperymentalnych operacji. Odmawiała. Mimo braku środków medycznych i sprzętu robiła wszystko, co tylko możliwe, aby przynieść ulgę i pomóc bezbronnym ofiarom. Starła się też zatrudniać pacjentki do prac pomocniczych, aby uchronić je przed udziałem w eksperymentach.

Podobnie jak w getcie warszawskim, również w KL Auschwitz dr Brewda dołączyła do podziemnego ruchu oporu. Kradła między innymi leki z apteki SS dla swoich pacjentek z bloku 10. Wiele lat później jedna z nich napisała:

Gdyby nie dr Brewda, nie przeżyłabym. Była u mego boku w najważniejszym momencie mojego życia. Będę o tym pamiętać aż do śmierci. Podczas operacji, już pod sam koniec, zebralo mi się na wymioty i zaczęłam krzyczeć „O, matko!”, a dr Brewda powiedziała: „L'opération est finie, mon petit. C'est finie”¹. I jeszcze pamiętam, jak dr Brewda siedziała przy moim łóżku, jak matka.

Po wojnie dr Brewda wyemigrowała do Anglii, gdzie kontynuowała praktykę ginekologiczną.

Bibliografia

R.J. Minney, *I shall fear no evil. The story of dr Alina Brewda*, William Kimber and Co, London 1966.

Opis przypadku II

Doktor Ella Lingens-Reiner nie była Żydówką. Urodziła się w Wiedniu w 1908 roku. Na tamtejszym uniwersytecie uzyskała doktorat z zakresu prawa, a także studiowała medycynę. W czasie wojny wraz z mężem, dr. Kurtem Lingensem, ukrywała w swoim mieszkaniu kilkoro żydowskich przyjaciół. Trwało to przez kilka miesięcy między 1941 a 1942 rokiem. Małżeństwo zostało aresztowane za pomoc Żydom 13 października 1942 roku. Kurta wcielono do oddziału złożonego z żołnierzy, których karnie przeniesiono na front wschodni. Został tam poważnie ranny. Ellę początkowo osadzono na cztery miesiące w wiedeńskiej

¹ Zabieg już się skończył, moja maleńka. Już po wszystkim (przyp. red.).

katowni gestapo i wielokrotnie przesłuchiowano. Następnie została deportowana do KL Auschwitz, gdzie zatrudniono ją jako lekarzkę w obozie.

W spisanym w 1948 roku pamiętniku Ella wspomina rozmowę, którą odbyła z nazistowskim lekarzem, dr. Fritzem Kleinem:

Początkowo okazywał pewną wyrozumiałość w stosunku do nieżydowskich pacjentów, co sprawiało, że jego niewyobrażalne okrucieństwo wobec żydowskich więźniów wydawało się jeszcze bardziej odrażające. Powiedziałam mu, że jest mi wstyd, że jestem Niemką. Zapytał naiwnie: „Dlaczego?”. Wskazałam na komin krematorium i odpowiedziałam: „Jak może pan pytać – pan, lekarz? Jedynym pytaniem, które można tu postawić, jest: jak pan, jako lekarz, może nie mieć szacunku dla życia ludzkiego? Jak pan, jako lekarz, może pogodzić to z przysięgą Hipokratesa?”.

Doktor Klein nie był zakłopotany. Odparł tylko:

Oczywiście, że jestem lekarzem i chcę ratować życie. Z szacunku dla ludzkiego życia usunąłbym ropiejący wyrostek robaczkowy z chorego ciała. Żydzi są zropiałymi wyrostkami w ciele ludzkości.

Doktor Ella Lingens-Reiner została wyprowadzona w tzw. marszu śmierci z KL Auschwitz do KL Dachau. Udało się jej przeżyć wojnę. Zmarła w Wiedniu w 2002 roku. Jad Waszem (Instytut Pamięci Męczenników i Bohaterów Holocaustu w Izraelu) 3 stycznia 1980 roku uhonorował małżeństwo lekarzy, Kurta i Elle Lingensów, tytułem Sprawiedliwych wśród Narodów Świata.

Bibliografia

1. Ella Lingens-Reiner, *Prisoners of fear*, Victor Gollancz Ltd, London 1948.
2. Robert J. Lifton, *The Nazi doctors. Medical killing and the psychology of genocide*, Basic Books, New York 1986.
3. Michael Grodin, *Historical origins of the Nuremberg Code*. W: *Medicine, ethics and the Third Reich. Historical and contemporary issues*, John J. Michalczyk (red.), Sheed and Ward, Kansas City 1994.

Pytania

Jakie znaczenie ma przysięga Hipokratesa?

Czy przysięga Hipokratesa jest nadal aktualna?

Dyskusja

Grecki lekarz Hipokrates (460–377 r. p.n.e.) tradycyjnie uważany jest za ojca medycyny jako dyscypliny naukowej oraz za twórcę etyki lekarskiej. Przysięga Hipokratesa, składana przez lekarzy już w starożytności i średniowieczu, wyznacza wysokie standardy etyczne, które do dziś uważa się za istotne w zawodowym i etycznym kształceniu lekarzy.

Złożenie przysięgi Hipokratesa przez lekarza następuje w kluczowym dla jego rozwoju momencie, tworzy podwaliny przyszłej kariery zawodowej i stanowi bazę do opieki nad pacjentami². Chociaż przysięga nie jest wiążąca prawnie, jej złożenie uznaje się za decydujący moment w życiu lekarza. Stanowi symbol – o znaczeniu osobistym oraz o społecznej doniosłości – zobowiązania się na całe życie do etycznej i troskliwej opieki nad pacjentami. Składając przysięgę, lekarze idą w ślady Hipokratesa i wielu pokoleń lekarzy, a także wytyczają ścieżkę przyszłym generacjom. Przysięga Hipokratesa przetrwała przez stulecia. Wytrzymała próbę czasu, ponieważ dotyka istoty medycyny oraz jej etycznych zobowiązań. I choć język przysięgi może się wydawać przestarzały, zawarte w niej wytyczne pozostają równie aktualne jak w czasach Hipokratesa.

Powszechnie uznaje się, że tekst przysięgi Hipokratesa ma wpływ na sposób, w jaki praktykuje się medycynę. Mimo to część lekarzy kwestionuje jej przydatność, a niektóre szkoły medyczne odeszły nawet od rytuału składania jej podczas ceremonii ukończenia studiów. Pojawiły się też nowsze, zaktualizowane wersje tekstu przysięgi mające dostosować ją do dzisiejszych potrzeb. Niektórzy twierdzą, że przysięga Hipokratesa nie przystaje do realiów współczesnej medycyny i że powinna zostać radykalnie zmodyfikowana lub nawet całkowicie odrzucona. Jednakże większość lekarzy, jak również opinia publiczna, zdają się podzielać przekonanie, że nieodzownym elementem zawodu leka-

² Współcześnie lekarze składają przyrzeczenie lekarskie, które nie jest tożsame z przysięgą Hipokratesa, choć w warstwie aksjologicznej jest z nią zbieżne. Formuła przyrzeczenia składanego przez absolwentów kierunku lekarskiego oraz lekarsko-dentystycznego uczelni medycznych w Polsce nawiązuje bezpośrednio do treści Deklaracji genewskiej. Tekst przyrzeczenia stanowi część Kodeksu Etyki Lekarskiej uchwalonego przez Krajowy Zjazd Lekarzy (przyp. M.C. i J.P.).

rza powinno być zobowiązanie do przestrzegania – czy tych przestarzałych, czy zmodernizowanych – reguł Hipokratesa, jakimi są leczenie i nieszkodzenie pacjentom.

Przedstawione wyżej przypadki pokazują, że poszczególni lekarze mogą interpretować założenia przysięgi na różne sposoby. Wpływ przekonań politycznych i wartości kulturowych wyznawanych przez dane społeczeństwo można dostrzec w dwóch skrajnie różnych podejściach do przysięgi. Świadcstwa więzionych lekarek pokazują, że dla nich przysięga oznaczała podejście etyczne w praktyce lekarskiej niezależnie od towarzyszących okoliczności, traktowana była jako symbol osobistego i zawodowego kodeksu moralnego. Nawet w najtrudniejszych warunkach udawało im się z reguły postępować zgodnie z wyznawanymi zasadami. Z kolei stosunek nazistowskiego lekarza do przysięgi pokazuje wypaczone postrzeganie wartości etycznych w medycynie, przedstawiające nazistowskie plany rasowo-polityczne nad dobro poszczególnych ludzi, nad dobro pacjentów. Jego poglądy i wyznawane przez niego wartości odzwierciedlały ideologię i sposoby postępowania nazistowskich lekarzy. Robert Lifton w książce *The Nazi doctors* („Lekarze nazistowscy”) zaznaczał, że lekarze SS składali przysięgę wierności Hitlerowi jako oficerowie SS. Przysięga ta zastąpiła tradycyjną przysięgę Hipokratesa, którą postrzegano już wtedy jedynie jako pewien odległy i wygasający rytuał odbywający się na zakończenie studiów medycznych.

Dziś trudno jest określić, jaki wpływ na lekarzy i na ich praktykę medyczną ma przysięga lekarska składana na zakończenie edukacji. Istnieją badania wykazujące, że tylko niewielki odsetek lekarzy uznaje ją za coś, co może mieć rzeczywisty wpływ na praktykowanie przez nich medycyny.

Studenci medycyny powinni mieć możliwość przeanalizowania treści przysięgi Hipokratesa i zastanowienia się nad tym, w jaki sposób zawarte w niej treści są powiązane z wydarzeniami dotyczącymi dawnej i obecnej praktyki medycznej. Zapoznając się z oczywistymi ograniczeniami przysięgi Hipokratesa oraz innych odpowiednich przysięg i kodeksów, studenci będą mogli docenić wartość starożytnych oraz tradycyjnych zasad, które były wpajane przez wieki i wspierały etykę oraz praktykę medyczną.

Doktor Andrew Ivy, jeden z głównych świadków-ekspertów medycznych w tzw. procesie lekarzy w Norymberdze w 1947 roku, powiedział:

Odpowiedzialność moralną, która kontroluje lub powinna kontrolować postępowanie lekarzy, należy im wpajać podobnie jak inne rodzaje odpowiedzialności moralnej, a zasady te są wyraźnie zobrazowane lub wyłożone w przysiędze Hipokratesa, którą powinien znać każdy lekarz. O ile mi wiadomo, stanowi ona złotą regułę zawodu lekarza. Określa, jak lekarz chciałby być leczony przez innego lekarza, jeśli sam by zachorował, oraz jak lekarz powinien traktować swoich pacjentów lub uczestników eksperymentów. Powinien traktować ich tak, jak gdyby sam był pacjentem.

9. Medyczne badania naukowe

9.1. Tajemnica lekarska

Opis przypadku

Helene Lebel, wychowywana w Wiedniu w rodzinie katolickiej, zaczęła przejawiać oznaki choroby psychicznej w wieku dziewiętnastu lat. Stopniowo jej stan się pogorszał – na tyle, że musiała porzucić studia prawnicze i stanowisko referendarza. W 1936 roku zdiagnozowano u niej schizofrenię i umieszczono w wiedeńskim szpitalu Steinhof.

W marcu 1938 roku, gdy Niemcy dokonały aneksji Austrii, stan przebywającej w szpitalu Helene poprawił się, a jej rodziców poinformowano, że wkrótce zostanie ona przeniesiona do placówki w pobliżu rodziny. Jednak zamiast tego Helene przetransportowano na teren byłego więzienia w Brandenburgii. Po przybyciu na miejsce polecono jej się rozebrać, następnie zbadano, zaprowadzono do „łazni” i zagazowano.

Bibliografia

<http://www.holocaust-trc.org/lebel.htm>

Tło historyczne

W sierpniu 1939 roku naziści utworzyli organizację pod nazwą Komitet Rzeszy ds. Naukowego Opracowania Ciężkich Chorób Uwarunkowanych Genetycznie i Konstytucjonalnie. Opublikowane przez nią ściśle tajne rozporządzenie „Nakaz zgłaszania zdeformowanych noworodków” stanowiło, że „w celu wyjaśniania wątpliwości naukowych w zakresie wrodzonych wad rozwojowych i upośledzenia umysłowego wymagana jest rejestracja wszystkich dzieci poniżej trzeciego roku życia cierpiących na jedną z następujących poważnych chorób

dziedzicznych: idiotyzm, zespół Downa, małogłowie, wodogłowie, deformacje fizyczne i różne postaci porażenia spastycznego”.

Do zgłaszania chorych dzieci upoważniono lekarzy i położne. Lekarze rejonowi byli odpowiedzialni za poświadczanie tych zgłoszeń, z kolei naczelnym lekarzy wszystkich klinik położniczych powiadomiono, że od tej pory składanie takich raportów będzie wymagane przez Rzeszę. Formularz musiał zawierać dane demograficzne, a także szczegółowy opis choroby, pobytów w szpitalu, przewidywanej długości życia oraz szans na poprawę. Później kwestionariusze zostały poszerzone o dodatkowe informacje na temat pacjenta i jego rodziny, dotyczące między innymi chorób dziedzicznych, picia alkoholu i palenia tytoniu, a także o szczegóły dotyczące rozwoju fizycznego i umysłowego czy opisy drgawek.

Kwestionariusze były sformułowane w sposób, który miał przekonać lekarzy, że dzieci dotknięte chorobą są rejestrowane wyłącznie w celach statystycznych i badawczych. W rozporządzeniu nigdy nie podano faktycznych przyczyn wymogu zgłaszania niepełnosprawnych dzieci. O obowiązku rejestracji informowano natomiast na łamach wielu czasopismach medycznych. Lekarze i położne otrzymywali zapłatę za każdy zgłoszony przypadek.

Formularze przesyłano do Komitetu Rzeszy w Berlinie, a następnie – po zakończeniu procedur urzędowych – do lekarzy specjalistów: prof. Wernera Catela (psychiatry), dr. Ernsta Wentzlera (psychiatry dziecięcego) i dr. Hansa Heinzego (szefa Krajowego Zakładu Leczniczego w Görden). Lekarze ci byli niezwykle zaangażowanymi orędownikami „eutanazji”, a także współorganizatorami samego programu. Podejmowali decyzje wyłącznie na podstawie wypełnionych kwestionariuszy, nigdy nie badali osobiście dzieci, nie czytali ich dokumentacji medycznej ani nie konsultowali się z ich opiekunami. W kwestionariuszach dzieci, które miały zostać zabite, wpisywano znak plus, a w przypadku tych, które mogły żyć, wstawiano minus. Dzieci z pierwszej grupy przenoszono następnie do jednego z dwudziestu ośmiu ośrodków, wyposażonych wcześniej pospiesznie w sprzęt do zabijania, które ulokowano między innymi w najstarszych i najbardziej renomowanych szpitalach. Rodzicom wmawiano, że przeniesienie dziecka zapewni warunki niezbędne do dalszego leczenia.

Bibliografia

1. Robert J. Lifton, *The Nazi doctors. Medical killing and the psychology of genocide*, Basic Books, New York 1986.
2. Robert N. Proctor, *Racial hygiene. Medicine under the Nazis*, Harvard University Press, Cambridge–Massachusetts 1988.
3. Henry Friedlander, *The origins of Nazi genocide. From euthanasia to the Final Solution*, University of North Carolina Press, Chapel Hill–London 1995.

Pytanie

Jakie znaczenie ma zasada poufności w relacji lekarz–pacjent?

Dyskusja

Poufność nie tylko stanowi zasadę etyczną samą w sobie, ale może być także postrzegana jako zobowiązanie lekarza wobec pacjenta. Zasadniczo obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej oznacza, że lekarz nie może ujawnić żadnych informacji medycznych przekazanych mu przez pacjenta lub uzyskanych w związku z jego leczeniem.

W każdym lekarskim kodeksie etycznym zawarta jest zasada, zgodnie z którą informacje udostępnione lekarzowi przez pacjenta są w najwyższym stopniu poufne. Etyczne zobowiązanie lekarza do zachowania poufności wobec pacjenta ma na celu umożliwienie pacjentowi swobodnego, pełnego i szczerego ujawnienia informacji na temat swojego zdrowia ze świadomością, że zostaną one zachowane w tajemnicy. W zamian za swoją szczerą pacjenta otrzymuje gwarancję, że lekarz nie ujawni bez jego zgody żadnych informacji uzyskanych w trakcie leczenia, chyba że nakaże mu to prawo.

Istnieje kilka wyjątków od zasady zachowania tajemnicy lekarskiej, na przykład gdy pacjent grozi, że zrobi krzywdę sobie lub innym. W niektórych krajach obowiązują przepisy nakazujące lekarzom i innym pracownikom służby zdrowia zgłaszanie odpowiednim jednostkom medycznym lub organom ścigania pacjentów, którzy mają określone schorzenia lub obrażenia typowe dla skutków działań przestępczych lub mogące na nie wskazywać. Do pierwszej grupy należą pacjenci z napadami padaczkowymi, utratami przytomności

z innych przyczyn, chorobami zakaźnymi oraz osoby podejrzane o jazdę pod wpływem środków odurzających. Druga grupa obejmuje dzieci będące ofiarami przemocy, ofiary napaści na tle seksualnym, ofiary przemocy w rodzinie oraz pacjentów z urazami powstałymi w wyniku aktów przemocy. Nieprzestrzeganie tych przepisów może skutkować konsekwencjami karnymi lub cywilnymi.

Tak sformułowane przepisy mogą stanowić źródło konfliktu w sytuacji, gdy pacjent nie zgadza się na ujawnienie informacji o swoim stanie. W przypadkach takich jak napady padaczkowe, utrata przytomności lub zakażenie wirusem HIV u współmałżonka lub partnera seksualnego argumentem za ujawnieniem poufnej informacji jest obowiązek ochrony pozostałych członków społeczeństwa, który postrzegany jest jako nadrzędny wobec interesu konkretnego pacjenta. W ten sposób zasady dobroczynności i sprawiedliwości dystrybutywnej mają pierwszeństwo przed zasadami nieszkodzenia, autonomii i poufności. Mimo że z reguły jest to uzasadnione, stawia to lekarza w trudnej sytuacji, zmuszając go do przedłożenia dobra innych i dobra państwa nad interes pacjenta. Takie zapisy prawne mogą też powstrzymywać niektóre osoby przed poszukiwaniem pomocy medycznej.

Wraz z postępem technologicznym umożliwiającym tworzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej dostęp do poufnych informacji stał się jeszcze łatwiejszy. Jednym z wyzwań stojących obecnie przed lekarzami jest więc pogodzenie korzystania z nowych, rozwijających się technologii z poszanowaniem i zachowaniem tajemnicy lekarskiej.

Nazistowscy lekarze łamali obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej, ujawniając informacje o pacjentach bez ich zgody bądź zgody ich opiekunów prawnych. Dane medyczne, które miały pozostać poufne, zostały użyte przeciwko pacjentom bez ich wiedzy, co doprowadziło do morderstw legitymizowanych przez państwo na rzecz „użytecznych potrzeb”.

Początkowo niektórzy lekarze mogli nie mieć świadomości, jaki jest prawdziwy cel raportów, niemniej zgodnie z długoletnią tradycją tajemnicy lekarskiej zanim ujawnili dane medyczne pacjentów, powinni byli domagać się podania motywów stojących za tym żądaniem.

9.2. Świadoma zgoda a eksperymenty na ludziach

Opis przypadku

Eksperymenty sterylizacyjne wykonywano głównie w obozach Auschwitz i Ravensbrück w okresie od marca 1941 roku do stycznia 1945 roku. Prowadzili je ginekolodzy, dr Carl Clauberg i dr Horst Schumann. Stanowiły one próbę opracowania metody masowej sterylizacji, która pozwoliłaby skutecznie pozbawić płodności miliony ludzi w jak najkrótszym czasie. Celem sterylizacji było zapobieganie rozmnażaniu się ras, które naziści uważali za „gorsze, nieczyste lub genetycznie skażone”.

Rosalinde de Leon, holenderska Żydówka, której udało się przetrwać Auschwitz, 26 lipca 1956 roku zeznała przeciwko Claubergowi:

Starsza bloku [Blockälteste] powiedziała nam ogólnie, że dr Clauberg zamierza przeprowadzać na nas eksperymenty naukowe i jeśli nie będziemy posłuszne, wyślą nas do Birkenau [do komór gazowych]. Powiedziałyśmy, że w takim razie wolimy od razu trafić do Birkenau, bo i tak już wiemy, że zostaniemy zabite. Nie przypominam sobie, żeby którakolwiek kobieta zgodziła się na takie eksperymenty – wręcz przeciwnie, dr Clauberg przeprowadzał na mnie eksperymenty sterylizacyjne bez mojej zgody. Nie protestowałam, ponieważ nie miało to sensu. I tak by je przeprowadził.

Asystowały mu dwie pielęgniarki – jedna z nich również była więźniarką. Sterylizację przeprowadzono za pomocą zastrzyku: przy użyciu ogromnej strzykawki wstrzyknięto mi do pochwy białą substancję. Najprawdopodobniej trafiła do mojej macicy, bo strzykawka miała około 30 cm długości. Takie zastrzyki robiono mi trzy razy w odstępach 3–4 miesięcy. Za każdym razem czułam potworny piekący ból brzucha. Po każdym zabiegu wykonywano u mnie także zdjęcia rentgenowskie – jedno od razu i jedno po upływie doby. Po zastrzyku musiałam przez tydzień leżeć w łóżku. Z tego, co pamiętam, ból był jednakowo duży po każdym wstrzyknięciu, a same wstrzyknięcia były tak bolesne, że pielęgniarki musiały przytrzymywać ofiary, siadając im na rękach.

W książce pod redakcją Lore Shelley *Criminal experiments on human beings in Auschwitz and war research laboratories* („Zbrodnicze eksperymenty na ludziach w Auschwitz i w wojennych laboratoriach badawczych”) była więźniarka bloku 10, Renée Duering z Amsterdamu, opisała, jak nowo przybyłe kobiety stawiano przed wyborem: albo zapiszą się na „pewne badania lekarskie”, albo zostaną zabite. Duering załączyła szkic „formularza zgody”, który musiała podpisać. Stwierdziła:

Prawie wszystkie podpisałyśmy tę kartkę. Niektóre kobiety, które przeżyły, mówią dziś, że nigdy nie podpisały nic dla nazistów, ale zrobiły to. Każda, która pozostała w bloku 10 i była wykorzystywana jako królik doświadczalny, podpisała, jeśli chciała przeżyć.

Duering wspomina o jednej kobiecie, która odmówiła podpisania zgody, a następnie została przeniesiona do KL Birkenau. Udało się jej przetrwać wojnę.

Bibliografia

1. Susan Benedict, Jane M. Georges, *Nurses and the sterilization experiments of Auschwitz: a postmodernist perspective*, „Nursing Inquiry” 13(4)/2006: 277–288.
2. *Criminal experiments on human beings in Auschwitz and war research laboratories. Twenty women prisoners' accounts*, Lore Shelley (red.), Mellen Research University Press, San Francisco 1991.

Tło historyczne

Nazistowscy lekarze okryli się hańbą z powodu okrutnych eksperymentów pseudomedycznych, które przeprowadzali. Można je podzielić na trzy główne kategorie: 1) poszukiwanie sposobów na zwiększenie szans przeżycia żołnierzy niemieckich; 2) eksperymenty na ludziach związane z testowaniem leków oraz metod leczenia chorób i urazów, z którymi zmagali się żołnierze niemieccy na polu walki; 3) eksperymenty medyczne, których celem było realizowanie rasistowskich i ideologicznych założeń nazistowskiego światopoglądu.

W co najmniej siedemdziesięciu różnych programach eksperymentalnych realizowanych w obozach koncentracyjnych uczestniczyły tysiące więźniów, setki lekarzy pracujących na rzecz nazistowskiego systemu opieki zdrowotnej i wiele innych osób zatrudnionych w obozach. Nazistowscy „badacze” utrzymywali ściśle kontakty zawodowe i naukowe z czołowymi instytucjami

medycznymi i badawczymi, firmami farmaceutycznymi oraz uniwersytetami w Niemczech. Niektóre informacje uzyskane w wyniku przeprowadzania eksperymentów na ludziach wykorzystano do przygotowania wykładów, publikacji czy uzyskania awansu zawodowego.

Ofiary nazistowskich eksperymentów pseudomedycznych poddawano okrutnym, niezwykle bolesnym zabiegom bez uzyskania ich świadomej zgody w jakiejkolwiek formie. Więźniowie byli też nieustannie terroryzowani. Obawiali się o swoje życie – mogli je utracić nie tylko w wyniku przeprowadzanych na nich eksperymentów, ale także dlatego, że wiedzieli za dużo. Znacząca większość osób poddanych eksperymentom zmarła w wyniku powikłań medycznych, po podaniu śmiertelnego zastrzyku lub została wysłana do komór gazowych.

Niektóre ofiary z okrytego złą sławą bloku 10 w KL Auschwitz, gdzie przetrzymywano więźniarki poddawane eksperymentom, wspominały również, że były zmuszone podpisać „formularze zgody”. Jednak biorąc pod uwagę charakter eksperymentów, związane z nimi ryzyko, a także zagrożenie śmiercią w przypadku niepodpisania dokumentów, tych świstków papieru z pewnością nie można uznać za formularze zgody.

Eksperymenty pseudomedyczne stanowiły tylko niewielką część szeroko zakrojonych nazistowskich programów medycznych. Niemniej to właśnie one, przeprowadzane bez uzyskania świadomej zgody, doprowadziły do ustanowienia Kodeksu norymberskiego. W latach 1946–1947, podczas tzw. procesu lekarzy, osądzono dwudziestu trzech oskarżonych (dwudziestu niemieckich lekarzy i trzech urzędników państwowych) za zbrodnie wojenne i zbrodnie przeciwko ludzkości. Proces ten stworzył okazję do przeprowadzenia rzeczowej analizy standardów etycznych w medycynie. Wyrok, który wówczas zapadł, przedstawia dowody przestępstw medycznych, omawia kwestie związane z dopuszczalnością eksperymentów medycznych, a kończy się wypunktowaniem dziesięciu zasad etycznych obowiązujących w przypadku przeprowadzania eksperymentów na ludziach – to właśnie te zasady są znane obecnie jako Kodeks norymberski. Zawarte w nim wytyczne, spośród których najważniejsza jest konieczność uzyskania świadomej zgody, stanowią fundament współczesnych kryteriów etycznych obowiązujących w przypadku eksperymentów na ludziach (Załącznik 1).

Jeszcze przed ogłoszeniem Kodeksu norymberskiego istniały w Niemczech dokumenty regulujące kwestie związane z ochroną osób poddawanych eksperymentom. W 1900 roku pruski minister ds. wyznań, spraw szkolnych i medycznych wydał pierwszą dyrektywę dotyczącą eksperymentów na ludziach (Załącznik 2). Dokument ten, powstały w odpowiedzi na debatę publiczną na temat eksperymentów na ludziach, zalecał dyrektorom placówek medycznych, aby zrezygnowali z przeprowadzania jakichkolwiek zabiegów medycznych, poza diagnozą, leczeniem i immunizacją, jeśli „osoba jest niepełnoletnia lub nie jest w pełni władna z innych przyczyn” albo jeżeli nie wyraziła jednoznacznej zgody po uzyskaniu właściwego wyjaśnienia możliwych negatywnych konsekwencji zabiegów. Ponadto wszystkie interwencje związane z prowadzeniem badań naukowych mogły być wykonywane wyłącznie przez dyrektora medycznego lub za jego zgodą.

Chociaż dyrektywa ta nie miała mocy prawnej i niewiele wiadomo na temat jej rzeczywistego wpływu na eksperymenty z udziałem ludzi, ma ona kluczowe znaczenie w historii wytycznych dotyczących nielecniczych eksperymentów na ludziach. Nie tylko ustanawia podstawowe standardy etycznego prowadzenia badań, ale przewiduje również szczegółowe rozwiązania mające zapewnić przeprowadzanie badań w sposób odpowiedzialny.

W 1931 roku, trzy dekady po ogłoszeniu pruskiej dyrektywy, rząd Rzeszy wydał szczegółowe „Wytyczne dotyczące nowych terapii i eksperymentów na ludziach” (Załącznik 3). Były one efektem fali krytyki, która przetoczyła się przez prasę niemiecką i niemiecki parlament w związku z prowadzeniem nietetycznych eksperymentów na ludziach, oraz stanowiły element reformy politycznej prawa karnego w Niemczech.

Wytyczne te wprowadzały wyraźne rozróżnienie pomiędzy eksperymentami leczniczymi („nowymi sposobami leczenia”) i badawczymi („doświadczeniami naukowymi na człowieku”) oraz ustanawiały ścisłe środki ostrożności i ochrony uczestników badań. Podstawę tych przepisów – poza obowiązkiem działania na korzyść pacjenta i zasadą nieszkodzenia – stanowiły uznanie autonomii pacjenta i prawnej koncepcji świadomej zgody. W pewnych kwestiach przepisy te były nawet surowsze i bardziej szczegółowe niż te zawarte w późniejszych Kodeksie norymberskim i Deklaracji helsińskiej (Załącznik 4).

Bibliografia

1. Aly Gotz, Peter Chroust, Christian Pross, *Cleansing the fatherland. Nazi medicine and racial hygiene*, tłum. Belinda Cooper, The Johns Hopkins University Press, Baltimore–London 1994.
2. Robert J. Lifton, *The Nazi doctors. Medical killing and the psychology of genocide*, Basic Books, New York 1986.
3. Robert N. Proctor, *Racial hygiene. Medicine under the Nazis*, Harvard University Press, Cambridge–Massachusetts 1988.
4. Paul J. Weindling, *Nazi medicine and the Nuremberg Trials. From medical war crimes to informed consent*, Palgrave MacMillan, New York 2004.
5. Vivien Spitz, *Doctors from hell. The horrific account of Nazi experiments on humans*, Sentient Publications, Boulder–Colorado 2005.
6. <http://www.ushmm.org/wlc/en/article.php?ModuleId=10005168>
7. Irena Strzelecka, *Głosy Pamięci 2. Zbrodnicza medycyna. Eksperymenty medyczne w KL Auschwitz*, Państwowe Muzeum Auschwitz-Birkenau, Oświęcim 2008.

Pytania

Jakimi wymogami etycznymi obwarowane jest uzyskanie świadomej zgody?

Czy dopuszcza się stosowanie przymusu w uzyskiwaniu świadomej zgody?

Dyskusja

Nazistowskie eksperymenty pseudomedyczne miały na celu zarówno usprawnienie niemieckich działań wojennych, jak i umocnienie rasistowskiej ideologii nazistowskiego reżimu. Bardzo trudne jest udzielenie odpowiedzi na pytanie, jak to możliwe, że niemieccy lekarze byli w stanie pogodzić przeprowadzanie haniebnych eksperymentów na ludziach z Hipokratesową zasadą „nie szkodzić”.

Naziści usprawiedliwiali swoje działania względami utylitarnymi i ekonomicznymi. Określali niepełnosprawnych intelektualnie i fizycznie, recydywistów oraz osoby cierpiące na choroby przewlekłe jako „niegodnych życia”. Zdaniem nazistów ludzie ci – ze względu na naturę swoich schorzeń i wysokie koszty opieki – stanowili dla państwa duże obciążenie. W świetle prawa można więc było ich poświęcić na rzecz poprawy jakości życia i zdrowia pozostałej, większej części populacji.

To utilitarne uzasadnienie funkcjonowało również w obozach koncentracyjnych, gdzie więźniowie byli postrzegani nie jako ludzie, lecz wyłącznie jako ciała, jako materiał, który można wykorzystać do „badań medycznych” realizowanych dla „dobra państwa” i „z korzyścią dla rasy aryjskiej”. Lekarze w nazistowskich Niemczech kierowali się zasadami moralności utilitarnej, nie musieli więc brać pod uwagę świadomej zgody. Moralnym usprawiedliwieniem działań prowadzonych mimo niezyskania zgody jednostki były potencjalne korzyści dla całego społeczeństwa.

Po wojnie, kiedy bestialskie eksperymenty nazistów zostały ujawnione w trakcie tzw. procesu lekarzy w Norymberdze, narodziła się potrzeba ustalenia międzynarodowych zasad ochrony osób biorących udział w eksperymentach. W pisemnym uzasadnieniu wyroku Trybunał Wojskowy opracował Kodeks norymberski, uważany za pierwszy międzynarodowy zbiór zasad etycznych odnoszących się do eksperymentów z udziałem ludzi. Kodeks rozpoczyna się wyraźnym, jednoznacznym, wyróżnionym stwierdzeniem:

Warunkiem koniecznym [prowadzenia eksperymentu medycznego na człowieku] jest dobrowolna zgoda osoby, która ma być mu poddana.

W kolejnych punktach dokument szczegółowo określa inne kluczowe wytyczne związane z zasadą uzyskania dobrowolnej zgody. Od czasu jego ogłoszenia opracowano dodatkowe kodeksy, między innymi Deklarację helsińską, które próbują jeszcze dokładniej zdefiniować „świadomą zgodę”. Uznano to za konieczne, ponieważ eksperymenty na ludziach nadal odbywały się bez uzyskania świadomej zgody.

Uzyskanie świadomej zgody w ramach opieki zdrowotnej jest procedurą, zgodnie z którą pacjenci mający zdolność do podejmowania decyzji, dobrowolnie i na podstawie rzetelnych informacji na temat istoty i potencjalnego ryzyka proponowanego zabiegu udzielone przez pracownika służby zdrowia, wyrażają zgodę na interwencję medyczną lub jej odmawiają. Zasadą etyczną stanowiącą fundament świadomej zgody jest poszanowanie autonomii. Świadoma zgoda podtrzymuje i respektuje prawo pacjenta do podejmowania decyzji i wyboru proponowanych opcji leczenia. Zachęca także do udziału w procesie podejmowania decyzji medycznych, a jednocześnie go ułatwia. Zasada poszanowania

autonomii podkreśla, że dorośli, którzy są zdolni do samodzielnego podejmowania decyzji, zawsze mają prawo do stanowienia o tym, co wolno lub czego nie wolno z nimi zrobić, pod warunkiem że korzystanie z tego prawa nie narusza analogicznych praw innych osób.

Nie istnieją standardy etyczne, w oparciu o które można by uznać, że przy podpisywaniu tzw. formularzy zgody w bloku 10 spełnione zostały warunki uzyskania dobrowolnej zgody. Nie została zachowana autonomia więźniarek, nie respektowano ich potrzeb ani nie brano pod uwagę ich stanu zdrowia. Zamiast uzyskania świadomej zgody zastosowano surowy przymus.

Również dziś zdarza się stosowanie przymusu, choć nie zawsze dzieje się to w sposób jawny. Na przykład potencjalny uczestnik badań klinicznych może być przekonany lub przynajmniej żywić wielką nadzieję, że udział w nich przyniesie mu korzyść, podczas gdy w rzeczywistości prawdopodobieństwo odniesienia korzyści może być bardzo małe. Uczestnictwo w takim badaniu może być jednak jedynym źródłem nadziei dla tego pacjenta i jego rodziny.

Innym przykładem jest sytuacja, w której za uczestnictwo w badaniach otrzymuje się wynagrodzenie. Nawet niewielkie pieniądze lub prezenty mogą czasem skłonić kogoś do poddania się badaniom. Kiedy jakaś osoba znajduje się w trudnej sytuacji ekonomicznej, każda forma wynagrodzenia może być postrzegana jako rodzaj przymusu. Oczywiście każdy ma prawo odmówić udziału w badaniach oferujących wynagrodzenie, jednak jeśli ktoś jest bezrobotny albo pozostaje w trudnej sytuacji materialnej, jego gotowość do uczestnictwa w takich badaniach może być zwiększona.

Nazistowskie eksperymenty pseudomedyczne stanowią jeden z najbardziej ekstremalnych przykładów pogwałcenia zasady uzyskania świadomej zgody, niemniej wszystkie przypadki wykorzystania ludzi wyłącznie jako obiektów badawczych mają charakter przestępczy. Co zaskakujące, niektórzy naukowcy kontynuowali prowadzenie badań bez uzyskania świadomej zgody pacjentów nawet po ujawnieniu świata zbrodni nazistowskich. W 1966 roku Henry Beecher, profesor anestezjologii na Uniwersytecie Harvarda, opublikował artykuł zatytułowany *Ethics and clinical research* w „The New England Journal of Medicine”. Opisano w nim dwadzieścia dwa przykłady nieetycznych badań klinicznych, w których życie badanych zostało narażone na niebezpieczeństwo.

Wśród nich znalazło się badanie Tuskegee¹ oraz eksperymenty przeprowadzone na więźniach i innych osobach, których wolność wyboru i możliwość wyrażenia zgody były ograniczone, a które w wyniku tych eksperymentów zostały poszkodowane.

Pomimo istnienia wielu wskazówek etycznych, kodeksów i dyrektyw formułowanych w przeszłości, nauka i medycyna mają długą tradycję nadużyć i ignorowania podstawowej zasady etycznej stanowiącej, że ktoś może zostać uczestnikiem badań tylko i wyłącznie wtedy, gdy dobrowolnie i świadomie się na to zdecyduje.

9.3. Zgoda rodziców na leczenie

Opis przypadku I

Friedrich S. urodził się w Niemczech w 1937 roku. W wieku trzech lat zachorował na zapalenie opon mózgowych, a następnie na padaczkę (drgawki). Jego rodziców nakłoniono do umieszczenia syna w Krajowym Zakładzie Leczniczym w Eichberg. Dyrektor zakładu pisał w liście do matki dziecka:

Pani synek ma się dobrze. Jest to przypadek uszkodzenia mózgu, którego przyczyny nie jesteśmy jeszcze w stanie ustalić z całą pewnością, ponieważ mieliśmy zbyt mało czasu na obserwację. Jeśli będziemy już w stanie stwierdzić cokolwiek lub gdy dziecko zachoruje, niezwłocznie Panią powiadomimy. Nie ma powodu do obaw. Niedawno wdrożyliśmy leczenie.

¹ Badanie Tuskegee – eksperyment medyczny prowadzony na grupie czarnoskórych farmerów w latach 1932–1972 w miejscowości Tuskegee w Alabamie przez Amerykańską Publiczną Służbę Zdrowia. Polegał na obserwacji przebiegu nieleczonej kiły i nastawiony był na sprawdzenie, czy powoduje ona większe uszkodzenia w układzie nerwowym, czy sercowo-naczyniowym, oraz czym różni się jej przebieg u rasy białej i czarnej. Mężczyźni będący uczestnikami eksperymentu nigdy nie zostali poinformowani, że chorują na kiłę (sądzi, że są poddawani nowatorskiej terapii na „złą krew”), w związku z czym choroba rozprzestrzeniała się na ich rodziny i inne osoby; nie otrzymali również żadnego leczenia, pomimo dostępności skutecznej penicyliny już w latach 40., i pozwolono chorobie rozwinąć się do stadium terminalnego. Uczestnikom badań oferowano darmowe posiłki, a ich rodzinom – 50 dolarów w przypadku śmierci badanych. Badanie Tuskegee zostało uznane za jeden z najbardziej haniebnych i nieetycznych eksperymentów medycznych w historii (przypr. red.).

Rodzice odwiedzili dziecko w szpitalu w jego czwarte urodziny, 21 października 1941 roku. Zauważyli, że było posiniaczone i niedożywione. Lekarz nie pozwolił im zabrać chłopca ze szpitala ze względu na to, że leczenie było jeszcze w toku. Polecono im wrócić za miesiąc. Po dwóch tygodniach ojciec wysłał list do szpitala. Otrzymał odpowiedź, wysłaną 14 listopada, że jego synek Friedrich już nie żyje.

Opis przypadku II

Margot E. urodziła się 28 stycznia 1941 roku. Była niepełnosprawna intelektualnie. Za radą lekarza rejonowego wysłano ją do Okręgowego Zakładu Leczniczego i Pielęgnacyjnego dla Chorych Umysłowo w Kaufbeuren. Matce powiedziano, aby nie odwiedzała dziecka przez pierwsze pięć tygodni, co miało ułatwić dziecku dostosowanie się do nowego otoczenia. Po otrzymaniu wielu listów z prośbą o informację o stanie córki dyrektor instytucji w końcu powiadomił matkę, że Margot jest „niespokojna i ciągle płacze”. W drugim liście donosił, że Margot „zaczęła się bawić zabawkami i wypowiada kilka słów”. W tym samym liście dodał:

Niestety nie jestem w stanie zdawać Pani relacji co czternaście dni. Proszę wziąć pod uwagę, że mamy 1300 pacjentów, i gdybyśmy mieli sporządzać raport dla każdego z nich co czternaście dni, nie mielibyśmy czasu na zapewnienie im opieki medycznej.

Pięć dni później dziecko już nie żyło. Matka nie uzyskała w szpitalu żadnej informacji na temat przyczyny śmierci, odkryła natomiast, że niedożywione ciało córki zostało poddane autopsji.

Bibliografia

Michel Burleigh, *Death and deliverance. "Euthanasia" in Germany 1900–1945*, Cambridge University Press, Cambridge–New York 1994.

Tło historyczne

W ramach programu dziecięcej „eutanzji”² tysiące chorych fizycznie i psychicznie dzieci zostało wysłanych z różnych klinik w Niemczech do ośrodków

² Dodatkowe informacje na temat programu „eutanzji” – p. s. 25 (przyp. red.).

zagłady, w których głodzono je na śmierć lub podawano im śmiertelne dawki leków. W niektórych przypadkach inicjatywa umieszczenia dziecka w takim ośrodku wychodziła od rodziców, w innych – narodowosocjalistyczny personel pielęgniarstwa i lekarski zalecał hospitalizację, przekonując rodziny, że w tych instytucjach ich dzieci będą miały zapewnione lepsze i bardziej specjalistyczne leczenie.

Rodzice zazwyczaj nie byli zawiadamiani o tym, że ich dzieci przeniesiono do „ośrodków zagłady”. W przypadku, gdy powiadomienie o przeniesieniu do innej instytucji zostało jednak wystosowane, członków rodziny z reguły informowano o zakazie wizyt. Po pewnym czasie personel wysyłał rodzinie wiadomość, że ich dziecko jest ciężko chore. W rzeczywistości już nie żyło, a rodzice lub opiekunowie byli pozbawieni możliwości odwiedzenia go. Dodatkowo rodzina musiała także pokryć koszty pogrzebu.

Nigdy nie ubiegano się o zgodę rodziców albo opiekunów dzieci ani też nigdy jej nie otrzymano.

Pytanie

Czy można uznać za etyczne postępowanie lekarza, który bez zgody rodzica lub opiekuna leczy pacjenta nieletniego lub innego pacjenta niemającego możliwości wyrażenia świadomej zgody?

Dyskusja

Ogłoszona przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (WMA) Deklaracja helsińska stanowi, że osoby, które nie dysponują prawną zdolnością do wyrażenia zgody (bez względu na to, czy są to osoby nieletnie, czy osoby dorosłe niebędące w stanie podejmować świadomych decyzji ze względu na swój stan fizyczny czy umysłowy), nie powinny uczestniczyć w postępowaniu o charakterze diagnostycznym, terapeutycznym, rehabilitacyjnym ani badawczym, jeśli nie zostaną spełnione następujące warunki: 1) procedura jest niezbędna do ochrony zdrowia danej populacji; 2) procedura nie może być przeprowadzana na osobach

zdolnych do czynności prawnych. Jeśli te warunki zostaną spełnione, lekarz lub naukowiec musi zgodnie z prawem uzyskać zgodę prawnie upoważnionego przedstawiciela. Zgoda ta musi spełniać wszystkie normalne warunki dotyczące świadomej zgody (Załącznik 4).

Podobnie jak w przypadku innych zagadnień etycznych złożone i wciąż nierozstrzygnięte kwestie dotyczące wyrażania świadomej zgody komplikują się jeszcze bardziej w sytuacjach, które dotyczą dzieci. Założenie, że rodzice mogą udzielić świadomej zgody w imieniu swoich dzieci, opiera się na przesłance, że są oni zdolni udzielić jej także w swoim imieniu. Istnieją jednak dowody na to, że wykształceni, uchodzący za kompetentnych dorośli mają zbyt małą wiedzę, aby udzielić zgody w sposób odpowiedzialny. Na podobnej zasadzie można też czasem kwestionować prawo opiekunów do wypowiadania się w imieniu innych osób. Często taki stan rzeczy nie wynika z braku inteligencji lub motywacji ze strony rodzica, członka rodziny czy opiekuna, jest raczej efektem współistnienia bardziej złożonych czynników, na przykład kwestii prawnych, sprzecznych interesów, charakteru choroby, stresu i obaw przez nią powodowanych, konieczności szybkiego podjęcia decyzji, niedoinformowania, onieśmienia wynikającego z przebywania w przestrzeni szpitala, a także mieszaniny podziwu, trwogi, zaufania i poczucia zależności w stosunku do lekarza. Wszystkie te czynniki mogą niestety sprawić, że procedura uzyskiwania zgody stanie się rytuałem, w którym niewiele osób będzie w rzeczywistości właściwie poinformowanych i zdolnych do świadomego podejmowania decyzji. Kwestie te stają się jeszcze bardziej skomplikowane w przypadku, gdy pacjenci są niepełnosprawni intelektualnie lub z jakichś względów nie mają możliwości decydowania o sobie³.

Czasami przyjmuje się, że również same dzieci powinny aktywnie uczestniczyć w procesie uzyskiwania zgody. W zależności od ich wieku można się zastanowić, czy mogą już być partnerami w podejmowaniu decyzji dotyczących własnego leczenia. Należy też pamiętać, że mają prawo do otrzymywania informacji, do bycia wysłuchanymi, a także do udzielenia lub wycofania zgody, jeżeli przyjmie się, że mogą już to zrobić w sposób świadomy.

³ Prawodawstwo polskie wymaga obok zgody rodziców również zgody małoletniego powyżej 16 r.ż. w ramach tzw. zgody równoległej (przyp. M.C. i J.P.).

Przedstawione powyżej przypadki dotyczą nieletnich pacjentów, którzy dodatkowo zostali zdiagnozowani jako chorzy psychicznie (padaczka była uważana za chorobę psychiczną). Hospitalizowano ich i maltretowano z całkowitym pominięciem uzyskania jakiejkolwiek zgody rodziców, opiekunów prawnych czy samych pacjentów. By ukryć zbrodnie, fałszowano również dokumentację. Przykłady te – chociaż obrazują skrajne przypadki zignorowania konieczności uzyskania zgody rodziców lub opiekunów – stanowią cenne lekcje z historii medycyny, przypominające nam, co się może stać, gdy prawa pacjentów, rodziców i opiekunów prawnych są lekceważone.

9.4. Utylitaryzm w badaniach klinicznych

Opis przypadku

Podczas tzw. procesu lekarzy w Norymberdze w latach 1946–1947 niektórzy z pozwanych podnosili argumenty etyczne na poparcie swoich eksperymentów pseudomedycznych przeprowadzanych w obozach koncentracyjnych. Próbowali uzasadnić ich przeprowadzanie, mówiąc, że rozsądne było poświęcenie interesów nielicznych osób w imię korzyści dla większości społeczeństwa.

Jednym z lekarzy, który użył tego argumentu, był dr Gerhard Rose, zasłużony lekarz akademicki i światowy autorytet w dziedzinie medycyny tropikalnej, kierownik Instytutu Medycyny Tropikalnej im. Roberta Kocha w Berlinie. W czasie pełnienia funkcji konsultanta ds. higieny rasowej przy Inspektorze Medycznym niemieckich sił powietrznych (*Luftwaffe*) dr Rose został awansowany do stopnia generała brygady rezerwy. Był także doradcą medycznym dr. Leonarda Contiego, Naczelnego Lekarza III Rzeszy w randze Ministra Zdrowia Rzeszy i sekretarza stanu ds. Zdrowia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych III Rzeszy.

Rose przeprowadzał eksperymenty na więźniach obozów koncentracyjnych Dachau i Buchenwald. Choć początkowo sprzeciwiał się potencjalnie śmiertelnym eksperymentom przeprowadzanym na ludziach w celu stworzenia szczepionki przeciwko tyfusowi plamistemu, ostatecznie doszedł do następującego wniosku:

Nie widziałem sensu, aby nie narażać życia paru setek ludzi, podczas gdy każdego dnia na froncie wschodnim tysiąc niemieckich żołnierzy umierało na tyfus.

Co więcej – w związku z odkryciem, że śmiertelność wśród osób poddanych jego eksperymentom była mniejsza niż w populacji ogólnej więźniów, stwierdził on, że szanse na przeżycie wśród poddanych badaniu były większe niż w przypadku pozostałych więźniów. Tak więc Rose usprawiedliwiał swoje eksperymenty z udziałem ludzi, twierdząc, że mogły one zwiększyć szanse na przeżycie ich uczestników.

Podczas procesu Rose zeznał:

Czymże była śmierć setki ludzi w porównaniu z możliwością uzyskania szczepionki zdolnej uratować dziesiątki tysięcy?

Bibliografia

The Nazi doctors and the Nuremberg Code. Human rights in human experimentation, George J. Annas, Michael A. Grodin (red.), Oxford University Press, New York 1992.

Tło historyczne

W czasie wojny wśród żołnierzy szerzył się tyfus plamisty. Wojskowi i cywilni niemieccy badacze próbowali opracować zarówno odpowiedni lek, jak i szczepionkę. Podczas konferencji w 1941 roku niemieccy urzędnicy wysokiego szczebla stwierdzili, że „ponieważ testy na zwierzętach nie umożliwiają odpowiedniej oceny szczepionek przeciwko tyfusowi, muszą zostać przeprowadzone eksperymenty na ludziach”.

Początkowo Gerhard Rose sprzeciwiał się pomysłowi wykorzystania więźniów do eksperymentów, jednak dr Leonardo Conti, Naczelny Lekarz III Rzeszy, najbardziej wpływowy lekarz w nazistowskich Niemczech, argumentował, że stawką jest zdrowie narodu niemieckiego. Rose dał się przekonać i rozpoczął badania nad szczepionką uzyskaną z mysiej wątroby, którą następnie przetestował na więźniach w Buchenwaldzie.

Podczas procesu lekarzy w Norymberdze oskarżyciele zderzyli się z argumentacją Rosego. Jego obrońcy twierdzili bowiem, że sami alianci usprawiedliwiali obowiązkowe powoływanie mężczyzn do służby wojskowej w czasie wojny, choć wiedzieli, że wielu z nich z pewnością zginie – tłumaczyli to stwierdzeniem, że poświęcenie nielicznych, by uratować większość, jest moralnie usprawiedliwione. Dodatkowo obrońcy Rosego podkreślali, że w całej historii

badan klinicznych prowadzonych w krajach zachodnich naukowcy zawsze kierowali się utylitaryzmem pod różnymi postaciami, aby umotywować niebezpieczne eksperymenty na więźniach oraz pacjentach placówek zdrowotnych i opiekuńczych.

Rose w ramach obrony oskarżył również Amerykanów o przeprowadzanie przymusowych eksperymentów dotyczących malarii w państwowych zakładach karnych. Mimo że takie eksperymenty rzeczywiście się odbyły, dr Andrew Ivy, konsultant ds. etyki Amerykańskiego Stowarzyszenia Lekarzy, na rozprawie stanowczo stwierdził, że badania te były dobrowolne, w żadnym wypadku przymusowe.

Gerhard Rose został skazany za zbrodnie wojenne i zbrodnie przeciwko ludzkości na dożywotnie więzienie. Na skutek apelacji wyrok skrócono do 15 lat. Rose został zwolniony z więzienia w 1955 roku. Zmarł w 1992 roku.

Bibliografia

1. Arthur L. Caplan, *How did medicine go so wrong? W: When medicine went mad. Bioethics and the Holocaust*, Arthur L. Caplan (red.), Humana Press, Totowa 1992.
2. Nuremberg Trials Project. A Digital Collection. <http://nuremberg.law.harvard.edu>.
3. Naomi Baumslag, *Murderous medicine. Nazi doctors, human experimentation, and typhus*, Praeger Press, Westport 2005.
4. Paul J. Weindling, *Nazi medicine and the Nuremberg Trials. From medical war crimes to informed consent*, Palgrave MacMillan, New York 2004.

Pytanie

Czy utylitaryzm może stanowić etyczne uzasadnienie dla przeprowadzania eksperymentów na ludziach?

Dyskusja

Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (WMA) zdefiniowało konsekwencjalizm jako podejmowanie decyzji w sposób etyczny, opierający się na analizie prawdopodobnych konsekwencji lub rezultatów różnych wyborów i działań. W konsekwencjalizmie za właściwe uznaje się takie postępowanie, które daje najlepsze rezultaty. Oczywiście można się spierać co do definicji sformułowania „dobry rezultat”.

Jedną z najbardziej znanych form konsekwencjalizmu jest utilitaryzm. W tej perspektywie filozoficznej użyteczność określa się jako „jak największe dobro dla jak największej liczby osób”. Zgodnie z zasadami utilitaryzmu należy oszacować potencjalne korzyści i straty oraz dokonać wyważonej oceny uwzględniającej ich stosunek powstały w wyniku podjęcia określonych decyzji bądź działań. Do sytuacji konfliktowej lub problemu dochodzi w sytuacji, gdy grupa osób, która jest zagrożona poniesieniem szkody, nie jest grupą, która może odnieść jakiegokolwiek korzyści w wyniku eksperymentu, co czasami ma miejsce w przypadku badań klinicznych.

Zawsze występuje potencjalne ryzyko wyrządzenia szkody uczestnikom badań – dlatego istnieje powszechna zgoda co do tego, że w badaniach klinicznych należy przestrzegać żelaznych standardów etycznych, niezależnie od oczekiwanych korzyści. Cel sam w sobie, nieważne, jak doniosły, nie jest wystarczającym uzasadnieniem dla zastosowania środków, które mogłyby nadmiernie zaszkodzić badanym osobom.

W dobie nazizmu uczestnikami eksperymentów pseudomedycznych byli w większości więźniowie obozów, uważani za rasowo podrzędnymi, za „podludzi”, „żyjących życiem niegodnym życia”. Z punktu widzenia nazistów nie dotyczyły ich prawa człowieka, nie byli ich warci. Niektórzy, jak na przykład przebywający w obozach koncentracyjnych więźniowie żydowskiego pochodzenia, byli podwójnie zagrożeni, ponieważ kwalifikowano ich do więcej niż jednej kategorii „podludzi”: niepożądanych jako gorsze istoty ludzkie oraz skazanych na eksterminację w ramach „ostatecznego rozwiązania kwestii żydowskiej”. Sprawiało to, że byli postrzegani jako niewolnicza grupa pozbawiona jakichkolwiek praw, mogąca służyć jako obiekt badań. Posiadanie rzeszy niewolników, stanowiących potencjalne obiekty badań, w połączeniu z niemieckim imperatywem dbania o dobro populacji ponad dobrem jednostki, stworzyło sprzyjające warunki do ostatecznego przetestowania rozwiązań utilitarnych i w rezultacie przyniosło katastrofalne skutki.

Kierując się utilitaryzmem moralnym, lekarze nazistowscy nie musieli brać pod uwagę świadomej zgody. Zgodnie z nazistowską etyką lekarską przewidywane korzyści wyparły normę etyczną nakazującą uzyskanie zgody na eksperymenty. Zostało to uznane za moralnie uzasadnione.

Zasłanianie się przez lekarzy nazistowskich pobudkami utylitarnymi w celu racjonalizowania okrutnych i niehumanitarnych eksperymentów jest przykładem tego, jak cynicznie mogą być one nadużywane. Eksperymenty przeprowadzano na bezbronnych więźniach obozowych, całkowicie ignorując wszelkie zasady etyczne, których wymaga się od badaczy klinicznych. Odwoływanie się do motywacji utylitarystycznej było tylko jedną z wymówek, których naziści używali w powojennych procesach.

Istniało wiele innych przypadków nadużywania idei utylitarystycznych wobec bezbronnych ludzi w różnych częściach świata. Poddawano ich eksperymentom i przytaczano argument, że przeprowadza się je „dla większego dobra społeczeństwa”. Więźniowie, żołnierze, mniejszości etniczne, mieszkańcy krajów „trzeciego świata” oraz pacjenci szpitali i placówek opiekuńczych często padali ofiarą takich eksperymentów. W ostatnich czasach w literaturze medycznej toczą się liczne dyskusje na temat badań klinicznych prowadzonych w krajach rozwijających się, w szczególności przez firmy farmaceutyczne, które chcą wykorzystywać osoby cierpiące na powszechnie występujące choroby, wcześniej nieleczone danym lekiem. Perspektywa utylitarna związana z przeprowadzeniem prób klinicznych w takich populacjach polegałaby na tym, że szanse przeżycia uczestników badania musiałyby być ważniejsze niż interesy finansowe akcjonariuszy spółek farmaceutycznych zlecających badania.

Utylitarne racjonalizacje eksperymentów na ludziach nie powinny być wykorzystywane ani akceptowane jako usprawiedliwienie bez uwzględnienia konsekwencji decyzji podjętych z pobudek utylitarnych.

9.5. Wykorzystanie części ciała ludzkiego pozyskanych w sposób nieetyczny

Opis przypadku

August Hirt, profesor anatomii, dziekan Wydziału Lekarskiego na Uniwersytecie w Strasburgu, opracował antropometryczny projekt badania czaszki z nadzieją na udowodnienie, że aryjskie czaszki można miarodajnie odróżnić od żydowskich. Aby uzyskać zgodę na swoje badania, a także otrzymać pomoc,

również finansową, lekarz skontaktował się z fundacją „Ahnenerbe”, której misją było wspieranie badań współbrzmiących z nazistowską ideologią. Przewodniczącym fundacji był Wolfram Sievers, który wraz z Heinrichem Himmlerem, dowódcą SS, zatwierdził ten tajny projekt.

Nazistowscy badacze z zespołu prof. Hirta ustalili, że w celu udowodnienia zakładanej hipotezy konieczne będzie zebranie odpowiedniej liczby szkieletów. Zapadła decyzja, że szkielety zostaną pobrane od więźniów KL Auschwitz. W czerwcu 1943 roku osiemdziesięcioro sześciorgo więźniów i więźniarek zostało wytypowanych przez dr. Brunona Begera, lekarza i filozofa, kapitana SS. Odizolowano ich od reszty i podzielono według płci. Następnie zostali oni zbadani przez dr. Begera i zakwalifikowani jako osoby nadające się do eksperymentów. Za to, aby więźniowie dotarli żywi do obozu koncentracyjnego Natzweiler-Struthof we Francji, odpowiedzialny był Adolf Eichmann.

Po przybyciu do Natzweiler więźniów rozebrano i wepchnięto do komory gazowej, w której zginęli. W lipcu 1943 roku ciała pospiesznie przetransportowano do Instytutu Anatomii Hirta w Strasburgu. Umieszczono je w specjalnie zaprojektowanych pojemnikach, w których pozostawały nietknięte przez ponad rok. Pomiary czaszek nigdy nie zostały wykonane.

Podczas alianckiej ofensywy w Niemczech zwłoki zostały odkryte przez Francuzów. Sfotografowano je, a zdjęcia wykorzystano później w procesie zbrodniarzy wojennych. Hirt po aresztowaniu i uwięzieniu przez siły francuskie popełnił samobójstwo 2 czerwca 1945 roku, a Sievers w tzw. procesie lekarzy w Norymberdze został uznany za winnego i powieszony.

Dnia 11 grudnia 2005 roku w instytucie anatomii szpitala w Strasburgu oraz na cmentarzu żydowskim Cronenbourg we Francji odsłonięto pomnik z imionami osiemdziesięciorga sześciorga ofiar. W uroczystości odsłonięcia wzięli udział krewni ofiar prof. Hirta przybyli z Tesalonik, Londynu, Niemiec, Izraela i Francji. Napis na tablicy głosi:

Souvenez-vous d'elles pour que jamais la medecine ne soit devoyée.

(„Pamiętajcie o nich, aby medycyna nigdy więcej nie została zdeprawowana”).

Tło historyczne

Używanie ciał więźniów lub ofiar egzekucji do dysekcji, sporządzenia ilustracji i badań anatomicznych stanowi długi rozdział w historii ludzkości sięgający czasów Herofila w Egipcie 300 lat p.n.e. W średniowieczu, ze względu na przepisy

religijne zakazujące profanacji ciał, zwłoki – zarówno w celach naukowych (pogłębienie wiedzy medycznej), jak i artystycznych (modele anatomiczne dla artystów) – często pozyskiwano nielegalnie. W XVII i XVIII wieku ich jedynym legalnym źródłem były ciała straceńców.

Wraz z rozwojem zawodów medycznych i powstawaniem szkół medycznych zapotrzebowanie na zwłoki wzrosło jeszcze bardziej i konieczne było nowe ustawodawstwo w zakresie ich pozyskiwania. Massachusetts w Stanach Zjednoczonych było pierwszym stanem, który w latach 30. XIX wieku uchwalił prawo umożliwiające wykorzystanie do dysekcji i celów anatomicznych zwłok, o które nikt się nie upomina. W ślad za Massachusetts poszły inne stany, wprowadzając zasadę, że ciała nieodebrane ze szpitali, instytucji psychiatrycznych i więzień mogą być wykorzystywane do badań medycznych.

W 1908 roku Eugen Fischer, zagorzały niemiecki eugenik, przybył do okupowanej przez Niemców Afryki Południowo-Zachodniej (obecnie Namibia), w której armia niemiecka utworzyła obozy koncentracyjne i uwięziła w nich tysiące mieszkańców. Ciała straconych tam więźniów wysyłało do Niemiec z przeznaczeniem na dysekcje. Fischer dokładał starań, aby udowodnić, że tamtejsza populacja jest niższa rasowo. Ich efektem było opublikowanie w 1913 roku tekstu *Die Rehoboth Bastards* („Bastardy z Rehoboth”), który odbił się w Niemczech dużym echem. W 1921 roku Fischer wraz z Erwinem Baurem i Fritzem Lenzem napisał *Grundriss der menschlichen Erblchkeitslehre und Rassenhygiene* („Zarys nauki o ludzkiej dziedziczności i higienie rasowej”). Książka ta była jedną z pozycji, do których odwoływał się Hitler w *Mein Kampf*, a zatem miała decydujący wpływ na rasistowską doktrynę nazistów. W 1927 roku Fischer został dyrektorem Instytutu Antropologii, Dziedziczności i Eugeniki im. Cesarza Wilhelma w Berlinie. Jako główne zadanie powierzono mu opracowanie biologicznego uzasadnienia antysemityzmu.

Uniwersytety w nazistowskich Niemczech znajdowały się pod bezpośrednim nadzorem Ministerstwa Nauki, Wychowania i Oświaty Narodowej Rzeszy (*Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung*, nieoficjalnie zwane *Reichserziehungsministerium*, czyli w skrócie REM). Ministerstwo to było odpowiedzialne za usunięcie niearyjskich wykładowców i dostosowanie programów nauczania do doktryny narodowego socjalizmu. Pod jego auspicjami pozostawały również wydziały anatomii w szkołach medycznych – jednym z zadań ministerstwa było zapewnienie dostaw zwłok. Prawo pruskie

z 1877 roku oraz inne przepisy przyznawały wydziałom anatomicznym prawo do wykorzystywania do dysekcji ciał straceńców, jeśli krewni nie zgłosili się po nie. Brzmienie tych przepisów podtrzymano w latach 1933 i 1939. Anatomicznie narzekali na konieczność informowania rodzin o możliwości odbioru ciała, na skutek czego w 1943 roku uchwalono, że rodziny straconych nie muszą być już proszone o zgodę na dysekcję. Ponadto zakazano wydawania krewnym ciał Żydów i Polaków oraz osób skazanych za zdradę stanu.

W okolicach miejsc straceń funkcjonowały instytuty anatomiczne, które powiadamiano o nadchodzących egzekucjach, tak aby ciała mogły być sprawnie przekazywane anatomom. W Niemczech oraz na zajętych przez nazistów terenach Austrii, Czechosłowacji i Polski funkcjonowało trzydzieści jeden wydziałów anatomii. Bardzo duży odsetek anatomów (jak zresztą lekarzy w ogóle) stanowili członkowie partii nazistowskiej. Wielu z nich prowadziło w szkołach medycznych kursy higieny rasowej w ramach standardowego programu nauczania. August Hirt, dziekan Wydziału Medycznego w Strasburgu, był oficerem SS i nadzorował wiele projektów badań medycznych dla reżimu nazistowskiego. Badania te promowały idee eugeniczne i były prowadzone w ramach „działań wojennych”. Oprócz gromadzenia szkieletów Hirt przeprowadzał też zabójcze eksperymenty medyczne z użyciem gazu musztardowego na więźniach w obozie Natzweiler.

Johann Paul Kremer był profesorem anatomii, którego zatrudniono jako lekarza w KL Auschwitz. Brał udział w selekcjach na rampie i prowadził badania nad wpływem głodu na ciało ludzkie. Na potrzeby swoich badań wybierał więźniów, których uśmiercano zastrzykiem z fenolu w serce, a następnie pobierano tkanki z ich ciał. Kremer był sądzony w tzw. procesie załogi KL Auschwitz prowadzonym na przełomie listopada i grudnia 1947 roku w Krakowie⁴. Został uznany za winnego zbrodni wojennych i skazany na śmierć. Wyrok zamieniono później na dożywotnie więzienie.

⁴ Kremer składał wyjaśnienia przed Najwyższym Trybunałem Narodowym w Krakowie jako oskarżony w procesie członków załogi KL Auschwitz. Został skazany na karę śmierci, którą zamieniono na dożywocie. W 1958 r. Kremer odzyskał wolność. W 1960 r. został postawiony przez Sądem Przysięgłych w Münsterze, który uznał go za winnego udzielania pomocy w dokonywaniu masowych zabójstw ofiar selekcji w ambulatorium i na tzw. rampie i wymierzył mu łączną karę 10 lat pozbawienia wolności. Karę uznano za odbytą w polskim więzieniu (przyp. M.C.).

Bibliografia

1. Alfred Pasternak, *Inhuman research. Medical experiments in German concentration camps*, Akadémiai Kiadó, Budapest 2006.
2. Alexander Mitscherlich, Fred Mielke, *Doctors of infamy. The story of the Nazi medical crimes*, tłum. Heinz Norden, Henry Schuman, New York 1949.
3. Benjamin Madley, *From Africa to Auschwitz. How German South West Africa incubated ideas and methods adopted and developed by the Nazis in Eastern Europe*, „European History Quarterly”, 35(3)/2005.
4. Dodatkowe teksty dotyczące badań nad anatomią prowadzonych w III Rzeszy: *Anatomy in the Third Reich*, Sabine Hildebrandt, Christoph Redies (red.), „Annals of Anatomy”, t. 194, nr 3/2012.

Pytanie

Czy można używać części ciała pozyskanych w sposób nieetyczny do badań medycznych, celów naukowych lub jakichkolwiek innych?

Dyskusja

Powyższy przypadek rodzi pytanie o możliwość wykorzystania ciał lub części ciała w celach leczniczych, badawczych lub z innym przeznaczeniem medycznym.

Wcześniejsze prawodawstwo (na przykład amerykańska Jednolita ustawa o dawstwie anatomicznym z 1968 roku) stanowi, że oddanie ciała jest prawem, które opiera się na swobodnej decyzji dawcy. Zgodnie z tym prawem jego wola powinna być uszanowana, nawet jeśli członkowie rodziny lub najbliżsi krewni wyrażą sprzeciw. Ustawa ta, znowelizowana w 1987 roku, zakazuje sprzedaży narządów i tkanek w celach transplantacyjnych, zakaz ten nie obejmuje natomiast celów edukacyjnych i badawczych.

Mimo wszystko nadal istnieje szara strefa, w której lekarze i naukowcy pobierają, przechowują i wykorzystują części ciała ludzkiego, nie zastanawiając się nad wymiarem moralnym takiego postępowania.

W ostatnich latach ciągły rozwój badań klinicznych wymagających wykorzystania próbek krwi i tkanek, a także gwałtowny wzrost ilości informacji osobistych, które można uzyskać z fragmentów ciała ludzkiego, wyniosły na nowy poziom (wymagający zwiększonej kontroli, pogłębionej świadomości

i przemyslenia na nowo) kwestie ich legalnego posiadania i godnego wykorzystania, jak również świadomej zgody i respektowania prawa do dysponowania informacjami biologicznymi. Na przykład wykorzystanie ludzkiego materiału biologicznego w celach leczniczych, od transfuzji krwi do przeszczepiania embrionalnych komórek macierzystych, budziło i będzie budzić kontrowersje.

Oferowanie korzyści finansowych w zamian za otrzymanie lub pozyskanie narządów i tkanek narusza etyczną zasadę dobrowolności i jest niespójne z zasadą sprawiedliwości. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) i Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (WMA) ogłosiły, że komercjalizacja związana z pozyskiwaniem narządów ludzkich stanowi „naruszenie praw człowieka” i „godności ludzkiej”, w związku z czym powinna zostać zakazana. Niemniej obecnie najbardziej przekonującym argumentem prowadzącym do akceptacji wykorzystywania ludzkiego materiału biologicznego jest odwołanie się do korzyści leczniczych. Powoływanie się na „dobro nauki” rodzi dwuznaczności. To, co dla jednych jest „dobrem nauki”, inni mogą uznać za dehumanizację istoty ludzkiej. Argument związany z potrzebami edukacyjnymi, jak choćby konieczność wykorzystania zwłok ludzkich w nauczaniu studentów medycyny albo do wykonywania sekcji, leży gdzieś pośrodku i bywa uzasadniany zakładanymi korzyściami terapeutycznymi wynikającymi z działań dobrze wykształconych praktyków.

Zastanówmy się nad postępowaniem niemieckich anatomów. Dlaczego uczyli o higienie rasowej? Dlaczego kierowali się nią w praktyce i wykorzystywali ciała ofiar zbrodni nazistowskich do dysekcji? Zwłoki więźniów stanowiły cenny materiał do ich badań, a tym samym do rozwoju kariery zawodowej. Prawo nazistowskie, a w jeszcze większym stopniu dehumanizacja spowodowana wojną, stworzyły nazistowskim anatomom rzadką okazję do „przetestowania” swoich rasistowskich teorii – bez skrupułów, bez większych obostrzeń i w zasadzie bez ograniczeń. Ludzi poddanych badaniom traktowano jako źródło danych z całkowitym pogwałceniem podstawowych zasad etyki i zwykłej przyzwoitości.

Ciała ludzkie dostarczane przez rząd nazistowski początkowo były wykorzystywane zgodnie z przyjętymi przez Niemcy i wiele innych krajów praktykami. Badania anatomiczne kontynuowano w tym kształcie pod reżimem nazistowskim, ale ich zakres radykalnie rozszerzono ze względu na niemal nieograniczoną liczbę ludzi (i zwłok) dostarczanych z obozów koncentracyjnych,

na których można było przeprowadzać te badania. W tym czasie higiena rasowa była w Niemczech uznaną nauką. Jeśli jacyś lekarze czy badacze mieli zastrzeżenia co do polityki nazistowskiej, z reguły nie zabierali głosu. Decyzje i działania nazistowskich lekarzy i anatomów uzasadniano tym, że działają oni na rzecz polepszenia zdrowia narodu niemieckiego. Co więcej – w ramach kultury nazistowskich Niemiec uznawano je za etyczne.

W dzisiejszych czasach pobieranie, przechowywanie i wykorzystywanie ludzkich tkanek do różnych celów stało się powszechną praktyką w biomedycynie zachodniej. Jednak perspektywa historyczna każe nam pamiętać, że praktyki kulturowe stanowią przejaw wartości wyznawanych w danym społeczeństwie (jawnie lub nieświadomie) i że te wartości różnią się znacznie w różnych grupach ludzi i w różnych czasach. Aby stworzyć użyteczne, sprawiedliwe, humanitarne i społecznie wrażliwe rekomendacje etyczne dotyczące wykorzystywania ludzkiego materiału biologicznego do celów naukowych, musimy uwzględnić różnorodność przekonań i praktyk w pluralistycznych społeczeństwach. Kluczowe jest również, aby stale podkreślać konieczność zachowania szacunku dla osoby ludzkiej, zarówno żyjącej, jak i zmarłej, i kontrolować, czy dane praktyki medyczne i badawcze nie dehumanizują jej lub nie są dla niej szkodliwe, bez względu na jej rasę, płeć, klasę społeczną czy światopogląd. Wydaje się oczywiste, że tego typu etyczne rozważania nie były brane pod uwagę w przypadku opisanych powyżej „eksperymentów” nazistów, a racjonalizacja ich nieetycznego postępowania może być częściowo wyjaśniona przez odwołanie się do uwarunkowań kulturowych.

9.6. Fałszowanie dokumentacji medycznej

Opis przypadku

Fragment świadectwa Adama Zacharskiego, byłego więźnia numer 18293, zatrudnionego w obozowym „szpitalu” w KL Auschwitz:

(...) W tym szpitalu pracowałem w kancelarii, tzn. pracowałem w fabryce tych wszystkich fałszywych dokumentów, jakie na rozkaz władz SS, komendantury

obożu (...) były wypełniane dla powodów śmierci. Powody (...) były następujące: naturalna śmierć, (...) śmierć poprzez zagazowanie, (...) zaszpilowanie, (...) egzekucje na bloku 11. Tu, z całym naciskiem podkreślam, fałszerstwo polegało na tym, że wszystkie te osoby przyjmowano w stan chorych w szpitalu (...).

Było specjalnie 4 więźniów, którzy technikę wypisywania fałszywych świadectw doprowadzili do perfekcji. Każdy miał przy sobie książeczkę zawierającą kilkanaście do 20 typów najrozmaitszych chorób. Korzystano wówczas z niemieckiego podręcznika Innere Medizin, z którego odpisywano poszczególne typy chorób, ich przebieg i objawy. (...)

W opisie trzeba było zacząć od momentu, kiedy chory przyszedł do szpitala, z jaką temperaturą, jakie były objawy chorobowe, gorączka, jakie stosowano lekarstwa, jakie chory dostawał zastrzyki. (...)

Zdarzały się wypadki komiczne i tragiczne dla nas. Pamiętam taki wypadek, że przyszło do obozu 120 małych chłopców, dzieci w wieku 8 lat, 12, 14 z Zamojszczyzny. Dzieci odłączono od rodziców, którzy zostali w Brzezince, a ich samych skierowano do obozu głównego. Wtedy pamiętam tragiczną chwilę, która omal nie skończyła się śmiercią więźnia, który, wybierając diagnozę, pomylił się i temu dzieciakowi 8-letniemu jako diagnozę podał uwiąd starczy – Altersschwäche (...).

Bibliografia

Irena Strzelecka, *Głosy Pamięci 3. Zbrodnica medycyna. Szpitale w KL Auschwitz*, Państwo-wie Muzeum Auschwitz-Birkenau, Oświęcim 2008.

Tło historyczne

Fałszowanie dokumentacji medycznej nie rozpoczęło się w Auschwitz – stosowano je już w ramach programów „eutanazji” dzieci i dorosłych (akcja T4). Te nieetyczne i nielegalne praktyki, mające na celu zatajenie stanu zdrowia pacjentów, a także przyczyn ich śmierci, zostały przeniesione z placówek szpitalnych do obozów koncentracyjnych. Wielu lekarzy i urzędników, którzy zarządzali programami „eutanazji”, odpowiadało również za organizację i funkcjonowanie obozów koncentracyjnych.

Wybrani więźniowie przydzieleni do pracy w biurach szpitala w KL Auschwitz-Birkenau mieli za zadanie prowadzić szczegółowe zapiski, na podstawie

których lekarze SS nadzorowali więźniów i dokonywali selekcji. Służyły one także do fałszowania dokumentacji, która miała zataić fakt, że przeznaczeniem obozu w KL Auschwitz była również eksterminacja, podobnie jak to miało miejsce w innych więzieniach i obozach koncentracyjnych.

Więźniowie ci prowadzili rejestry chorych i osób wypisywanych ze szpitala, jednak ich najważniejszym zadaniem było tworzenie pośmiertnej dokumentacji więźniów zmarłych w szpitalach i poza nimi. Dokumentacja ta obejmowała także tych, którzy zostali zastrzeleni, zmarli na skutek tortur lub eksperymentów pseudomedycznych, oraz zabitych w komorach gazowych lub w wyniku podania śmiertelnego zastrzyku. Zazwyczaj zawierała fikcyjną przyczynę śmierci lub nie podawała żadnej. Choroby wpisywane jako przyczyny śmierci były zaczerpnięte z listy przygotowanej przez lekarzy SS specjalnie w tym celu, która obejmowała między innymi: zawał serca, zapalenie płuc, posocznicę, niewydolność krążeniową i inne. Niemal we wszystkich przypadkach tzw. raport lekarza zawierał obszerny, sfabrykowany opis przebiegu choroby, a także stwierdzał, że więzień przybył do obozu w bardzo złym stanie zdrowia, który uniemożliwiał przeżycie mimo usilnych starań lekarzy. Jeśli więźniowie byli mordowani zbiorowo, daty ich śmierci fałszowano tak, aby rozkładały się na okres kilku tygodni, z różną liczbą zmarłych przypadającą na każdy dzień.

Zdaniem świadków, którzy zeznawali w norymberskim procesie lekarzy w latach 1946–1947, gdyby nie klęska nazistów, niezależny obserwator badający historię chorób więźniów i dokumentację ich leczenia mógłby wywnioskować, że KL Auschwitz stanowił wzór sanitarnych, higienicznych i lekarskich standardów oraz że więźniowie objęci byli opieką medyczną opartą na najnowszym osiągnięciach nauki i medycyny.

Bibliografia

Irena Strzelecka, *Głosy Pamięci 3. Zbrodnicza medycyna. Szpitale w KL Auschwitz*, Państwowe Muzeum Auschwitz-Birkenau, Oświęcim 2008.

Pytanie

Czy fałszowanie dokumentacji medycznej jest w jakichkolwiek okolicznościach etyczne?

Dyskusja

Przedstawiona powyżej historia prezentuje skrajny przypadek naruszenia moralności i etyki lekarskiej, jakiego dopuścili się nazistowscy lekarze w obozach koncentracyjnych, wydając rozkaz fałszowania dokumentacji. To tylko jeden z wielu przejawów wypaczania przez nich zasad etyki zawodowej, pokazujący również, na czym polegało „praktykowanie medycyny” w szpitalach obozowych. Stanowi jednak wyrazisty przykład tego, jak mogą być łamane zasady etyki zawodowej lekarzy.

Zamierzone zmiany, fałszowanie i niszczenie dokumentacji medycznej jest sprzeczne z wszelkimi standardami etyki lekarskiej i uważa się je za nadużycie pociągające poważne konsekwencje prawne, nawet jeśli bezpośrednio nie wyrządza się w ten sposób szkody pacjentowi. Dokumentację medyczną uważa się za zbiór informacji poufnych i jako taka powinna być odpowiednio zabezpieczona zarówno z przyczyn etycznych, jak i prawnych. Nawet jeśli w procesie leczenia wystąpią błędy, konieczne jest ujawnienie ich pacjentowi lub jego rodzinie; nie można z ich powodu fałszować dokumentacji. Jest to ważne w wielu powodów – pozwala między innymi na podtrzymanie zaufania pacjenta do lekarza oraz zwiększa szanse na uniknięcie błędów w przyszłości.

Nie można fałszować dokumentacji medycznej w celu ukrycia błędów lub z jakichkolwiek innych powodów.

9.7. Czy wykorzystywać dane zdobyte przez nazistowskich lekarzy?

Opis przypadku

Eduard Pernkopf uzyskał dyplom na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Wiedeńskiego w 1912 roku. W czasie I wojny światowej przez rok służył w armii jako lekarz wojskowy. W 1933 roku, już jako profesor medycyny i dyrektor Instytutu Anatomii w Wiedniu, wstąpił do partii nazistowskiej, a rok później do SS. Przez cały okres nazistowski był gorącym zwolennikiem dominującej ideologii. W 1943 roku został mianowany rektorem Uniwersytetu Wiedeńskiego. Reda-

gował również jedną z najwybitniejszych publikacji poświęconych anatomii – *Topographische Anatomie des Menschen* („Atlas anatomiczny człowieka”). Siedmiotomowy atlas Pernkopfa przedstawia ponad osiemset rysunków ludzkiego ciała. Pod względem medycznym i artystycznym stanowi wybitne osiągnięcie w dziedzinie ilustracji anatomicznej.

Pernkopf rozpoczął pracę nad atlasem w 1933 roku, sama książka została ukończona już po jego śmierci, w 1955 roku. Wielu spośród ilustratorów zatrudnionych przez Pernkopfa było żarliwymi zwolennikami nazizmu. Należeli do nich między innymi Erich Lepier, Franze Batke i Karl Endtresser, którzy często manifestowali wierność ideologii, sygnując swoje ilustracje anatomiczne symbolami nazistowskimi. Lepier często umieszczał przy swoim nazwisku swastykę. Endtresser podpisał się na ilustracji przedstawiającej udo obrzezanego mężczyzny, wykorzystując symbol „SS”. Podobnie zrobił Batke w podpisie pod rysunkiem anatomicznym rozcięcia szyi. To tylko kilka przykładów wykorzystania symboli nazistowskich w niemieckojęzycznych wydaniach atlasu.

W 1938 roku, tuż po anszlusie Austrii, Pernkopf został mianowany dziekanem Wydziału Medycznego Uniwersytetu Wiedeńskiego, a także redaktorem naczelnym oficjalnego czasopisma Wiedeńskiego Towarzystwa Lekarzy. Po wojnie, choć nie otrzymał wyroku za żadne przestępstwo, spędził trzy lata w więzieniu. Po zwolnieniu pozbawiono go wszystkich tytułów, jednak kontynuował pracę nad atlasem. Zmarł w 1955 roku. Ostatnie tomy atlasu opublikowano po jego śmierci.

Późniejsze wydania atlasu zawierają pierwotne ilustracje, choć większość symboli nazistowskich została z nich usunięta, a podpisy zmieniono. Studenci lub chirurdzy korzystający z uwspółcześnionych wydań atlasu Pernkopfa prawdopodobnie nie mają pojęcia o tym, że autor i jego ilustratorzy sympatyzowali z nazizmem.

Tło historyczne

Po wojnie przez dziesięciolecia niewiele mówiło się czy pisało o życiorysie Pernkopfa ani o genezie atlasu. Na początku lat 60. z klisz drukarskich zawierających ilustracje usunięto swastyki, a książkę przetłumaczono na inne języki.

W 1990 roku w recenzji atlasu w „The New England Journal of Medicine” napisano, że „ta wybitna książka jest szczególnie cenna dla anatomów i chirurgów” oraz że „stanowi klasę samą w sobie i będzie nadal podstawowym punktem odniesienia, mimo zaporowej ceny i niezwyklej drobiazgowości, które sprawiają, że nie będzie dostępna dla studentów medycyny”. Inna recenzja z „Journal of the American Medical Association”, również z 1990 roku, podkreśla, że atlas jest „klasykiem wśród atlasów anatomii” i że „będzie szczególnie użyteczny dla otolaryngologów, chirurgów plastycznych, chirurgów głowy i szyi, okulistów, chirurgów jamy ustnej i ortopedów”.

Atlas Pernkopfa można znaleźć w najbardziej renomowanych ośrodkach medycznych na całym świecie. Nie ulega wątpliwości, że ten klasyczny atlas anatomii przez dziesięciolecia pozwalał kształcić wielu anatomów, chirurgów i lekarzy innych specjalizacji.

W 1985 roku Gerald Weissman opublikował tekst poświęcony przemowie Pernkopfa „Narodowy socjalizm i nauka”, w którym skupił się na zjadliwej nacjonalistycznej retoryce związanej z higieną rasową, a także na postępowaniu innych nazistowskich lekarzy tego okresu. W 1988 roku David Williams napisał artykuł o historii atlasu, w którym ujawnił szczegóły biograficzne dotyczące działalności politycznej Pernkopfa. Z kolei publikacja z „Annals of Internal Medicine” z 1995 roku opisywała funkcjonowanie Uniwersytetu Wiedeńskiego w 1938 roku. Przedstawiła działalność administracyjną i polityczną Pernkopfa oraz jego pracę nad atlasem anatomicznym. Dowodziła, że do stworzenia ilustracji zawartych w atlasie wykorzystano zwłoki dzieci zabitych w wiedeńskim szpitalu oraz że Instytut Anatomii Pernkopfa używał ciał straceńców do celów dydaktycznych.

Zarówno wspomniane artykuły, jak i wyniki dodatkowych poszukiwań, doprowadziły do wystosowania w 1995 roku przez Instytut Pamięci Męczenników i Bohaterów Holocaustu Jad Waszem oficjalnego wniosku o przeprowadzenie przez Uniwersytet Wiedeński dochodzenia w sprawie okoliczności powstania atlasu Pernkopfa.

Tym, co wywołało współczesne kontrowersje wokół atlasu Pernkopfa, był list skierowany w listopadzie 1996 roku do redaktora „Journal of the American Medical Association”, podpisany przez profesora chirurgii stomatologicz-

nej z Uniwersytetu Columbia, dr. Howarda Israela, oraz profesora medycyny rodzinnej i społecznej z Uniwersytetu w Toronto, dr. Williama Seidelmana. Zwrócili oni uwagę na to, że niektóre z ilustracji w atlasie zawierały odniesienia do nazistowskich symboli (swastyki i litery „SS” w podpisach rysowników). W swoim liście określili atlas Pernkopfa jako dziedzictwo tragicznego okresu nadużyć przenikających całe środowisko medyczne.

Końcowy raport komisji działającej na Uniwersytecie Wiedeńskim został ogłoszony 1 października 1998 roku. Dochodzenie wykazało, że:

Instytut Anatomii otrzymał co najmniej 1377 ciał straceńców, w tym 8 ofiar pochodzenia żydowskiego. (...) Dekret powszechny z 18 lutego 1939 roku stanowił, że zwłoki osób straconych miały być przydzielane wydziałowi anatomii najbliższego uniwersytetu do celów badawczych i dydaktycznych. (...) Nie znaleziono dowodów na to, że do wiedeńskiego Wydziału Anatomii przywożono zwłoki z obozu Mauthausen. (...) Domniemania i podejrzenia, że niektóre ilustracje mogą przedstawiać jeńców wojennych lub ofiary pochodzenia żydowskiego, oparte są głównie na odczuciach osób, które podchodzą do tematu w sposób krytyczny. W tych przypadkach dochodzenie nie było jednak w stanie ani potwierdzić, ani odrzucić podejrzeń. Próbkki były anonimowe, stąd też ostateczne wyjaśnienie takich podejrzeń prawdopodobnie nie będzie już możliwe.

Ogromne nadużycia władzy dokonywane przez nazistowskich lekarzy zostały dobrze udokumentowane. Podczas II wojny światowej naziści dopuścili się niesłychanych zbrodni na niewinnych ludziach. Część z nich stanowiły egzekucje, na inne składało się powolne, pełne cierpienia umieranie spowodowane katastrofalnymi warunkami lub będące efektem nazistowskich eksperymentów pseudomedycznych. To właśnie te eksperymenty są do tej pory jednym z najbardziej kontrowersyjnych ogniw w historii rozwoju współczesnej medycyny. Rodzi się szereg pytań związanych z tym, czy pozyskane przez nazistów informacje, gromadzone bez zgody więźniów lub innych ofiar, powinny być wykorzystywane do pogłębiania wiedzy medycznej. Jako przykład mogą posłużyć niesławne badania dr. Sigmunda Raschera nad hipotermią, które prowadził w Dachau. Nie były one dziełem szaleńca pracującego w izolacji obozu koncentracyjnego. Eksperymenty Raschera, które polegały na zanurzaniu więźniów obozów koncentracyjnych w lodowatej wodzie, przeprowadzano dla

Luftwaffe, niemieckich sił powietrznych. Ich wyniki nadal są cytowane w literaturze medycznej.

Niemiecka medycyna upatrywała w zabójstwach dokonywanych w czasach hitlerowskich również szansy na pozyskiwanie zwłok. Z katowni gestapo regularnie posyłano transporty do uniwersyteckich instytutów anatomii. Na podstawie tego, co dziś wiadomo, wszystkie bez wyjątku wydziały anatomiczne niemieckich szkół medycznych chętnie i bez wahania przyjęły ofertę odbioru zwłok.

Obecnie wielu naukowców zajmuje się zagadnieniami dotyczącymi postawy moralnej niemieckich anatomów w III Rzeszy oraz wykorzystywania przez nich ciał zamordowanych ofiar.

Bibliografia

1. Michel C. Atlas, *Ethics and access to teaching materials in the medical library. The case of the Pernkopf Atlas*, „Bulletin of the Medical Library Association” 89(1)/2001, 51–58.
2. Robert L. Berger, *Nazi Science: comments on the validation of the Dachau human hypothermia experiments*. W: *When medicine went mad. Bioethics and the Holocaust*, Arthur L. Caplan (red.), Humana Press, Totowa 1992.
3. Sabine Hildebrandt, *Anatomy in the Third Reich. Outline. Part 1. National Socialist politics, anatomical institutions and anatomists*, „Clinical Anatomy” 22/2009, s. 883–893.
4. Sabine Hildebrandt, *Anatomy in the Third Reich. Outline. Part 2. Bodies for anatomy and related medical disciplines*, „Clinical Anatomy” 22/2009, s. 894–905.
5. Howard A. Israel, William E. Seidelman, *Nazi Origins of an anatomy text. The Pernkopf Atlas*, „Journal of the American Medical Association” 276(20)/1996, s. 1633.
6. *Anatomy in the Third Reich*, Sabine Hildebrandt, Christoph Redies (red.), „Annals of Anatomy” 194(3)/2012.

Pytanie

Czy etyczne jest korzystanie z danych medycznych pozyskanych przez nazistów?

Dyskusja

Opisana powyżej historia Pernkopfa stawia pytania o zasadność wykorzystania atlasu anatomii zawierającego rysunki przedstawiające ofiary zbrodni nazistowskich. Atlas został opracowany wiele lat przed pojawieniem się innych

szeroko dostępnych przedstawień anatomicznych i używano go na wielu, jeśli nie na wszystkich wydziałach medycznych. Stąd też znaczący wkład tej klasycznej publikacji w rozwój zawodów medycznych na przestrzeni lat pozostaje niekwestionowany. Jednak przyjrzenie się sylwetkom Eduarda Pernkopfa i jego ilustratorów, a zwłaszcza temu, jak wyglądały prace nad atlasem, rodzi niezwykle ważne dziś pytania dotyczące etyki biomedycznej, jak choćby: czy istotne jest ustalenie pochodzenia zwłok wykorzystanych do rysunków w atlasie Pernkopfa? Czy korzystanie z zawartych tam informacji jest stosowne? Jak podchodzić do informacji uzyskanych w sposób nieetyczny?

Istnieje wiele możliwych stanowisk w tej debacie etycznej:

- 1) Jeśli istnieje taka potrzeba, zarówno atlas, jak i inne informacje powinny być wykorzystywane w badaniach medycznych i do celów edukacyjnych bez żadnych ograniczeń i cenzury. Nikt nie ma już wpływu na to, w jaki sposób pozyskiwano zwłoki. Wiedza często rodzi się w warunkach, które nie są idealne czy etyczne (na przykład w czasie wojny). Współcześnie korzystanie z informacji zawartych w atlasie może mieć pozytywne efekty i przynosić korzyści, na przykład uratować komuś życie lub umożliwić chirurgowi przeprowadzenie operacji w sposób bardziej precyzyjny.
- 2) Informacje powinny być wykorzystane do celów badawczych i edukacyjnych z pewnymi ograniczeniami i z zastosowaniem cenzury. Niektóre z obostrzeń mogą obejmować: a) omówienie kontrowersji związanych z powstawaniem atlasu; b) upamiętnienie ofiar; c) przywołanie w nowych wydaniach historii Pernkopfa i jego atlasu; d) częściowa cenzura (publikacja nie może być powszechnie dostępna).
- 3) Inni podnoszą argument, że jeśli nie będziemy wykorzystywać tych danych, wzmocnimy pozycję osób negujących Holokaust i zaprzepaścimy pamięć o niewinnych ofiarach eksperymentów. Publikowanie tych informacji nie tylko potwierdza, że okrucieństwa wojny rzeczywiście miały miejsce, ale także – poprzez pamięć o nich – pomaga zapobiegać im w przyszłości. W odczuciu niektórych osób, wykorzystując takie informacje, oddajemy cześć ofiarom.
- 4) Część spośród osób, które przeżyły eksperymenty, wyraża przekonanie, że należy korzystać z tych informacji, a ponieważ są bezpośrednimi

ofiarami zbrodni nazistowskich, niejako mogą się wypowiadać w imieniu tych, którym nie udało się przeżyć.

- 5) Niektórzy twierdzą, że prawdziwym celem nauki jest służba ludzkości poprzez łagodzenie cierpienia i poprawę jakości życia, a nazistowskie eksperymenty czy prace nad wspomnianym atlasem anatomii odbywały się bez uzyskania jakiejkolwiek zgody badanych i przeprowadzano je, stosując okrutne i nieetyczne metody oraz tortury. Zwolennicy takiego poglądu utrzymują, że nauka i etyka są nierozzerwalne i nie można usprawiedliwiać korzystania z wyników badań, które przeprowadzali lekarze nie licząc się z zasadami etyki i które powodowały niewyobrażalne cierpienie.
- 6) Istnieje też pogląd, że kluczowymi wartościami przy przeprowadzaniu eksperymentów medycznych są postawa moralna i podejście etyczne badaczy (lub – jak w przypadku atlasu – ilustratorów). Zwolennicy tego stanowiska będą postulować, aby nigdy „nie oddzielać dzieła od człowieka”. Inni z kolei będą twierdzić, że jak najbardziej można to robić.
- 7) Są również tacy, którzy twierdzą, że wykorzystanie danych naukowych zgromadzonych przez nazistów w wyniku ich zbrodniczej działalności sprzyja powtórzeniu takich naruszeń etyki biomedycznej, ponieważ może uchodzić za rodzaj przyzwolenia i usprawiedliwienia dla eksperymentów medycznych prowadzonych w sposób nieetyczny w imię rozwoju badań naukowych.
- 8) Kolejną podniesioną kwestią jest zasadność naukowa nazistowskich eksperymentów.
- 9) Dodatkowym argumentem przemawiającym za niekorzystaniem z takich danych jest wymóg powtarzalności, który mówi, że jeśli eksperyment ma zostać uznany za przeprowadzony prawidłowo, musi być możliwe jego powtórzenie. Odtworzenie okrutnych eksperymentów nazistów jest niemalże niemożliwe, zwłaszcza jeśli się weźmie pod uwagę to, w jakim stanie byli pacjenci.⁵

⁵ Polski Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 50 stwierdza: „Wyniki badań przeprowadzonych niezgodnie z zasadami etyki lekarskiej nie powinny być publikowane” (przyp. J.P.).

10. Lekarze wobec tortur

Opis przypadku

Georges-André Kohn urodził się 23 kwietnia 1932 roku w Paryżu. W sierpniu 1944 roku został wysłany do KL Auschwitz-Birkenau i uwięziony w baraku nr 11, w którym przebywało już dziewiętnaścioro innych żydowskich dzieci z całej Europy w wieku od pięciu do dwunastu lat. Nazistowscy lekarze planowali wykorzystać je do eksperymentów medycznych.

Pod koniec listopada 1944 roku, gdy Armia Czerwona zbliżała się do Auschwitz, Georgesa wraz z pozostałymi dziećmi przewieziono do obozu koncentracyjnego Neuengamme pod Hamburgiem. Lekarz SS Kurt Heissmeyer przeprowadził tam na nich okrutne eksperymenty medyczne. Najpierw zaraził je śmiertelną chorobą płuc, gruźlicą. Już przed Bożym Narodzeniem wszystkie dzieci były ciężko chore. Jak później zeznali francuscy lekarze i holenderski personel pielęgniarski (również więźniowie obozu), Georges był wyjątkowo słaby, nie był nawet w stanie utrzymać się na nogach. Złożony ze współwięźniów zespół medyczny otoczył dzieci opieką, zastępując im rodziców.

Na późniejszym etapie eksperymentu dr Heissmeyer usunął dzieciom węzły chłonne, ponieważ uważał, że zawierają one specjalne substancje chroniące organizm przed gruźlicą. Następnie ofiary zostały sfotografowane – nakazano im podniesienie rąk, aby można było uwiecznić blizny po zabiegu.

W kwietniu 1945 roku, kiedy koniec wojny był już bliski, lekarze SS i kierownictwo obozu Neuengamme zaczęli się obawiać kary, gdy alianti odkryją ich okrucieństwa. Aby zatuszować przeprowadzanie eksperymentów pseudomedycznych, SS-mani zabrali dzieci i personel pielęgniarski do szkoły przy ulicy Bullenhuser Damm w zbombardowanej i opuszczonej dzielnicy Hamburga. Żołnierze SS powiesili wszystkie dzieci w szkolnej piwnicy 20 kwietnia 1945 roku. Ich ciała załadowano na ciężarówkę i przewieziono do obozu Neuengamme, gdzie zostały poddane kremacji. Siedemnaście dni później wojna w Europie dobiegła końca.

Tło historyczne

Kurt Heissmeyer studiował medycynę w Marburgu, gdzie wstąpił również do antysemickiego bractwa „Arminia”. W 1933 roku, po uzyskaniu uprawnień lekarskich, został rezydentem w berlińskim szpitalu im. Augusty Wiktorii, a w 1937 roku dołączył do partii nazistowskiej. Rok później mianowano go naczelnym lekarzem (a następnie zastępcą dyrektora) w prowadzonym przez Czerwony Krzyż sanatorium Hohenlychen w Uckermark, położonym na północ od Berlina.

Aby zrealizować swój cel i zostać profesorem medycyny, Heissmeyer zaproponował prowadzenie eksperymentów dotyczących gruźlicy. Choć jego wiedza na temat tej choroby była bardzo skromna, miał dobre kontakty w kręgach nazistowskich, dzięki czemu otrzymał zgodę na przeprowadzenie badań na więźniach obozów koncentracyjnych. W czerwcu 1944 roku przystąpił do eksperymentów z żywymi prątkami gruźlicy na dorosłych, następnie rozpoczął doświadczenia na dzieciach. Heissmeyer w każdą środę podróżował ponad 260 km z Hohenlychen do obozu Neuengamme, aby osobiście nadzorować eksperymenty na więźniach.

Mimo że zachowała się dokumentacja medyczna jedynie trzydziestu dwóch dorosłych ofiar eksperymentów Heissmeyera, uważa się, że poddał on takim „badaniom” ponad sto osób. Dzieci wybrano spośród więźniów obozu koncentracyjnego Auschwitz – było to dziesięć dziewczynek i dziesięciu chłopców w wieku od pięciu do dwunastu lat. Ich podróż koleją do Neuengamme trwała dwa dni. Heissmeyer przydzielił każdemu dziecku świnkę morską, następnie wstrzyknął prątki gruźlicy zarówno dzieciom, jak i zwierzętom. Po miesiącu, mimo podskórnych iniekcji bakterii gruźlicy, wszystkie dzieci były chore¹.

¹ Kurt Heissmeyer nie wierzył, że gruźlica jest chorobą zakaźną. Mimo to postanowił przeprowadzić eksperymenty mające na celu m.in. zbadanie, czy dzieci z ujemnym odczynem tuberkulinowym mogą zostać uodpornione poprzez podanie zjadliwych prątków Kocha i czy dzieci z odczynem dodatnim będą odporne na nowe zakażenie. Zjadliwe prątki Kocha, czyli bakterie wywołujące gruźlicę, Heissmeyer otrzymywał z laboratorium w Berlinie. Więźniowie byli zakażani poprzez wstrzyknięcia prątków w okolice dołu pachowego, wcieranie w uszkodzoną skórę lub wprowadzenie bezpośrednio do płuc za pomocą sondy (w ten sposób zakażono troje dzieci). Świnki morskie stanowiły część eksperymentu jako zwierzęta laboratoryjne niezbędne do kontroli skuteczności zakażenia. Dzieciom z rozwiniętymi objawami gruźlicy usuwano węzły chłonne pachowe, by następnie badać je histologicznie. Doświadczenia Heissmeyera miały na celu zbadanie, czy dodatkowe wywołanie gruźlicy skóry nie poprawi ogólnej odporności chorego na gruźlicę i tym samym nie przyspieszy jego wyzdrowienia. Świat lekarski odrzucił tę koncepcję jeszcze przed 1944 r. jako ryzykowną i nieskuteczną (przyp. M.C.).

Gdy stan dzieci się pogorszył, Heissmeyer uznał, że warto sprawdzić, w jaki sposób ich węzły chłonne pachowe zareagowały na bakterię. Jako że sam nie miał odpowiednich kwalifikacji, nakazał Bohumilowi Doclikowi, uwięzionemu w obozie czeskiemu chirurgowi, wypreparowanie węzłów chłonnych. Te okrutne zabiegi wykonano w znieczuleniu miejscowym, a rany pozostawiano otwarte, zakładając jedynie opatrunki. Tydzień po operacji opatrunki usunięto. Przed upływem dwóch tygodni wszystkie dzieci poddano obustronnemu wycięciu węzłów chłonnych pachowych. Węzły zakonserwowano w formalinie, a po zakończeniu wszystkich procedur wycinki trafiły do patologa.

Po przeprowadzeniu zabiegów dzieci stawały się coraz słabsze i nie opuszczały swoich baraków. Heissmeyer musiał zatem zdecydować, co zrobić z dwadzieściorgiem chorych, umierających żydowskich dzieci. Aby ukryć dowody, podjęto decyzję o ich zamordowaniu. Dzieci zostały powieszone wieczorem 20 kwietnia, w dzień urodzin Adolfa Hitlera.

Kurt Heissmeyer uciekł z Hohenlychen 21 kwietnia 1945 roku. Po wojnie osiadł w Magdeburgu, gdzie pracował jako pulmonolog i przez osiemnaście lat z sukcesami prowadził praktykę lekarską jako dyrektor jedynej prywatnej kliniki leczenia gruźlicy w Niemczech. W 1966 roku został skazany na dożywocie. Czternaście miesięcy później zmarł na zawał serca w więzieniu w Budziszynie.

Mimo początkowego oporu budynek przy Bullenhuser Damm został przekształcony w miejsce pamięci zamordowanych dzieci. Dzisiaj dawna szkoła nosi imię Janusza Korczaka – lekarza, który kierował sierocińcem w Warszawie i wraz ze swoimi podopiecznymi zginął w Treblince w sierpniu 1942 roku.

Bibliografia

Günther Schwarberg, *The murders at Bullenhuser Damm. The SS doctor and the children*, Indiana University Press, Bloomington 1980.

Pytanie

Czy udział lekarzy w torturach jest zgodny z zasadami etyki?

Dyskusja

W dobie nazizmu zasady etyki lekarskiej często ustępowały miejsca rasistowskiej ideologii oraz doraźnym celom politycznym, ekonomicznym i militarnym. Nazistowski pogląd na świat legitymizował tortury oraz mordowanie osób nie tylko niedołączonych czy niepełnosprawnych intelektualnie, ale też zdrowych. Często to sami lekarze uzasadniali przeprowadzanie tortur, a także opracowywali ich metody. Byli też tacy, którzy aktywnie uczestniczyli w tym procederze. Jest to uderzające zwłaszcza w przypadku nieludzkich nazistowskich eksperymentów pseudomedycznych, w wyniku których zabito lub okaleczono tysiące ofiar.

Mimo że w powszechnej świadomości okrucieństwa popełnione przez nazistów ponad pół wieku temu są zapewne uznawane za największy gwałt na prawach człowieka, współczesny świat nie jest wolny od tortur ani innych przejawów nieludzkiego postępowania. W wielu krajach nadal dopuszcza się i usprawiedliwia stosowanie tortur, bywają nawet traktowane jako zło konieczne w globalnej „wojnie z terroryzmem”. Choć trudno sobie wyobrazić, że lekarze mogą być w jakiegokolwiek sposób powiązani z zadawaniem tortur, istnieją udokumentowane dowody, że w niektórych krajach przedstawiciele świata medycznego wciąż uczestniczą w tym procederze. Lekarze uczą się, jak łagodzić cierpienie i ratować życie, natomiast celem tortur jest celowe zadawanie bólu, niekiedy prowadzą nawet do śmierci. Jak więc zrozumieć udział lekarzy w torturach?

Lekarze mają styczność z torturami na wiele sposobów. Ofiary tortur często potrzebują opieki medycznej w więzieniu, areszcie czy szpitalu, stąd też właśnie lekarze, którzy jako pierwsi je badają, odkrywają często, że doszło do nadużyć. Z drugiej strony sami sprawcy szukają czasami pomocy i porady u lekarzy. Dane z różnych krajów pokazują, że lekarze bywają obecni podczas przeprowadzania tortur albo służą wsparciem jako doradcy medyczni lub nadzorcy. Wykorzystują również swoją wiedzę do sprawowania opieki medycznej nad ofiarami tortur, aby utrzymać je przy życiu lub reanimować. Zdarza się również, że przygotowują później orzeczenia lekarskie, a czasem tworzą fałszywą lub niepełną dokumentację medyczną.

Do zadawania tortur najczęściej dochodzi w więzieniach, aresztach śledczych i instytucjach wojskowych, stąd też prawdopodobieństwo, że lekarze zatrudnieni w tego typu placówkach zetkną się z przypadkami tortur i będą na to narażeni, jest największe.

Istnieje wiele powodów, dla których lekarze mogą zdecydować się na uczestniczenie w torturach – może to być lojalność służbowa, zagrożenie przemocą, względy religijne, ideologiczne lub etniczne, a w niektórych przypadkach nawet skłonności sadystyczne. Problemy etyczne w medycynie rzadko są jednowymiarowe i mają czarno-białe rozwiązania, lecz w przypadku tortur kryteria oceny są trudne do podważenia. Udział lekarzy w torturach, niezależnie od rodzaju i stopnia zaangażowania, jest zawsze sprzeczny z zasadami etyki medycznej. Wynika to ze wszystkich międzynarodowych i lokalnych standardów praw człowieka.

Wiadomo, że większość lekarzy zawsze stara się działać w najlepszym interesie pacjentów. Uważają oni tortury za odrażające i nie chcą brać w nich udziału w jakiegokolwiek formie. Jak jednak pokazaliśmy powyżej, lekarze – niezależnie od motywacji i wątpliwości – czasami mogą znaleźć się w sytuacji, w której będą zmuszeni do postępowania w sposób sprzeczny z zasadami etyki lekarskiej.

Wszyscy lekarze, bez wyjątku, powinni odmawiać udziału w torturach. Trzeba jednak pamiętać, że przerzucenie całego ciężaru odmowy na pojedynczego lekarza stawia go w skrajnie trudnej sytuacji i zmusza do podjęcia decyzji w wyjątkowo obciążających okolicznościach. Odmowa udziału w torturach będzie znacznie łatwiejsza, jeśli za lekarzem stanie środowisko medyczne i prawnicze, by wspólnie poprzeć jego postawę.

11. Udział lekarzy w ludobójstwie

Opis przypadku

Irmfried Georg Rolf Eberl urodził się w Bregencji (Austria) w 1910 roku. Studia medyczne rozpoczął w Innsbrucku. W 1931 roku wstąpił do partii nazistowskiej. Po ukończeniu szkoły medycznej przeniósł się do Dessau w Niemczech, gdzie pełnił funkcję szefa Narodowosocjalistycznej Ludowej Opieki Społecznej. W 1939 roku, pomimo niewielkiego doświadczenia w dziedzinie psychiatrii, dr Eberl został mianowany szefem zakładu w Brandenburgu – zakładu karnego przekształconego w pierwszy ośrodek dokonujący „eutanazji” w ramach akcji T4 – programu mordowania chorych psychicznie. Erbel odpowiadał za jej organizację i przeprowadzenie. Kilka miesięcy później Erbel przejął kierownictwo nad szpitalem psychiatrycznym w Bernberg – tam również nadzorował realizację programu „eutanazji” (z gazowaniem włącznie). Odegrał także znaczącą rolę w utrzymaniu programu w tajemnicy, między innymi poprzez fałszowanie aktów zgonu. W wyniku „eutanazji” wykonywanych w ramach akcji T4 zabito 9772 pacjentów w Brandenburgu i 8601 w Bernbergu. Łącznie w ciągu osiemnastu miesięcy realizacji programu (1939–1941) zamordowano 70 273 osoby.

W kwietniu 1942 roku dr. Eberla wyznaczono do nadzorowania organizacji obozu zagłady utworzonego w Treblince w celu przeprowadzenia eksterminacji ludności żydowskiej. Pierwszy transport – wiozący Żydów z warszawskiego getta – przybył tam 23 lipca 1942 roku. Odtąd każdego dnia pociągami zwożono tysiące niczego niepodświadomych ofiar. Pod koniec sierpnia 1942 roku Eberl został odwołany ze stanowiska komendanta, mimo że Treblinka przewyższała inne obozy pod względem liczby zamordowanych osób. Oskarżono go o administracyjną nieudolność w utylizacji ciał.

Szacuje się, że pod komendanturą dr. Eberla w ciągu niespełna sześciu tygodni zamordowano w Treblince około 280 000 osób. Od lipca 1942 roku do listopada 1943 roku w obozie zginęło od 870 000 do 925 000 ludzi.

W 1944 roku dr Erbel został wcielony do Wehrmachtu, gdzie służył do końca wojny. Został aresztowany w styczniu 1948 roku, 15 lutego powiesił się w swojej celi.

Bibliografia

1. Rael Strous, *Dr. Irmfried Eberl (1910–1948). Mass murdering MD*, „The Israel Medical Association Journal”, t. 11, 4/2009, 216–218.
2. Yitzhak Arad, *Belzec, Sobibor, Treblinka. The Operation Reinhard death camps*, Indiana University Press, Bloomington 1987.

Tło historyczne

Akcja T4 była pierwszym narodowosocjalistycznym programem zabijania na masową skalę. Wymierzono ją przeciwko obywatelom Niemiec, między innymi niepełnosprawnym intelektualnie i cierpiącym na choroby wrodzone, których uznano za „niegodnych życia” i za stanowiących obciążenie finansowe dla państwa. To właśnie w ramach akcji „eutanzji” zorganizowano personel, wyznaczono protokoły postępowania, a także opracowano biurokratyczne podstawy oraz procedury medyczne i technologię, które pozwoliły na późniejsze przeprowadzenie eksterminacji.

Część spośród niemieckich lekarzy i techników, którzy mieli już doświadczenie w zabijaniu niepełnosprawnych intelektualnie, oddelegowano później do pracy w obozach zagłady (m.in. w Chełmnie, Bełżcu, Treblince, Majdanku oraz Auschwitz) działających głównie na terenie okupowanej Polski. Powierzono im zadanie nadzorowania i przeprowadzenia eksterminacji Żydów i Romów.

Udział lekarzy w ludobójstwie przybierał różne formy. Niektórzy z nich, jak choćby dr Irmfried Eberl, byli odpowiedzialni za budowę i organizację ośrodków zagłady, a także za zarządzanie nimi. Inni z kolei, we współpracy z chemikami, inżynierami i pozostałymi naukowcami, pełnili funkcję konsultantów – ich rolą był nadzór nad doskonaleniem wyspecjalizowanych technik zabijania: śmiertelnych zastrzyków, głodzenia czy gazowania.

Lekarze decydowali o życiu lub śmierci więźniów, dokonując selekcji, które odbywały się po przybyciu ofiar do obozów lub później – po kilku dniach, tygodniach, miesiącach, a czasem nawet latach. Od ich oceny zależało, kto zostanie skierowany do pracy, a kto trafi do komory gazowej. Pełnili również funkcję doradców – dawali wskazówki, jak utrzymać płynność procesu selekcji oraz efektywność działania krematoriów. Byli odpowiedzialni za określanie fikcyjnych przyczyn śmierci ofiar oraz za fałszowanie aktów zgonu. Niejednokrotnie sami podawali więźniom śmiertelne zastrzyki lub zlecali ich wykonanie personelowi pielęgniarstwu. To właśnie za sprawą lekarzy możliwe było zaplanowanie i zrealizowanie barbarzyńskich, okrutnych i nieetycznych eksperymentów na ludziach.

Lekarze brali bezpośredni udział w procesie mordowania na wszystkich jego etapach: od wyrachowanego zaplanowania eksterminacji po wykonywanie pośmiertnych badań na zwłokach swoich ofiar.

Bibliografia

1. Robert J. Lifton, *The Nazi doctors. Medical killing and the psychology of genocide*, Basic Books, New York 2000.
2. Robert N. Proctor, *Racial hygiene. Medicine under the Nazis*, Harvard University Press, Cambridge–Massachusetts 1988.

Pytanie

*Czy istnieją jakiekolwiek okoliczności,
które usprawiedliwiłyby udział lekarzy
w zabijaniu legitymizowanym przez państwo?*

Dyskusja

Dlaczego lekarze są w stanie pogodzić wierność przysiędze Hipokratesa z udziałem w ludobójstwie? Otóż są oni – podobnie jak reprezentanci innych grup zawodowych – nie tylko przedstawicielami swojej profesji, ale także członkami społeczeństwa i jako tacy podlegają kodeksowi moralnemu obowiązującemu w danej zbiorowości oraz są podatni na nastroje społeczne. Jednocześnie

przygotowuje się ich do wykonywania zawodu zgodnie ze standardami etycznymi. W większości społeczeństw zawód lekarza traktowany jest jako służba publiczna; cieszy się on szacunkiem i zaufaniem niemal całego społeczeństwa. Zdarza się, że przedstawiciele władzy państwowej próbują zaangażować lekarzy do realizacji swoich planów, aby wykorzystać ich udział do legitymizacji własnych działań. Kiedy naród przyjmuje ultranacjonalistyczną politykę wykluczenia, każdy spośród obywateli, nie wyłączając lekarzy, może znaleźć się po którejkolwiek ze stron podziału. Takie okoliczności mogą oznaczać dla lekarzy konieczność zmierzenia się z problemem zawodowej i etycznej dwuznaczności. Wobec kogo mają pozostać lojalni: wobec pacjentów czy wobec narodu? Lekarze – czasem z przekonania, a czasem jako sceptyczni współsprawcy – brali i nadal biorą udział w planowaniu i przeprowadzaniu masowych mordów w wielu krajach.

W 1915 roku część lekarzy w Imperium Osmańskim wykonywała eksperymenty medyczne, organizowała masowe deportacje i promowała ideologię ludobójstwa, która w efekcie doprowadziła do zagłady ludności ormiańskiej. Niespełna dwie dekady później lekarze w nazistowskich Niemczech również dopuścili się okrutnych zbrodni w ramach systemu, którego kulminacją był Holokaust. Do rzezi doszło również podczas ludobójstwa w Rwandzie, kiedy lekarze Hutu zwrócili się przeciwko pacjentom Tutsi. Podobnie na Bałkanach – trybunał międzynarodowy oskarżył serbskich lekarzy o udział w czystkach etnicznych na terenie Bośni i Kosowa. To tylko kilka przykładów uczestnictwa lekarzy w ludobójstwie.

Lekarze służyli swoją wiedzą i doświadczeniem również podczas wydarzeń, które nie miały znamion ludobójstwa, ale miały pomóc w usunięciu lub w ograniczeniu liczebności osób uznanych w danej społeczności za niepożądane. Na przykład personel medyczny w Argentynie, Boliwii, Chile, Iraku i innych krajach uczestniczył w zadawaniu tortur oraz uśmiercaniu dysydentów i wrogów państwa. Innym przykładem zaangażowania lekarzy w zabójstwa usankcjonowane przez państwo są egzekucje, jak choćby te przeprowadzane w Stanach Zjednoczonych.

Istnieją różne teorie próbujące wyjaśniać, dlaczego lekarze są w stanie usprawiedliwiać i wspierać działania stojące w wyraźnej sprzeczności z ich rolą jako tych, którzy mają leczyć. Jedna z nich mówi, że lekarze nie odrzucają

etyki lekarskiej, aby realizować politykę eugeniczną czy ludobójczą; raczej re-interpretują etykę tak, by wyrażała te same idee co dominujący w danym czasie program polityczny. Inna teoria odnosi się do mechanizmu równi pochyłej – początkowo naruszenia kodeksów medycznych, etycznych i społecznych są nieznaczne, jednak stopniowo narastają i ostatecznie wymykają się spod kontroli. Kolejna teoria mówi, że lekarze decydują się na udział w tego typu procederach, ponieważ obawiają się, że odmowa mogłaby się wiązać z poniesieniem przez nich poważnych szkód osobistych i zawodowych, a nawet z doznaniem obrażeń cielesnych. Według jeszcze innej niektórzy lekarze sami aktywnie szukają możliwości uczestniczenia w ludobójstwie czy w programach eugenicznych, a ich motywacja jest zróżnicowana: od oportunistycznego pragnienia osiągnięcia osobistych lub zawodowych korzyści po głęboką wiarę w głoszoną przez władzę i autorytety polityczne ideologię eksterminacji.

Warto się zastanowić, czy istnieją jakiekolwiek okoliczności, które mogłyby tłumaczyć udział lekarzy i personelu pielęgniarstwa w zabijaniu legitymizowanym przez państwo. Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (WMA) nakazuje konsekwentne przestrzeganie zasad etyki lekarskiej – bez względu na to, czy toczy się wojna, czy panuje pokój. Zgodnie z jego wytycznymi etyka lekarska w czasie konfliktu zbrojnego jest tożsama z etyką lekarską czasu pokoju. Na pierwszym miejscu zawsze znajduje się zobowiązanie lekarzy wobec pacjentów. Przewodnikami w wypełnianiu obowiązków zawodowych lekarza powinny być sumienie oraz wielowiekowa tradycja etyki lekarskiej.

Nie ulega wątpliwości, że działania Irmfrieda Eberla, podobnie jak i innych nazistowskich lekarzy, którzy zabijali w imieniu państwa, były nieetyczne. Bronić ich miały następujące argumenty: 1) tylko wypełniali rozkazy; 2) eutanazja pozwalała ludziom uwolnić się od cierpień; 3) przyczyniali się do uzdrowienia narodu poprzez eliminowanie chorej części populacji.

Kilku z nich zostało skazanych za popełnione zbrodnie i poddanych karze. Niektórzy, jak Irmfried Eberl, popełnili samobójstwo, aby uniknąć procesu. Jednak większość nazistowskich lekarzy po wojnie wiodła spokojne życie, nie ponosząc żadnych konsekwencji swoich czynów.

12. Etyka badań medycznych prowadzonych przez koncerny farmaceutyczne

Opis przypadku

Doktor Helmuth Vetter, kapitan SS, urodził się w 1910 roku w Rastenburgu w Turynii. Przez wiele lat był zatrudniony w należącej do koncernu IG Farben Leverkusen firmie farmaceutycznej Bayer, gdzie pracował jako sprzedawca i przedstawiciel handlowy. Do jego obowiązków służbowych należało kierowanie eksperymentami pseudomedycznymi w Auschwitz, Mauthausen i innych obozach, podczas których testowano na więźniach leki. W latach 1942–1944 Vetter nadzorował w Auschwitz i Mauthausen badania kliniczne dotyczące wpływu produktów firmy Bayer na przebieg chorób takich jak tyfus plamisty, dur brzuszny, dur rzekomy, biegunka, gruźlica, róża i szkarlatyna.

Aby pozyskać ofiary do badań, Vetter przeprowadzał selekcje i wybierał więźniów cierpiących na określone choroby. Selekcje odbywały się według zróżnicowanych kryteriów – jednym z nich był stopień zaawansowania choroby (na jego podstawie tworzone grupy kontrolne). Więźniowie otrzymywali określone dawki leków, które badano pod kątem toksyczności i skuteczności działania. Przebieg i wyniki badania były w każdym przypadku szczegółowo dokumentowane. W samym Auschwitz Vetter wykorzystał do swoich eksperymentów od stu pięćdziesięciu do dwustu pięćdziesięciu więźniów. Osób, na których eksperymentowano, nie pytano o zgodę ani też nigdy od nich takiej zgody nie otrzymano.

Celem eksperymentów farmakologicznych nie była pomoc pacjentom, ale obserwacja i dokumentowanie reakcji na stosowane leki. Nawet gdy było oczywiste, że leki są toksyczne, wywołują ekstremalny ból i nie dają żadnych

efektów terapeutycznych, kontynuowano eksperyment w celu zebrania danych dla firmy farmaceutycznej, która następnie mogła je wykorzystać do produkcji i sprzedaży leków. Odsetek więźniów, którzy zmarli w wyniku eksperymentów, był wysoki.

W 1947 roku dr Helmut Vetter został skazany za zbrodnie wojenne na karę śmierci. Wyrok wykonano dwa lata później.

Tło historyczne

IG Farben, potężny niemiecki koncern, ówczesnie największy koncern chemiczny na świecie, utworzono z korporacji BASF, Bayer, Hoechst i innych firm z branży chemicznej i farmaceutycznej. Okazał się on najhojniejszym sponsorem kampanii wyborczej Adolfa Hitlera – krótko przed objęciem przez Hitlera urzędu kanclerza, IG Farben przekazał jemu i partii nazistowskiej 400 000 marek. Poparcie dla nazistowskiej maszyny wojennej spowodowało, że koncern i jego spółki zależne stali się największymi beneficjentami wojny.

Niektóre przedsiębiorstwa farmaceutyczne wchodzące w skład IG Farben wykorzystywały więźniów jako przymusowych uczestników eksperymentów, podczas których testowano działanie nowych leków i szczepionek. Cyklon B, gaz używany najpierw jako pestycyd, a później jako środek służący mordowaniu milionów ludzi w komorach gazowych, pochodził od jednej ze spółek zależnych, połączonej w konglomerat IG Farben – Deutsche Gesellschaft für Schädlingsbekämpfung (Degesh).

Bayer AG Leverkusen, inna spółka zależna koncernu, zapłaciła w KL Auschwitz za sto pięćdziesiąt kobiet wykorzystanych do celów doświadczalnych. Korespondencja między komendantem obozu Auschwitz a firmą Bayer ujawnia następujące informacje:

W związku z planowanymi eksperymentami nad nowym lekiem nasennym będziemy wdzięczni za oddanie do naszej dyspozycji pewnej liczby więźniarek. (...)

Potwierdzamy otrzymanie waszej odpowiedzi, ale proponowana cena 200 marek za kobietę jest zbyt wysoka. Proponujemy nie więcej niż 170 marek za jedną kobietę. Jeśli taka cena jest do przyjęcia, kobiety pozostaną do naszej dyspozycji. Potrzebujemy około 150 kobiet. (...)

Potwierdzamy otrzymanie waszej akceptacji warunków umowy. Proszę przygotować dla nas 150 kobiet, jak najzdrowszych. (...)

Otrzymaliśmy 150 zamówionych kobiet. Mimo że są wynędzniałe, zostały pozytywnie zweryfikowane. Będziemy informować o postępach w eksperymentach. (...)

Eksperymenty zostały przeprowadzone. Wszystkie badane zmarły. Wkrótce skontaktujemy się w sprawie nowego transportu.

Były więzień KL Auschwitz zeznał na temat tego sponsorowanego przez koncern Bayer eksperymentu na ludziach następująco:

W bloku 20 znajdował się duży oddział gruźliczy. Bayer wysyłał leki w nieoznakowanych ampułkach bez nazwy. Wstrzykiwano to gruźlikom. Ci nieszczęśliwi ludzie nie zginęli w komorach gazowych. Można było tylko czekać, aż umrą, co nie trwało długo (...). 150 żydowskich kobiet, które Bayer wykupił z obozu (...), wykorzystano do eksperymentów nad nieznanymi preparatami hormonalnymi.

W maju 1943 roku dwaj wpływowi lekarze nazistowscy, Karl Gebhart i Fritz Fischer, wyrazili swoje uznanie dla Wojskowej Akademii Medycznej w Berlinie za jej wkład w doprowadzenie do produkcji nowych leków przez grupę farmaceutyczną Bayer koncernu IG Farben. Gebhart i Fischer zaprezentowali w obozie Ravensbrück raport, w którym omówili badania dr. Helmutha Vettera przeprowadzone na 200 więźniarkach obozu Auschwitz. Wynikało z niego, że Vetter wprowadzał kobietom do płuc gaz lub wstrzykiwał pałeczki bakterii, co powodowało śmierć na skutek obrzęku płuc. Raport lekarzy został później opublikowany, a informacje o wynikach eksperymentu rozpowszechniono wśród niemieckich lekarzy.

Doktor Waldemar Hoven, członek SS i lekarz SS w Buchenwaldzie, jeden z oskarżonych w norymberskim procesie lekarzy w 1947 roku, złożył następujące zeznania na temat roli IG Farben w eksperymentach z udziałem więźniów przeprowadzonych w obozach koncentracyjnych:

Powszechnie wiadomo, szczególnie w niemieckich kręgach naukowych, że dla SS nie pracowali wybitni naukowcy. To oczywiste, że eksperymenty z zastosowaniem preparatów IG Farben przeprowadzano w obozach koncentracyjnych jedynie w interesie koncernu, który starał się zbadać skuteczność swoich preparatów, wykorzystując wszelkie dostępne środki. Pozwalało to radzić sobie SS-manom z – że tak powiem – brudną robotą w obozach. Intencją IG nie było upublicznienie cokolwiek, lecz raczej stworzenie zastony dymnej wokół eksperymentów, aby (...) móc zatrzymać wszystkie zyski dla siebie. To nie SS, lecz IG wyszło z inicjatywą prowadzenia eksperymentów w obozach koncentracyjnych.

IG Farben nie tylko uczestniczył w przeprowadzaniu eksperymentów na ludziach i produkcji cyklonu B, ale też wykorzystał dziesiątki tysięcy więźniów do niewolniczej pracy przy budowie obozu Buna-Monowitz w Auschwitz (Auschwitz III-Monowitz), a później już w samym obozie – przede wszystkim do produkcji syntetycznej benzyny i kauczuku, głównej działalności koncernu w czasie wojny.

W 1946 roku amerykański trybunał wojskowy wszczął proces przeciwko dwudziestu trzem czołowym niemieckim lekarzom i pracownikom administracji za dobrowolny udział w zbrodniach wojennych i zbrodniach przeciwko ludzkości. Zarzuty dotyczyły między innymi przeprowadzania przez niemieckich lekarzy eksperymentów medycznych na tysiącach więźniów obozów koncentracyjnych bez ich zgody. Większość z uczestników eksperymentów zmarła w ich wyniku lub została trwale okaleczona. Bezpośrednim rezultatem procesu było sformułowanie w 1947 roku Kodeksu norymberskiego, który stanowił:

Warunkiem koniecznym [prowadzenia eksperymentu medycznego na człowieku] jest dobrowolna zgoda osoby, która ma być mu poddana.

Kodeks wyraźnie stwierdzał, że osoby poddawane eksperymentom muszą wyrazić na nie zgodę, a korzyści płynące z badań muszą przewyższać ryzyko, które się z nimi wiąże. Chociaż Kodeks norymberski nie miał mocy prawnej, był pierwszym międzynarodowym dokumentem dotyczącym eksperymentów z udziałem ludzi, który bronił ich praw do dobrowolnego uczestnictwa i świadomej zgody (Załącznik 1).

W sierpniu 1947 roku dwadzieścia cztery osoby z zarządu IG Farben zostały postawione przed sądem. Oskarżono je o przestępstwa wojenne, w tym grabieże, zmuszanie do niewolniczej pracy i morderstwa. Proces doprowadził do skazania trzynastu najważniejszych spośród nich. Jedenaście pozostałych zwolniono. W wyniku zmiany polityki powojennej wielu skazanych przebywało w więzieniu bardzo krótko lub złagodzone im zasądzone wyroki.

W 1951 roku koncern IG Farben został podzielony na kilka spółek, w tym Bayer, Hoechst i BASF. Firmy te znów urosły do rangi gigantów i do połowy lat 70. należały do największych korporacji na świecie.

W 1964 roku Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (WMA) ustanowiło zbiór zaleceń dla lekarzy prowadzących badania biomedyczne z udziałem lu-

dzi, znany jako Deklaracja helsińska. Deklaracja reguluje kwestie etyki badań i definiuje zasady przeprowadzania eksperymentów leczniczych (badania nowych metod leczenia) i nieleczniczych. Była zmieniana kolejno w latach 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2002, 2004 i 2008. Jest obecnie powszechnie uznawana za dokument określający zasady prowadzenia badań klinicznych (Załącznik 4).

Bibliografia

1. Robert J. Lifton, *The Nazi doctors. Medical killing and the psychology of genocide*, Basic Books, New York 1986.
2. Naomi Baumslag, *Murderous medicine. Nazi doctors, human experimentation, and typhus*, Praeger Press, Westport 2005.
3. Diarmuid Jeffreys, *Hell's cartel. IG Farben and the making of Hitler's war machine*, Metropolitan Books, New York 2008.

Pytanie

Jakie problemy etyczne wiążą się z zaangażowaniem firm farmaceutycznych w badania medyczne?

Dyskusja

Historia IG Farben pokazuje, że w przeszłości firmy farmaceutyczne ignorowały wszelkie zasady etyczne związane z badaniami klinicznymi i prowadziły je, nie biorąc pod uwagę dobra pacjentów.

Badania nad lekami odgrywają ogromną rolę również we współczesnej medycynie. Lekarze oraz instytucje związane z systemem opieki zdrowotnej coraz częściej otrzymują oferty udziału w badaniach sponsorowanych przez przemysł farmaceutyczny. Koszty badań klinicznych są ogromne, więc przeprowadzenie ich jest często uzależnione od wsparcia finansowego koncernów farmaceutycznych.

Jednym z niebezpieczeństw wpisanych we współpracę lekarzy z przemysłem farmaceutycznym jest ryzyko, że lekarze staną się po prostu „ramieniem” tego przemysłu kosztem pacjentów. Warunki ekonomiczne sprawiają, że lekarze, szpitale i prestiżowe instytucje badawcze współpracują z przemysłem farma-

ceutycznym bądź innymi korporacjami na rzecz rozwoju medycyny, ale jednocześnie zwiększają zyski tych firm.

Zasady etyczne dotyczą każdej ze stron zaangażowanych w badania medyczne, niezależnie od tego, czy chodzi o pojedynczego naukowca, czy o firmę farmaceutyczną. Celem badań zawsze powinno być zapewnienie korzyści pacjentom. Jednak fakt finansowania badań przez przemysł zmienia w sposób fundamentalny zarówno relację lekarz–pacjent, jak i kwestie etyczne związane z prowadzeniem badań klinicznych. Działania koncernów farmaceutycznych zwykle koncentrują się na generowaniu zysków, wzroście cen akcji i zwiększeniu udziałów w rynku – jest to przecież ich obowiązek względem akcjonariuszy. Takie okoliczności mogą skłaniać je do prześcigania się we wprowadzaniu na rynek nowych preparatów, które w niewielkim stopniu (lub wcale) powodują poprawę stanu zdrowia i samopoczucia pacjentów.

Aby pozyskać do swoich badań zarówno pacjentów, jak i lekarzy, przemysł farmaceutyczny często zatrudnia lekarzy jako konsultantów lub proponuje im inne korzyści (konferencje, bezpłatne podróże, zakwaterowanie, wyżywienie, kontakty biznesowe, pracę dla członków rodziny itd.). Lekarze, którzy otrzymują wynagrodzenie lub korzystają z takich gratyfikacji, są bardziej narażeni na sytuację konfliktu interesów – z jednej strony wiąże ich relacja z firmą farmaceutyczną, z drugiej odpowiedzialność za pacjentów i troska o nich. Tego rodzaju powiązania i zależności mogą również negatywnie wpływać zarówno na cele badawcze, jak i na wyciągane z nich wnioski. Wiąże się z tym także większe ryzyko niewłaściwej oceny, która może naruszać właściwe postępowanie wobec pacjentów oraz ich prawa jako uczestników badań.

Czasami przemysł farmaceutyczny oferuje korzyści finansowe w ramach zachęty również pacjentom. Mimo że to powszechna praktyka, można ją kwestionować z uwagi na naruszenie etycznej zasady dobrowolnej i świadomej zgody.

Regulacje etyczne dotyczące zaangażowania koncernów farmaceutycznych w badania kliniczne są różne dla poszczególnych krajów. Niektóre stowarzyszenia medyczne opublikowały ściśle wytyczne określające zasady współpracy lekarzy z firmami farmaceutycznymi, których celem jest utrzymanie równowagi pomiędzy interesami poszczególnych stron przy jednoczesnym zachowaniu maksymalnej przejrzystości oraz uczciwości działań.

Charakter powiązań pomiędzy lekarzami a przemysłem farmaceutycznym jest złożony, dlatego konieczne jest ustanowienie szczegółowych kodeksów etycznych określających zasady właściwego postępowania dla każdej ze stron i monitorowanie ich przestrzegania. Kluczowe jest bowiem, aby lekarze nie byli uwikłani w jakiegokolwiek zależności, które mogłyby zaszkodzić relacji lekarz–pacjent.

13. Sumienie lekarskie i sprzeciw wobec naruszeń zasad etyki

Opis przypadku

Gottfried Ewald, profesor psychiatrii i dyrektor szpitala państwowego w Getyndze, został zaproszony 15 sierpnia 1940 roku do Berlina, gdzie otrzymał propozycję objęcia zwierzchnictwa nad tzw. akcją T4, tajnym nazistowskim programem „eutanazji” dorosłych. Przyjęcie oferowanego stanowiska wiązało się z koniecznością podejmowania decyzji, którzy pacjenci mieliby zostać zabici przez personel medyczny. W obecności innych uznanych lekarzy i członków kierownictwa dr Ewald odmówił udziału w programie, powołując się na „sumienie lekarskie” i „wewnętrzną powinność”, po czym poproszono go o opuszczenie spotkania. Ewald stwierdził: „Z zasady nie mogę przyłożyć ręki do eksterminacji pacjentów, których powierzono mi w opiekę”.

Zauważył również, że schizofrenicy nie są „tak beznadziejnymi i nierokującymi przypadkami”, jak zwykło się sądzić, i będą mogli skorzystać z nowo opracowywanych metod terapii.

Gottfried Ewald napisał też list protestacyjny skierowany do dziekana swojego wydziału na uniwersytecie w Getyndze oraz do innych wysoko postawionych nazistowskich lekarzy, w którym wyraził sprzeciw wobec legitymizowanej przez państwo „eutanazji”. Twierdził, że zgodnie z definicją eutanazja ma realizować „medyczny i ogólny cel wyższego rzędu” w przypadku terminalnie chorych pacjentów, którzy oczekują śmierci jako aktu miłosierdzia. Podkreślał, że nie można zapominać o więziach łączących rodziców z dziećmi czy z innymi upośledzonymi umysłowo bliskimi, które zawsze zasługują na szacunek i godne traktowanie, stąd też nazistowski program „eutanazji” jest dla niego nie do przyjęcia:

Nie jestem w stanie wykonywać zawodu, który miałby polegać na codziennym eliminowaniu pacjentów ze względu na ich choroby – po tym, gdy oni sami lub ich bliscy poprosili mnie o pomoc i obdarzyli zaufaniem.

Choć Ewald obawiał się odwetu za odmowę przyjęcia stanowiska, nie poniósł za to żadnych konsekwencji.

Bibliografia

Robert J. Lifton, *The Nazi doctors. Medical killing and the psychology of genocide*, Basic Books, New York 1986.

Tło historyczne

Wykonywany zawód nie stanowił w przypadku lekarzy przeszkody, aby wziąć udział w zbrodniach nazistowskich, wielu z nich wykazało się wręcz głębokim zaangażowaniem w popełnianie zbrodni. Znaczna część lekarzy miała istotny wkład w zinstytucjonalizowanie systemu identyfikacji, zgłaszania, transportu oraz uśmiercania setek tysięcy chorych psychicznie i osób „upośledzonych rasowo i poznawczo” w miejscach takich jak scentralizowane szpitale psychiatryczne, więzienia i obozy zagłady.

Polityka i plany państwa nazistowskiego nie zostałyby zrealizowane z takim powodzeniem, gdyby nie współpraca lekarzy – ich rola była tu kluczowa. Psychiatrzy, ale też specjaliści innych dziedzin, pomagali wcielać w życie praktyki medyczne zgodne z ideologią reżimu. Niewielu z nich stawiało opór czy choćby wyraziło sprzeciw co do celów i metod działania nazistów.

Do partii nazistowskiej należała ponad połowa lekarzy w Niemczech. Odegrali oni pierwszoplanową rolę w programach sterylizacji i „eutanazji” – zasiadali w komisjach organizacyjnych i zapewniali teoretyczną podbudowę podejmowanych działań. Lekarze zgłaszali pacjentów władzom, koordynowali transporty ofiar z całych Niemiec do wyposażonych w komory gazowe ośrodków zagłady oraz pomagali w ich zabijaniu. To wreszcie medycy podawali fałszywe przyczyny i daty śmierci w aktach zgonu wysyłanych rodzinom.

Programy te były realizowane jeszcze przed powstaniem planu zagłady Żydów, Romów, osób homoseksualnych i innych grup w Europie, przy czym Hitler nigdy nie wydał oficjalnego rozkazu zabijania pacjentów chorych psy-

chicznie. Zezwolił na to jedynie w liście napisanym w październiku 1939 roku, antydatowanym na 1 września 1939 roku. Lekarze nie otrzymali więc nigdy polecenia udziału w procesie mordowania chorych psychicznie, jedynie im to umożliwiono. Ich działania prowadzone w instytucjach psychiatrycznych stanowiły łącznik między „eutanazją” a zakrojoną na znacznie szerszą skalę zagładą Żydów oraz innych „elementów niepożądanych”, którą znamy jako Holokaust.

Doktor Leo Alexander, główny biegły medyczny podczas tzw. procesu lekarzy w Norymberdze w latach 1946–1947, przeciwstawił działania niemieckiego środowiska medycznego postępowaniu lekarzy w okupowanej przez nazistów Holandii, którzy odmówili zrobienia kroku w stronę ludobójstwa. W grudniu 1944 roku władze nazistowskie wydały zarządzenie skierowane do holenderskich lekarzy:

Obowiązkiem lekarza jest, aby poprzez swoje porady i starania służyć pomocą powierzonym mu osobom najlepiej, jak potrafi, i zgodnie z sumieniem. Dotyczy to kwestii utrzymania, poprawy i przywrócenia sił życiowych, sprawności fizycznej oraz zdrowia. Realizacja tego obowiązku jest sprawą publiczną.

Na pierwszy rzut oka stwierdzenie to nie budzi zastrzeżeń i wydaje się nieszkodliwe. Holenderscy lekarze, którzy wiedzieli o nazistowskim systemie eksterminacji, uznali jednak, że zarządzenie posłuży jako podstawa wprowadzenia nowego standardu opieki – takiego, który kładzie nacisk na przywrócenie produktywności pacjentów dla państwa, a nie na pełne współczucie leczenie i przynoszenie ulgi w cierpieniach. W takiej sytuacji zarówno pacjenci, jak i lekarze staliby się poddanymi maszyny państwowej, realizując jej cele związane z utrzymaniem władzy, zarządzaniem społeczeństwem oraz maksymalizacją efektywności gospodarczej i użyteczności.

Holenderskie środowisko lekarskie jednogłośnie odmówiło przestrzegania zarządzenia. Gdy władze nazistowskie zagroziły odebraniem zezwoleń na praktykę nieposłusznym lekarzom, oddali oni swoje licencje i zamknęli gabinety, ale nadal przyjmowali pacjentów prywatnie. W odpowiedzi naziści aresztowali setkę holenderskich specjalistów i wysłali do obozów koncentracyjnych. Mimo to środowisko medyczne pozostało nieugięte. W rezultacie żaden z holenderskich lekarzy nie wziął udziału w zinstytucjonalizowanym zabijaniu, a nazistowskie plany przeprowadzenia medycznej eksterminacji w Holandii nie zostały zrealizowane.

Doktor Gottfried Ewald był jednym z naprawdę niewielu niemieckich lekarzy, którzy otwarcie sprzeciwiali się „eutanazji” osób z niepełnosprawnościami intelektualnymi. Robił to jednak nie jako przeciwnik, ale zwolennik naziistów. Popierał partię nazistowską, choć odmówiono mu członkostwa – prawdopodobnie dlatego, że miał tylko jedną rękę, drugą amputowano mu w wyniku ran odniesionych podczas I wojny światowej. Z tego powodu nie mógł też aktywnie służyć w oddziałach SA. Głównym argumentem Ewalda było to, że program „eutanazji” stał w wyraźnej sprzeczności z jego sumieniem oraz obowiązkami zawodowymi troskliwego, współczującego lekarza. Ponadto uważał, że program naruszał opartą na zaufaniu relację między lekarzem, pacjentem i jego rodziną.

Jednym z niewielu lekarzy, którzy jak Ewald odmówili udziału w zabijaniu chorych, był dr Friedrich Hözel zatrudniony w zakładzie psychiatrycznym Eglfing-Haar. W piśmie skierowanym do dyrektora tej instytucji oświadczył:

Nie będę w stanie zapomnieć o różnicy między sędzią a katem. Dlatego mimo intelektualnych wysiłków i dobrej woli z mojej strony jestem zmuszony stwierdzić, że ze względu na osobiste przymioty nie jestem osobą odpowiednią do tego zadania. Równie wielka, co pragnienie, by ulepszyć naturalny bieg rzeczy, jest moja odraza na myśl o realizacji takiego systemowego rozwiązania, zaplanowanego z zimną krwią i według obiektywnych zasad naukowych, ale bez żadnych uczuć w stosunku do pacjentów.

Wkrótce po tym Hözel ustąpił ze stanowiska.

Program „eutanazji” dorosłych (akcja T4), który do tego czasu zdążył pochłonąć życie około 70 000 ofiar, został oficjalnie wstrzymany przez Adolfa Hitlera w sierpniu 1941 roku ze względu na głosy oburzenia ze strony wpływowych hierarchów protestanckich i katolickich. Hitler obawiał się, że dalsze niepokoje negatywnie wpłyną na opinię publiczną i naruszą morale wojenne w Niemczech. Jednak mimo oficjalnego zakończenia programu „eutanazji” proceder medycznego zabijania nie został wstrzymany – przeniesiono go jedynie w inne miejsca, między innymi do szpitali, więzień i obozów koncentracyjnych na terenach okupowanych. Niektórzy niemieccy lekarze nadal mordowali swoich pacjentów w ramach tzw. dzięki eutanazji, podczas której zgładzono ponad 200 000 osób z różnego rodzaju zaburzeniami psychicznymi. Co więcej – w całych Niemczech kontynuowany był równolegle program „eutanazji” dzieci.

Podczas powojennego procesu lekarzy w Norymberdze dr Andrew Ivy, konsultant medyczny oskarżycieli, powiedział:

Być może zbyt mocnym stwierdzeniem jest, że jedna odważna osoba, jeden godny przedstawiciel niemieckiej medycyny mógł – przy mniejszej trosce o własne bezpieczeństwo – ocalić honor całej profesji. Jestem jednak przekonany, że taki człowiek mógłby zrobić coś, co złagodziłoby okropieństwa opisane w tej książce [Doctors of infamy. The story of the Nazi medical crimes – „Hańba lekarzy. Historia nazistowskich zbrodni medycznych”]. Gdyby lekarze stanowczo sprzeciwili się masowemu mordowaniu chorych Niemców przed wojną, można sobie wyobrazić, że ludobójcze idee i metody ich realizacji nie stałyby się rzeczywistością.

Bibliografia

1. Leo M. Alexander, *Medical science under dictatorship*, „Bibliographic Press”, 1 grudnia 1996 (reprint za „The New England Journal of Medicine”, 14 lipca 1949).
2. Rael D. Strous, *Psychiatry during the Nazi era. Ethical lessons for the modern professional*, „Annals of General Psychiatry”, 6: 8 (27 lutego 2007).
3. Alexander Mitscherlich, Fred Mielke, *Doctors of infamy. The story of the Nazi medical crimes*, tłum. Heinz Norden, Henry Schuman, New York 1949.
4. Michael Burleigh, *Death and deliverance. "Euthanasia" in Germany 1900–1945*, Cambridge University Press, Cambridge–New York 1994.
5. Robert Proctor, *Nazi science and Nazi medical ethics. Some myths and misconceptions*. „Perspectives in Biology and Medicine”, 43(3)/2000: 335–346.

Pytanie

Kwestia sumienia lekarskiego: czy sprzeciw wobec naruszeń zasad etyki jest obowiązkiem lekarza?

Dyskusja

W okresie reżimu nazistów przedstawiciele środowiska medycznego wspierali programy przymusowej sterylizacji i „eutanazji” osób chorych fizycznie i psychicznie, a później również mordowanie przedstawicieli „podrzędnych ras”. Swoje działania motywowali wnioskami wywiedzionymi z biologii ewolucyjnej, które w ich mniemaniu miały charakter naukowy – jednak były to błędne

wnioski. Sama konstrukcja filozoficzna i naukowa paradygmatów teorii ewolucji była wadliwa, a do tego były one sprzeczne z zasadami moralnymi oraz z podstawowymi założeniami etyki medycznej i praktyki lekarskiej. Uważa się, że głównym przejawem upadku nazistowskiej medycyny była niezdolność niemieckich lekarzy do sprzeciwienia się samej istocie narodowosocjalistycznego systemu wartości. Z tej perspektywy zbyt wielu lekarzy było gotowych dać się ponieść politycznemu nurtowi, zbyt wielu zrezygnowało z oporu i zbyt wielu okazało się skłonnych do odejścia od powszechnie przyjętych norm na rzecz zasad ustanowionych przez rasistowski aparat państwowy.

Nie ma tu miejsca na rozważania, dlaczego wśród niemieckich lekarzy było tak niewiele przypadków oporu lub odmowy współudziału. Trzeba jednak podkreślić, że tam, gdzie społeczność lekarska wystąpiła ze zdecydowanym sprzeciwem, jak w przypadku Holandii, udało się skutecznie powstrzymać proceder mordowania ludzi w imię „nauki”. Przykład ten pokazuje, jaką siłę oddziaływania może mieć sumienie lekarskie. Postępowanie holenderskich lekarzy było podyktowane szlachetnymi pobudkami, które nakazywały kierować się przede wszystkim interesem pacjentów, a nie politycznymi, społecznymi czy gospodarczymi przesłankami ideologicznymi. W Holandii udało się ocalić chorych psychicznie pacjentów – właśnie dzięki motywowanej względami etycznymi odmowie udziału w morderczych programach.

Dziś możemy już tylko zapytać retorycznie: jak potoczyłaby się historia, gdyby było więcej sygnalistów takich jak dr Ewald?

Kodeksy etyki lekarskiej zawierają zapisy o obowiązku zgłaszania przypadków niekompetencji, niezdolności do wykonywania obowiązków lub niewłaściwego postępowania innych lekarzy, często nazywanym sygnalizowaniem (ang. *whistle-blowing*). Na przykład w Międzynarodowym Kodeksie Etyki Lekarskiej Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA) zapisano:

*Lekarz będzie (...) dokładał starań, aby ujawniać lekarzy wykazujących niedostatki w charakterze lub kompetencjach bądź biorących udział w oszustwie lub wyłudzeniu*¹.

¹ Źródło: https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/ethics_manual_polish.pdf, tłum. Marek Szewczyński (przyp. red.).

Informowanie o nieetycznym zachowaniu w służbie zdrowia może dotyczyć szerokiego zakresu zagadnień, od uczciwego postępowania wobec pacjentów w przypadku zaistnienia błędów lekarskich aż po publiczne ujawnianie niekompetencji instytucjonalnej albo nieetycznego postępowania na dużą skalę. Zgłaszanie takich przypadków to przejaw „działającego sumienia”, a kierowanie się sumieniem jest fundamentem etyki lekarskiej i szlachetną zasadą zawodową. W medycynie działanie zgodne z sumieniem i uczciwością zawodową powinno być regułą, a nie wyjątkiem. Lekarze są zatem zobowiązani nie tylko ustalać, co jest słuszne, ale także wcielać w życie zasady etyki i właściwego postępowania z myślą o dobru pacjentów.

Lekarze mają prawo odmówić spełnienia pewnych żądań ze względu na osobiste przekonania, ponadto mogą się nie zgodzić na wykonanie określonych zabiegów, ponieważ tak im podpowiada sumienie zawodowe, zwłaszcza gdy taki zabieg jest sprzeczny z zasadami etyki i właściwymi celami medycyny. Co więcej, lekarze powinni zgłaszać przypadki niewłaściwego postępowania – w przeciwnym wypadku sprzeniewierzają się zawodowym pryncypiom, które definiują ich rolę jako lekarzy.

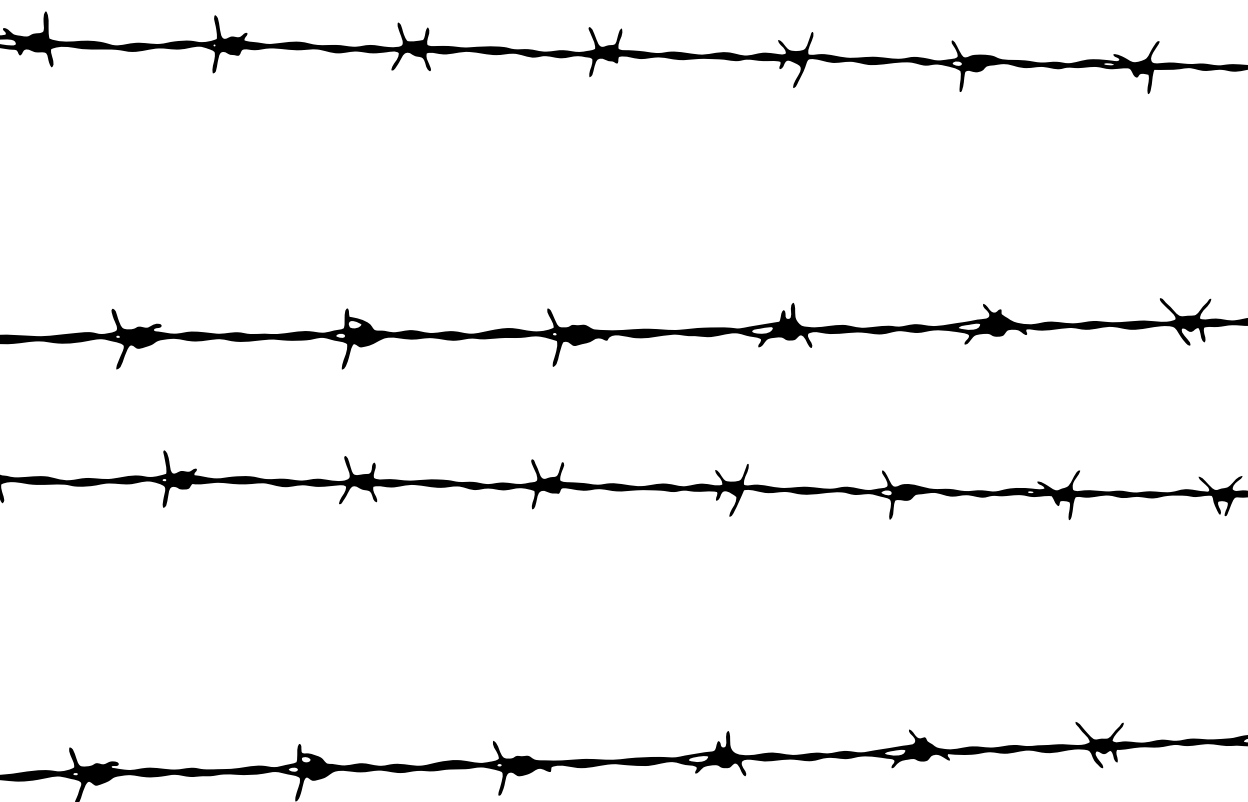
Często jednak stosowanie się do zasad etyki nie jest łatwe. Lekarze, którzy zgłaszają nadużycia lub odmawiają wykonania zabiegów czy podążania za wytycznymi, które uznają za niewłaściwe ze względów etycznych, muszą się liczyć z poważnymi konsekwencjami. Bywa, że takie działania są traktowane jak „zdrada” przez współpracowników, przełożonych czy też przez społeczność, w której lekarz funkcjonuje. Efektem może być wrogość, szykany na gruncie zawodowym i politycznym, a także personalne ataki i obelgi. Niezależnie jednak od tych potencjalnych negatywnych skutków obowiązkiem zawodowym lekarza jest postępowanie właściwe, zgodne z zasadami etyki. Trzeba również pamiętać, że lekarze są także odpowiedzialni za dobrą reputację całego środowiska. Często są przy tym jedynymi osobami, które są w stanie dostrzec niekompetencję, niezdolność do wykonywania obowiązków czy niewłaściwe postępowanie u innych lekarzy.

Społeczeństwo i przedstawiciele środowiska medycznego powinni zatem zmienić swoje nastawienie i w pełni zaakceptować – jako pożądane i niezbędne – przypadki reagowania na naruszenia zasad etyki w obrębie edukacji

medycznej i praktyki lekarskiej. Wskazane jest również, aby uczelnie kształcące lekarzy i personel pielęgniarstwa opracowały odpowiednie programy nauczania i szkoleń oraz pomogły studentom zrozumieć skomplikowane zasady etyczne, prawne, a zwłaszcza te z zakresu praw człowieka, które uzasadniają zgłaszanie przypadków nadużyć. Studiowanie historii również może dostarczyć wzorców osobowych, których wybory stanowią przykład postępowania zgodnego z lekarskim i osobistym sumieniem.

Część II

Lekarze- -więźniowie



Tło historyczne

W pierwszych latach po dojściu do władzy narodowi socjaliści utworzyli obozy koncentracyjne dla ideologicznych i politycznych przeciwników reżimu. Przed wybuchem II wojny światowej SS i policja osadzały tam coraz więcej Żydów, Romów oraz innych ofiar nienawiści rasowej i etnicznej.

Aby w czasie wojny skoncentrować i nadzorować ludność żydowską, a później ułatwić jej deportację, naziści przy współpracy kolaborantów z okupowanych przez Niemcy państw ustanowili getta, obozy przejściowe i obozy pracy przymusowej.

Getta były (zazwyczaj zamkniętymi) dzielnicami miast, czyli faktycznie obozami, w których mieszkańcy przebywali w straszliwych warunkach, a zasady życia społecznego i sposób organizacji były brutalnie narzucone i egzekwowane przez władze nazistowskie. Ośrodki te stały się narzędziem odizolowania Żydów – oddziaływały ich nie tylko od ludności nieżydowskiej, ale też od innych społeczności żydowskich.

Jednym z uzasadnień dla utworzenia gett było zapobieganie rozprzestrzenianiu przez Żydów chorób zakaźnych. Niektórzy badacze są przy tym zdania, że getta zostały zaplanowane jako pośredni instrument Zagłady – metoda fizycznego wyniszczenia ludzi nie przy użyciu broni, lecz poprzez odcięcie ich od zasobów zaspokajających podstawowe potrzeby życiowe. W państwach okupowanych, na zagarniętych ziemiach polskich i w Związku Radzieckim utworzono co najmniej tysiąc gett. Niemcy traktowali je jako tymczasowy środek kontrolowania i segregacji Żydów, podczas gdy nazistowscy przywódcy w Berlinie rozważali dostępne możliwości wcielenia w życie planu zagłady ludności żydowskiej. Niektóre getta istniały zaledwie kilka dni, inne zaś działały przez miesiące, a nawet lata.

W drugiej połowie 1941 roku, wraz z przystąpieniem do realizacji „ostatecznego rozwiązania kwestii żydowskiej” (planu wymordowania wszystkich

Żydów europejskich), Niemcy rozpoczęli systematyczne likwidowanie gett. Wraz ze swoimi pomocnikami rozstrzeliwali mieszkańców dzielnic żydowskich w masowych grobach usytuowanych w pobliżu gett bądź wywozili, zwykle koleją, do ośrodków zagłady.

Spowodowana fatalnymi warunkami katastrofalna sytuacja w wielu gettach miała w głównej mierze wymiar medyczny. We wszystkich tych ośrodkach panowało znaczne przełudnienie, a życie codzienne skupiało się na zdobyciu takiej ilości pożywienia, by powstrzymać głód i uniknąć osłabienia, które zwiększało ryzyko zachorowania. Zagrożenie chorobami i głodem było odczuwalne na długo przed przystąpieniem przez nazistów do „ostatecznego rozwiązania kwestii żydowskiej”, a społeczności żydowskie usiłowały zapewnić dostęp do usług zdrowotnych i utrzymać stan zdrowia publicznego mimo ogromnego przełudnienia. Mieszkańcy żyli w strasznych warunkach sanitarnych, zmagając się z brakiem przestrzeni, żywności, wody, ogrzewania, elektryczności i kanalizacji. Próby zaspokojenia tak wielkich potrzeb zdrowotnych i okołozdrowotnych wymagały skomplikowanych działań, a i tak w większości przypadków były nieudane.

Mimo tych przeciwności istniejące wcześniej instytucje medyczne musiały nadal funkcjonować. Jednocześnie powoływano nowe placówki w zależności od pozycji i potrzeb poszczególnych gett. Lekarze byli obarczeni nie tylko wszystkimi typowymi dla swojego zawodu obawami i wątpliwościami, ale także tymi bezpośrednio związanymi z życiem w nazistowskim getcie. Nie było możliwości stosowania skutecznych terapii chorób, które w innych warunkach można by z łatwością wyleczyć. Panujące w gettach warunki sprzyjały gwałtownemu pogarszaniu się stanu zdrowia mieszkańców i rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych, takich jak tyfus plamisty, których zwalczanie okazało się jednym z głównych problemów. Paradoksalnie Niemcy nałożyli na poszczególne getta, nad którymi władzę sprawowały rady żydowskie (Judenraty), obowiązek rozwiązania tych kwestii, choć jednocześnie nie zapewnili lekarzom i innym pracownikom medycznym warunków do skutecznego działania. Niemiecka metoda zwalczania chorób zakaźnych polegała na brutalnych procedurach dezynfekcji i kwarantannach albo podpalaniu szpitali z uwięzionymi wewnątrz pacjentami i personelem. Wbrew tym przeciwnościom żydowskie wydzia-

ły zdrowia toczyły epidemiologiczną wojnę z chorobami zakaźnymi i w wielu przypadkach odnosiły tymczasowe sukcesy.

Kolejnym aspektem, którego nie można pominąć, było stałe poczucie zagrożenia i strachu towarzyszące mieszkańcom gett. Aresztowania prowadzone przez Niemców nieustannie zakłócały zarówno działalność medyczną, jak i wszystkie inne aspekty życia w getcie.

Władze utworzyły również wiele obozów pracy przymusowej dla nie-Żydów, a także niewielkiej liczby Żydów, których praca była przydatna dla Niemców.

W przeciwieństwie do obozów koncentracyjnych, które stanowiły przede wszystkim miejsca uwięzienia i niewolniczej pracy, ośrodki zagłady (zwane również obozami zagłady i obozami śmierci) funkcjonowały prawie wyłącznie jako „fabryki śmierci”. W latach 1941–1944 władze nazistowskie deportowały do gett i obozów zagłady miliony Żydów z Niemiec, terytoriów okupowanych i wielu sojusznicznych państw Osi. Niemiecka policja i SS wymordowały w ośrodkach śmierci prawie 2,7 mln Żydów poprzez zagazowanie lub rozstrzelanie.

Największym obozem zagłady był KL Auschwitz.

Choć lekarze SS byli formalnie odpowiedzialni za zdrowie więźniów, w praktyce nie realizowali swoich obowiązków medycznych i jedynie utrzymywali pozory leczenia. W pierwszych latach istnienia obozu Auschwitz lekarze-więźniowie, o ile w ogóle pozwolono im pracować w zawodzie, byli zatrudniani wyłącznie jako personel pielęgniarstwa, zaś izby chorych stały się schronieniem przed koszmarem obozowej egzystencji lub miejscem względnie spokojnej śmierci. Chorzy więźniowie mogli liczyć tylko na szczątkową opiekę, a osoby nawet w poważnym stanie dokonywały wielkiego wysiłku, by uniknąć hospitalizacji – wraz z rozpoczęciem selekcji prowadzonych przez lekarzy SS, którzy skazywali chorych na śmierć przez zastrzyk z fenolu lub wysłanie do komory gazowej, szpitale stały się „poczekalniami do krematorium”. Praktycznie nie było narzędzi medycznych ani leków, a większość więźniów mogła spodziewać się opieki na poziomie urągającym wszelkim przyjętym standardom. Lekarze, którym na tym etapie pozwolono pracować – a była to bardzo mała grupa – nie mogli zatem zrobić w zasadzie nic, by ulżyć cierpieniom pacjentów.

W obliczu rosnącego zapotrzebowania niemieckiej gospodarki wojennej na siłę roboczą – czyli przede wszystkim pracę więźniów obozów koncentracyjnych – władze SS podjęły próbę obniżenia wskaźnika śmiertelności w tego

typu ośrodkach. Szpitale w systemie obozów powiększono o nowe baraki i inne obiekty medyczne, zezwolono również na zatrudnienie spośród więźniów dodatkowych lekarzy. Nie oznacza to jednak, że warunki w izbach chorych się poprawiły, a jedynie że specjaliści otrzymali pozwolenie na próbę objęcia współwięźniów pewnymi formami opieki medycznej. W niektórych przypadkach poziom leczenia faktycznie się podniósł, ale nigdy nie osiągnął akceptowalnych standardów. W tym okresie obozowe szpitale zapewniały opiekę tylko tym więźniom, których stan zdrowia pozwalał na szybkie wyleczenie i powrót do pracy. W przypadku poważniej chorych, a zwłaszcza Żydów, szpitale pozostały ogniwem procesu eksterminacji. Podejmowane przez uwięzionych lekarzy wysiłki, aby ochronić jak najwięcej ciężko chorych i wycieńczonych więźniów, były systematycznie niweczone przez lekarzy SS, którzy podczas selekcji wysyłali pacjentów na śmierć w komorach gazowych. Lekarze-więźniowie często ukrywali chorych lub zwalniali ich wcześniej ze szpitala, by wyprzedzić zbliżającą się selekcję. Wykorzystywali również fakt, że lekarze SS nigdy nie badali osobiście pacjentów, a jedynie sprawdzali ich dokumentację, dlatego fałszowali wyniki medyczne, aby zwiększyć szanse więźniów na przetrwanie.

Wielu żydowskim lekarzom udało się przeżyć, ponieważ mieli odpowiednie kwalifikacje zawodowe, które chcieli i byli w stanie wykorzystać w gettach czy obozach. Zdawali sobie przy tym sprawę, że system, w którym przyszło im funkcjonować, zniósł standardowe zasady etyczne i zmuszał swoje ofiary do współpracy. Rozdzźwięk między działaniami nazistów, którzy używali medycyny do zadawania bólu i cierpienia niewinnym ludziom, a staraniami żydowskich lekarzy, które podejmowali z myślą o ulżeniu ofiarom i ocaleniu ich życia, pokazuje, do jakich skrajnie odmiennych celów można być wykorzystywaną wiedza medyczna.

Opieka nad pacjentami stanowiła dla lekarzy źródło motywacji do dalszej walki o przetrwanie. Zazwyczaj podejmowali działania, które w ich przekonaniu stanowiły najlepszą pomoc dla współwięźniów. Mimo niezwykle trudnych warunków lekarze i personel pielęgniarski w obozach zwykle robili dla pacjentów wszystko, co było w ich mocy, a sama praca w nazistowskich gettach i obozach zmuszała ich do konfrontacji z niespotykanymi wcześniej dylematami. Niektóre z tych rozterek etycznych zostały przedstawione w opisach przypadków zamieszczonych poniżej.

1. Bezsilność medycyny w skrajnych warunkach

Opis przypadku

Doktor Albert Haas, żydowski lekarz pochodzenia węgiersko-francuskiego, był członkiem ruchu oporu we Francji. W wyniku złożonego na niego donosu i ujawnienia jego tożsamości został schwytany przez nazistów, którzy po torturach wysłali go do obozu koncentracyjnego Dachau. Później dr Haas został przeniesiony do obozu koncentracyjnego Gusen II, stanowiącego część kompleksu obozowego Mauthausen w zaanektowanej Austrii. Skierowano go do pracy w szpitalu, gdzie opiekował się więźniami zbyt chorymi, by mogli pracować. Dostępność zasobów medycznych była znikoma, a lekarze mieli bardzo ograniczone możliwości działania – próbowali utrzymać pacjentów przy życiu wszelkimi dostępnymi sposobami, ale większość chorych umierała z głodu lub wyczerpania albo ginęła z rąk okrutnych strażników jeszcze przed rozpoczęciem leczenia.

Kiedy Albert Haas przybył do szpitala w obozie Gusen II, poprosił współpracownika – dr. Henriego Desoille’a, który był więźniem już od pewnego czasu – aby pomógł mu zrozumieć rolę lekarza obozowego. Desoille odpowiedział:

Jak mam wyjaśnić bezsilność naszej profesji w tym miejscu? Jestem pewien, że również ty jako student byłeś idealistą marzącym o pokonaniu śmiertelnych chorób. Pracowałeś niestrudzenie, aby poznać ludzkie ciało, aż w końcu uznałeś, że jesteś gotowy do niekończącej się walki ze śmiercią. (...) Gdy zobaczysz pacjentów w HKB [szpitalu obozowym], sam stwierdzisz, że Niemcy zmienili przysięgę Hipokratesa w okrutną kpinę!

Po tym wprowadzeniu dr Haas szybko poznał realia pracy lekarza w obozie Gusen II. We wspomnieniach pisze:

Gdy weszliśmy na oddział, zaatakował mnie przenikliwy, obrzydliwy odór. Na łózkach kłębiła się płatanina półświatomych ciał, wychudłe ręce i nogi poruszały się

powoli i bez celu, a chorzy oddawali na siebie nawzajem kał i mocz. Każde łóżko mieściło stertę od sześciu do ośmiu żywych szkieletów wijących się w zwolnionym tempie, ze skórą napiętą na kościach i z płonącymi oczami, które wydawały się potwornie duże w porównaniu z przerażająco wychudzoną głową i resztą ciała. Nie sposób było uwierzyć, że te postacie kiedyś były zdrowymi, szczęśliwymi ludźmi. Więźniowie z nie-możliwą do wyleczenia dyzenterią czekali tu na śmierć. Nie zapewniono im żadnej opieki medycznej, przysługiwała im tylko połowa nędznych racji żywnościowych, które otrzymywali inni pacjenci.

Więźniom z dyzenterią nie mogliśmy zaoferować niczego oprócz wody z aspiryną i kilku słów otuchy, aby nie czuli się całkowicie opuszczeni. W przypadku ofiar tyfusu plamistego byliśmy w stanie tylko zapobiegać poważnemu odwodnieniu w fazie gorączki. (...)

Potem następowało bicie, które powodowało szybki rozwój martwicy skóry. Mogłem usuwać martwą tkankę, ale i tak nie było środków antyseptycznych, więc wystąpienie u chorych posocznicy, a potem śmierć z powodu infekcji lub z ręki starszego bloku, było tylko kwestią czasu.

Tak oto rozpocząłem karierę lekarza przeklętych w obozie Gusen II.

Bibliografia

Albert Haas, *The doctor and the damned*, St. Martin's Press, New York 1984.

Tło historyczne

Więźni w obozach lekarze i personel pielęgniarstwa byli czasami kierowani do pracy w placówkach medycznych (barakach). Obiekty te powstały, gdy na-ziści zdali sobie sprawę, że więźniowie są cennym źródłem niewolniczej pra-cy w fabrykach i że w interesie narodowym leży utrzymywanie ich w na tyle dobrym stanie zdrowia, by mogli pracować na rzecz armii i gospodarki Rze-szy. W rzeczywistości bloki medyczne były zwykłymi barakami, tak jak i inne budynki obozowe wyznaczone jako miejsca świadczenia opieki medycznej nad więźniami. Te tzw. szpitale były fatalnie wyposażone i niezwykle zatłoczone, zatem dostęp do faktycznego leczenia był bardzo ograniczony. Większość tam-tejszych pacjentów umierała na skutek chorób, zanim zdążyła osiągnąć ich śmierć w komorze gazowej, przez zastrzyk, rozstrzelanie czy powieszenie.

Pytanie

*Problem etyczny związany z bezsilnością medycyny:
co może zrobić lekarz w sytuacji, gdy nie ma już żadnej
nadziei?*

Dyskusja

Opisany przypadek dotyczy problemu bezsilności medycyny. W obliczu śmierci, uwięzienia, tortur, chorób, głodu i braku zasobów medycznych lekarze w obozach koncentracyjnych musieli się skonfrontować z tym, jakie są ich realne możliwości. Mimo straszliwych warunków wielu lekarzy-więźniów próbowało leczyć pacjentów, utrzymać ich przy życiu i w możliwie najlepszym stanie zdrowia. Niekiedy nawet ryzykowali własnym życiem, by ratować chorych przed eksterminacją.

Przykład dr. Haasa pokazuje, że w wielu sytuacjach lekarze byli w stanie zapewnić jedynie najbardziej podstawową opiekę paliatywną: słowa otuchy, szklankę wody i aspirynę. Jednak nawet najmniejsze przejawy troski mogły korzystnie wpływać na dobrostan pacjentów. Potwierdzają to wspomnienia wielu ocalonych osób, które przywołują ludzkie podejście lekarzy i personelu pielęgniarskiego jako główną przyczynę uratowania od śmierci.

Lekarze i inni opiekunowie medyczni nie zawsze są w stanie wyleczyć pacjentów lub uratować im życie. Zawsze powinni jednak pamiętać, że ich nadrzędnym celem jest poprawa rokowania, samopoczucia i komfortu pacjenta lub jego ogólnego stanu zdrowia. Powołaniem lekarza, wynikającym z wiedzy medycznej i etyki, jest świadczenie jak najlepszej opieki. Gdy brakuje leków lub innych zasobów medycznych, czasami jedynym, co można zrobić dla pacjentów, jest okazanie im uprzejmości, współczucia i troski. Okoliczności i dostępność środków medycznych różnią się w przypadku każdego pacjenta i każdej sytuacji klinicznej – dotyczy to zarówno sytuacji z przeszłości, jak i czasów współczesnych. Podobnie jest z warunkami opieki – mogą być zróżnicowane od optymalnych aż po najstraszliwsze. Jednak rolą lekarza zawsze pozostaje zapewnianie opieki i okazanie empatii bez względu na sytuację czy okoliczności. Powinien

on – na ile tylko jest w stanie – podejmować wszelkie starania, by zadbać o poprawę stanu zdrowia pacjentów i jak najlepsze warunki leczenia, łagodzić ból i cierpienie oraz świadczyć opiekę na możliwie najwyższym poziomie, na jaki pozwolą mu okoliczności.

2. Segregacja medyczna

2.1. Nadużycia związane z segregacją medyczną: nazistowskie selekcje

Opis przypadku I: dr Lucie Adelsberger

Lucie Adelsberger, pediatra pochodzenia żydowskiego, urodziła się w 1895 roku w Norymberdze. W 1943 roku została uwięziona w KL Auschwitz, gdzie pracowała jako lekarka najpierw w obozie dla Romów (tzw. obozie cygańskim), a później w obozie kobiecym. W swoich wspomnieniach opisuje proces selekcji, który przeprowadzali nazistowscy lekarze:

Charakterystyczna dla podobozów koncentracyjnych w kompleksie Auschwitz była selekcja. Przez to pojęcie rozumiem wyznaczanie osób, które miały zostać uśmiercone w komorach gazowych, a potem skremowane. Proces ten dotyczył prawie wyłącznie Żydów i obejmował trzy kategorie więźniów: nowo przybyłych do Auschwitz, osadzonych w obozie oraz chorych ze szpitala. Osoby stare, słabe, widocznie chore i niezdolne do pracy były automatycznie kierowane do selekcji. (...)

Mechanizm selekcji był nieodłącznym składnikiem życia obozowego i wszyscy znali jej proces w najdrobniejszych szczegółach. Lekarz obozowy SS wydawał więźniom z jednego lub kilku bloków rozkaz, aby rozebrali się do naga i kolejno przemaszerowali przed nim w jednej grupie. Następnie wybierał tych, którzy ze względu na osłabienie, niedożywienie, obrzęk głodowy, świerzb lub oparzenia słoneczne – pretekstów było mnóstwo – mieli trafić do komory gazowej. Numery identyfikacyjne tych nieszczęśników były od razu zapisywane, a ofiary natychmiast przenoszono do bloku selekcji¹, gdzie czekały na śmierć, często bez pożywienia i bez pełnej wiedzy o tym, co je czeka. (...)

¹ Bloki te więźniowie nazywali „blokami śmierci” – tam osoby wybrane na śmierć oczekiwały na przewiezienie do komór gazowych (przyp. M.C.).

My, więźniowie Auschwitz, nie zadawaliśmy sobie pytania, czy selekcja się odbędzie, lecz kiedy i w jaki sposób zostanie przeprowadzona.

Bibliografia

Lucie Adelsberger, *Auschwitz. A doctor's story*, Northeastern University Press, Boston 1995.

Opis przypadku II: dr Eduard Wirths

Eduard Wirths urodził się w 1909 roku w Niemczech. Podczas studiów medycznych na uniwersytecie w Würzburgu wstąpił do partii nazistowskiej, a w 1933 roku do SA. Sześć lat później został przyjęty jako ochotnik do Waffen SS, służył w Norwegii i na froncie wschodnim, gdzie uznano go za niezdolnego do służby bojowej ze względu na stan zdrowia. W 1942 roku Wirths został powołany na stanowisko naczelnego lekarza w KL Auschwitz.

Początkowo dr Wirths sprzeciwiał się selekcjom i udziałowi lekarzy w tym procederze. Z czasem jednak nabrał przekonania, że przeprowadzanie selekcji przez lekarzy obozowych jest konieczne, i zajął się nimi osobiście w ramach obowiązków służbowych. Co więcej, wywierał na podwładnych nacisk, aby również w nich uczestniczyli. Podczas selekcji lekarze dzielili ludzi na „zdolnych do pracy” oraz „nieprzydatnych”, czyli decydowali o tym, kto zginie, a kto pozostanie przy życiu.

Jako naczelnny lekarz Wirths zatwierdzał liczbę więźniów wybieranych do uśmiercenia. Była ona uzależniona od liczebności obozu i od „norm produkcyjnych” ustalonych przez Główny Urząd Gospodarki i Administracji SS. Populacja więźniów była zmienna ze względu na rozwój sytuacji na froncie oraz nieprzerwane deportacje Żydów, Romów, skazańców i pracowników przymusowych z różnych krajów. Selekcje często przeprowadzano po to, by zwolnić miejsce dla nowo osadzonych, zmniejszyć przeludnienie, wykonać „normy produkcyjne”, a także zapobiegać epidemiom chorób. Wirths – wraz z innymi lekarzami i funkcjonariuszami w obozie – decydował również, czy podczas selekcji należy rozdzielać matki i dzieci.

Po wojnie Eduard Wirths został aresztowany przez Brytyjczyków. We wrześniu 1945 roku popełnił samobójstwo.

Bibliografia

1. Robert J. Lifton, *The Nazi doctors. Medical killing and the psychology of genocide*, Basic Books, New York 2000.
2. Hermann Langbein, *People in Auschwitz*, University of North Carolina Press, Chapel Hill 2004.

Tło historyczne: selekcje w KL Auschwitz

Żydzi, Romowie i inni nowo przetransportowani do obozu więźniowie musieli zaraz po przybyciu przejść tak zwaną „selekcję”. W rzeczywistości było to skrajne nadużycie metody segregacji medycznej, zwanej również triażem (pierwotnie we francuskiej terminologii wojskowej słowo *triage* oznaczało wykorzystanie ograniczonych w warunkach wojennych zasobów do ratowania tych pacjentów, którzy mieli szanse na przeżycie).

Selekcje przeprowadzali zazwyczaj lekarze SS, czasami również stomatolodzy, farmaceuci i inni funkcjonariusze SS. Kierowali się głównie kryteriami rasy, wieku i zdolności do pracy. Niektórych więźniów o szczególnych cechach fizycznych, wrodzonych i dziedzicznych – na przykład bliźnięta – przeznaczano do okrutnych eksperymentów pseudomedycznych.

Lekarze SS stosowali też inne formy selekcji. Często zdarzały się nagłe apele, w czasie których gromadzono żydowskich więźniów obozu, aby wysłać na śmierć najbardziej chorych lub osłabionych i zrobić miejsce dla ofiar zwożonych w kolejnych transportach. Selekcje odbywały się również w blokach szpitalnych – wybierano niedołącznych i poważnie osłabionych pacjentów, zwłaszcza tych, którzy potrzebowali co najmniej dwóch czy trzech tygodni leczenia. Lekarze SS ustalali, jak zorganizować i przeprowadzać selekcje w najbardziej efektywny sposób, wydawali także zalecenia dotyczące postępowania z matkami i dziećmi podczas tej procedury. Pełnili również funkcję doradców medycznych, wskazując optymalne sposoby szybkiego i skutecznego zabijania dużych grup więźniów, współpracowali przy ustalaniu zasad dotyczących liczby osób uśmiercanych w obozach oraz szacowali ekonomiczne koszty i korzyści dla reżimu nazistowskiego, jakie płynęły z pozostawienia więźniów przy życiu lub wysłania ich na śmierć.

Selekcje w KL Auschwitz stanowiły kontynuację programu „eutanazji” w niemieckich instytucjach psychiatrycznych, który pozwolił nazistowskiemu środowisku medycznemu oswoić się z zasadą zabijania ludzi chorych i „niepożądanych”.

Jak pisze Robert Jay Lifton:

Nazistowskie koncepcje „eutanazji” i „ostatecznego rozwiązania kwestii żydowskiej” spotkały się w blokach szpitalnych Auschwitz i stały się podwalinami systemu zmedykalizowanego zabijania w tym obozie.

Bibliografia

Robert J. Lifton, *The Nazi doctors. Medical killing and the psychology of genocide*, Basic Books, New York 2000.

Pytanie

Jakie kwestie etyczne wiążą się z segregacją medyczną?

Dyskusja

Celem segregacji medycznej jest określenie priorytetów leczenia i opieki na podstawie szybkiej diagnozy i oceny rokowań poszczególnych pacjentów. Procedurę tę należy przeprowadzać systematycznie z uwzględnieniem potrzeb medycznych, możliwych do podjęcia interwencji oraz dostępnych zasobów.

W optymalnych warunkach za segregację medyczną powinni odpowiadać doświadczeni lekarze ze stosownymi uprawnieniami lub inni członkowie zespołu medycznego (np. personel pielęgniarstwa) wspierani przez odpowiednio wykwalifikowany personel pomocniczy. Wybierając pacjentów, których można uratować, lekarz powinien kierować się wyłącznie ich stanem zdrowia i pomijać wszelkie kryteria pozamedyczne. Musi również brać pod uwagę potrzeby pacjentów i dostępność zasobów, a także ustalić priorytety leczenia, którymi są uratowanie jak największej liczby osób i ograniczenie śmiertelności do minimum.

Nazistowscy lekarze stosowali w obozach skrajny, najbardziej cyniczny rodzaj segregacji medycznej – nie obejmowała ona pacjentów wymagających

leczenia, lecz bezbronnych, schorowanych więźniów, których nie wybierano ze względu na ich potrzeby medyczne, ale na podstawie okrutnych kryteriów służących nazistom do sprawnego zarządzania obozami koncentracyjnymi.

Decyzje nazistowskich lekarzy nie wynikały z przesłanek etycznych, nakazujących uratowanie jak największej liczby chorych, lecz były podejmowane ze świadomością, że w ich efekcie osoby wybrane podczas selekcji zginą. Uczestnictwo członków personelu medycznego w selekcjach stanowiło skrajne nadużycie ich wiedzy i profesji, ponieważ proces ten był w rzeczywistości formą zorganizowanego zabijania pod pozorem segregacji medycznej. Nazistowscy lekarze mieli w większości specjalistyczne wykształcenie i z reguły byli bardzo doświadczeni, dlatego doskonale zdawali sobie sprawę z tego, na czym powinna polegać segregacja medyczna. Ich zgoda na przeprowadzanie w obozach selekcji, które stały w jawnej sprzeczności z moralnością, stanowiła naruszenie wszelkich zasad etycznych i zawodowych.

2.2. Sprawiedliwość dystrybucyjna

Opis przypadku

Doktor Abraham Wajnryb urodził się w Kielcach w 1912 roku. Studia medyczne ukończył w Warszawie. W 1941 roku, gdy armia niemiecka zajęła Wilno i w mieście utworzono getto, był zatrudniony w tamtejszym wydziale zdrowia. Po przeniesieniu do getta dr. Wajnryba wyznaczono do zarządzania szpitalem żydowskim. Warunki panujące w placówce mającej zapewnić opiekę kilkuset pacjentom były tragiczne. Niemcy oficjalnie zakazali dostarczania leków do dzielnicy zamkniętej, co doprowadziło do braku lekarstw i ciągłego zagrożenia życia mieszkańców getta. Jako zarządca szpitala dr Wajnryb musiał decydować, którzy pacjenci otrzymają leczenie, choćby w szczątkowej formie, a którzy nie będą mogli na nie liczyć.

Abraham Wajnryb własnymi słowami objaśnił dylemat, przed jakim stali żydowscy lekarze:

Któż miał prawo do decydowania o życiu i śmierci innych ludzi? Leków nie wystarczyłoby dla wszystkich. I nie chodziło tu o liczby – pacjentów było przecież nieporównanie mniej niż osób, za które odpowiedzialny był Judenrat [rada żydowska]. Trudność polegała na rozwiązaniu tej kwestii w sposób humanitarny. Nikt bowiem nie ma prawa decydować o losie drugiego człowieka – niezależnie od tego, ilu ludzi dotyczy problem. (...)

Dostawy środków medycznych dla Żydów w getcie zostały całkowicie wstrzymane. Pamiętam pewne spotkanie z farmaceutą Frumkinem, w czasie którego odbyliśmy rozmowę na temat wapnia. W tamtych czasach uznawano go za jedyny dostępny lek nadający się do leczenia pacjentów chorych na gruźlicę. Zapasy były na wyczerpaniu i jedynym wyjściem było zmniejszanie dawek oraz ograniczenie liczby pacjentów, którzy mieli otrzymać lek. Ale przecież wapń jest skuteczny tylko w określonych dawkach! Kto miał go dostać, a kto nie? Któż miał prawo decydować? Kto miał przeżyć, a kto umrzeć?

Żaden członek medycznych władz getta nie był w stanie rozwiązać tego dylematu. Wajnryb powołał więc komisję złożoną z trzech internistów, rabina i prawnika. Podczas zebrania wyjaśnił, jak ważne dla pacjentów jest lekarstwo. Przedstawił także straszliwe konsekwencje grożące tym, którzy go nie otrzymają. Rabin stwierdził, że tylko Bóg daje i odbiera życie, więc nie do nich należy decyzja. Zaproszeni lekarze opuścili zebranie, zaś prawnik próbował wyjaśnić dylemat z prawnego punktu widzenia. Zgromadzeni nie byli w stanie rozwiązać problemu, więc spotkanie zakończono.

Abraham Wajnryb został z dylematem sam. Zapasy wapnia stale się zmniejszały, a po dwóch miesiącach się wyczerpały.

Bibliografia

Abraham Wajnryb, osobiste świadectwo: *Wspomnienia lekarza z wileńskiego getta*.

Pytania

Czy w kwestiach związanych ze sprawiedliwością dystrybutywną lekarz powinien samodzielnie podejmować decyzje?

Jakie narzędzia ma do dyspozycji lekarz podejmujący takie decyzje?

Dyskusja

Jedną z głównych zasad etycznych w medycynie jest wymóg sprawiedliwości rozumianej jako uczciwość postępowania. Można ją zdefiniować jako moralny imperatyw głoszący, że należy działać w oparciu o sprawiedliwy osąd rywalizujących ze sobą potrzeb. W medycynie sprawiedliwość dystrybutywna polega na sprawiedliwym rozdzielaniu ograniczonych zasobów. Powszechnie się uważa, że lekarz jest zobowiązany do podejmowania wszelkich możliwych działań, które będą korzystne dla poszczególnych pacjentów. Jednak w obliczu ograniczonej dostępności zasobów lekarze mogą mieć mniejsze możliwości wypełnienia tego obowiązku. W dyskursie i debatach społecznych na temat sprawiedliwości dystrybutywnej w medycynie przyjmuje się, że lekarze – w oparciu o swoją wiedzę medyczną – mają obowiązek chronić interesy pacjentów. Choć w takich przypadkach, jak opisany powyżej, lekarze niekoniecznie muszą decydować samodzielnie, ważne jest, aby brali udział w debatach etycznych i procesie decyzyjnym z myślą o ochronie i wspieraniu interesów pacjentów w wymiarze społecznym.

Przypadek dotyczący rozdzielania ograniczonej ilości leków w wileńskim getcie to skrajny przykład problemu sprawiedliwości dystrybutywnej. Decyzje musiał podejmować lekarz, dr Abraham Wajnryb. Zdawał sobie sprawę z tego, jak ważny jest udział innych osób w tym procesie, dlatego powołał komisję etyczną złożoną z przedstawicieli najważniejszych grup w społeczności getta. Miał nadzieję, że taka komisja wypracuje moralnie dopuszczalne i sprawiedliwe rozwiązanie. W dzisiejszych czasach na podobnej zasadzie podejmuje się

decyzje związane ze sprawiedliwością dystrybucyjną nie tylko w konkretnych organizacjach, ale także na większej płaszczyźnie społecznej czy politycznej. Niemniej powyższy przypadek pokazuje również, że jeśli nie uda się znaleźć sprawiedliwego rozwiązania, problem nie znika. Lekarze nadal muszą mierzyć się z dylematem etycznym i nadal są zobowiązani robić wszystko, co tylko możliwe w danych okolicznościach.

Komisja powołana przez Wajnryba mogła rozwiązać straszliwy dylemat, przed którym stanęła, na dwa sposoby: poprzez segregację medyczną lub losowy dobór pacjentów. To pierwsze rozwiązanie często stosowane jest w sytuacjach, kiedy nie dysponuje się odpowiednim personelem medycznym, zasobami i sprzętem, które zaspokoiliłyby potrzeby wszystkich pacjentów. W pilnych przypadkach w pierwszej kolejności leczy się osoby o najlepszym rokowaniu. Chorzy, których szanse na przeżycie są niewielkie, mogą liczyć co najwyżej na leczenie w ostatniej kolejności. W przypadku ograniczonej ilości środków medycznych komisja powinna wybrać do leczenia pacjentów, u których rokowanie jest najlepsze. Zaleta takiego podejścia polega na tym, że w omawianym przypadku lek otrzymaliby pacjenci, którzy mieli największe szanse na przeżycie. Natomiast jego wadą jest to, że nie wszystkie osoby miałyby równe szanse na skorzystanie z leczenia, a komisja musiałaby podejmować decyzje, które zapewne przyspieszyłyby śmierć niektórych chorych.

Drugim podejściem może być losowy dobór pacjentów. Jeżeli przyjąć, że każde życie ma taką samą wartość, wszyscy potrzebujący powinni mieć równe szanse na leczenie. Komisja mogłaby ustalić procedurę, która obejmowałaby określenie maksymalnej liczby osób mogących skorzystać z opieki medycznej i wybieranie ich w sposób losowy. Zaleta tej metody wynika z faktu, że kwestia sprawiedliwości staje się nieistotna, ponieważ pacjenci są typowani losowo. Ani członkowie komisji, ani żadne inne osoby nie muszą podejmować decyzji. Wadą zaś jest to, że cenne leki mogą otrzymać osoby o bardzo złym rokowaniu, podczas gdy pacjenci z większymi szansami na przeżycie nie uzyskają pomocy i zostaną pokonani przez chorobę, choć mogłoby zostać uratowane.

3. Ryzyko związane ze sprawowaniem opieki medycznej

3.1. Ujawnianie tożsamości zawodowej w obliczu zagrożenia życia

Opis przypadku

Doktor Gottfried Bloch urodził się w Czechach w 1914 roku. Studiował medycynę w Pradze, ale w trakcie ostatniego semestru musiał opuścić uczelnię, ponieważ po zajęciu części Czechosłowacji przez wojska niemieckie w 1938 roku studentom żydowskim odmówiono prawa do kontynuowania studiów medycznych. Po zaanektowaniu Czech i Moraw przez III Rzeszę Bloch pracował jako doradca psychologiczny przy gminie żydowskiej.

W 1943 roku Blocha wraz z rodziną przewieziono do getta w Terezie (Theresienstadt), gdzie pracował jako lekarz. Dowiedział się wtedy o ludziach znikających w tajemniczych transportach „na Wschód”. Po kilku miesiącach również Blocha deportowano do KL Auschwitz-Birkenau i uwięziono w tzw. obozie familijnym¹. Gdy już wytatuowano mu numer na przedramieniu,

¹ Familienlager Theresienstadt – tzw. obóz rodzinny (familijny) został utworzony dla Żydów z getta w Terezynie we wrześniu 1943 r. Pierwszy transport liczący 5006 osób dotarł do KL Auschwitz-Birkenau 8 września 1943 r. Obóz familijny, podobnie jak getto w Terezynie, pełnił funkcję propagandową – Niemcy chcieli podtrzymać fikcyjne przekonanie, że deportacje do obozu nie oznaczają zagłady. Osadzonym pozwolono zachować swój bagaż, nosili cywilne ubrania, mogli pisać listy i otrzymywać paczki, nie strzyżono im także głów. Więźniowie wykonywali różne prace, głównie związane z ukończeniem budowy obozu, kobiety pracowały również w szwalni, gdzie szyły z odpadów tekstylnych pasy do karabinów. Wielogodzinna

usłyszał od innego więźnia, że realne szanse na przeżycie mają tylko ci, którzy są potrzebni do pracy w obozie. Niedługo potem usłyszał gwizdek i rozkaz wzywający wszystkich lekarzy do stawienia się do apelu. We wspomnieniach dr Bloch napisał później, że miał świadomość, że będzie to kluczowy moment w jego życiu. Musiał zdecydować, czy ujawnić się jako lekarz. Nie mógł wtedy jeszcze wiedzieć, jakie znaczenie będzie mieć ta decyzja.

Po usłyszeniu gwizdka Bloch ruszył szybko i stanął do apelu z grupą współwięźniów. Wydawało się im, że będą czekać na przybycie lekarza SS w nieskończoność. Napięcie było nieznosne. Gdy lekarz się wreszcie pojawił i rozpoczął inspekcję, Bloch wystąpił z szeregu i powiedział, że nie ma jeszcze kwalifikacji medycznych. Lekarz SS tylko się roześmiał („To był pierwszy i ostatni raz, kiedy słyszałem śmiech w Auschwitz” – napisał później Bloch) i przydzielił go do pracy w bloku szpitalnym. Jak wspomina Bloch, ta decyzja uratowała mu życie:

Po otrzymaniu rozkazu poczułem wielką ulgę. Podejrzewałem, że moja decyzja o ujawnieniu profesji była ważna, ale nie wiedziałem, że okaże się dla mnie kluczowa.

Bloch pracował w różnych obozach kompleksu KL Auschwitz. Udało mu się ocalić życie ze względu na wykonywany zawód – w niektórych obozach lekarze byli niezbędni, aby utrzymywać przy życiu więźniów przeznaczonych do pracy. Później Blocha wraz z innymi członkami personelu medycznego przeniesiono do obozu pracy w Ohrdruf, gdzie jego stan zdrowia znacznie się pogorszył z powodu wycieńczenia i poważnego zakażenia ran stóp. Gdy mimo zagrożenia własnego życia zdecydował się udzielić pomocy jednemu z towarzyszy niedoli, inny lekarz-więzień poprosił go, by ponownie zająć się opieką medyczną nad pacjentami:

praca ponad siły oraz głód były przyczyną bardzo wysokiej śmiertelności wśród więźniów. Łącznie z Terezina do KL Auschwitz Niemcy przewieźli 24 transporty, z czego tylko 1/3 więźniów trafiła do obozu rodzinnego. Obóz rodzinny został zlikwidowany w dwóch etapach wiosną i latem 1944 r. Większość umieszczonych w nim Żydów zamordowano w komorach gazowych w KL Birkenau (przyp. M.C.).

Pomyślałem o zmianach na moich stopach, które sprawiały ból przy każdym kroku, ale były starannie ukryte pod spodniami. Przecież to ja mogłem leżeć na tym stole. Wiedziałem, że w ciągu kilku minut okaże się, czy zostanę wyeliminowany jako bezwartościowy ludzki odpad, czy też znów stanę się lekarzem...

W ten sposób Gottfried Bloch kolejny raz ocalił życie, przyznając, że jest lekarzem.

Bibliografia

Gottfried R. Bloch, *Unfree associations. A psychoanalyst recollects the Holocaust*, Red Hen Press, Los Angeles 1999.

Pytanie

Czy zawsze, gdy zajdzie taka potrzeba, lekarz powinien ujawniać swoją tożsamość zawodową?

Dyskusja

Opisany przypadek dotyczy ekstremalnych okoliczności, w których od lekarza oczekiwano wypełniania obowiązków mimo strachu, poczucia niepewności i realnego zagrożenia. Wykonywanie zawodu lekarza oznacza między innymi ryzyko znalezienia się w sytuacji, w której zostanie on poproszony o pomoc, gdy jego własne życie będzie w niebezpieczeństwie. I choć nie istnieją żadne przepisy prawne, które wymagałyby od lekarzy bycia Dobrymi Samarytanami, ogólny imperatyw moralny nakazuje reagować na wezwanie o pomoc.

Obowiązek opieki jest nieodłącznym elementem profesji medycznej. Osoba, która zostaje lekarzem, zobowiązuje się, że będzie używać swoich umiejętności w jak najlepszy sposób. Wiąże się z tym moralny obowiązek wykonywania swojej pracy nawet w sytuacji zagrożenia własnego życia. Bardzo trudno jest określić poziom niebezpieczeństwa, dlatego można dyskutować, czy i w jakim zakresie obowiązek niesienia pomocy dotyczy konkretnego lekarza w obliczu bezpośredniego zagrożenia dla jego bezpieczeństwa.

Obowiązek opieki nie został dokładnie zdefiniowany, ale wynika z podstawowych zasad etyki medycznej – dobroczynności, nieszkodzenia i poszanowania

autonomii pacjentów – a także innych fundamentalnych reguł etycznego postępowania. W zależności od sytuacji obowiązek ten może być różnie rozumiany przez różne osoby, dlatego zawsze należy uwzględniać kontekst innych praw, ograniczeń i zobowiązań. Można chociażby wspomnieć o sytuacjach, w których lekarze muszą opiekować się pacjentami cierpiącymi na wysoce zakaźne choroby, takie jak SARS albo AIDS – zwłaszcza na początku epidemii tej choroby. Czy członkowie personelu lekarskiego lub pielęgniarskiego powinni być zobowiązani do opieki nad takimi chorymi? Przecież mają również obowiązek zadbać o siebie, o swoje dzieci i bliskich, chronić ich przed infekcjami oraz innymi zagrożeniami. Można więc przyjąć, że w wyjątkowych okolicznościach członkowie personelu medycznego, którzy nie wypełniają tej powinności, nie postępują w sposób niemoralny, pomimo ryzyka poważnych konsekwencji dla pacjentów pozbawionych opieki.

Gottfried Bloch zdawał sobie sprawę, że ujawnienie prawdy dotyczącej wykształcenia medycznego będzie mieć olbrzymie konsekwencje dla jego dalszych losów. Miał świadomość, że ta decyzja może być dla niego groźna lub przeciwnie – uratować mu życie, ponieważ to od niej zależało, czy zostanie uznany za pracownika niezbędnego dla funkcjonowania obozu. Jednocześnie miał świadomość, że status lekarza prawdopodobnie zapewni przeżycie nie tylko jemu, ale także innym współwięźniom potrzebującym opieki medycznej.

Czy doktor Bloch w obu sytuacjach podjął właściwe moralnie decyzje? Co mogłoby się stać, gdyby nie ujawnił swojej tożsamości zawodowej i wykształcenia medycznego?

3.2. Leczenie wroga

Opis przypadku I

Doktor Elchanan Elkes został wybrany na przewodniczącego rady żydowskiej getta w Kownie. Jako przywódca społeczności wielokrotnie musiał podejmować decyzje o życiu i śmierci, które dotyczyły nie tylko jego pacjentów, ale także wszystkich mieszkańców dzielnicy zamkniętej. W kowieńskim getcie, tak jak

i we wszystkich innych gettach, żydowscy lekarze nie mogli leczyć nieżydowskich pacjentów, a ci o innym pochodzeniu etnicznym mieli zakaz udzielania pomocy Żydom.

Pewnego dnia zachorował SS-Hauptscharführer Schtitz, który zajmował się sprawami żydowskimi w getcie. Zażądał, by dr Elkes – ceniony internista – zbadał go i przepisał odpowiednie leki. Choć nazistowskie ustawy rasowe zabraniały Żydom leczenia Niemców, w terenie funkcjonariusze SS nie zawsze przestrzegali przepisów i czasami korzystali z pomocy żydowskich lekarzy. Schtitz był okrutnym człowiekiem, wydawał rozkazy przeprowadzenia krwawych egzekucji w getcie, w których osobiście uczestniczył, słynął też niechlubnie z zawłaszczania majątku Żydów.

Doktor Elkes był rozdarty między oczekiwaniami, jakie wiązały się z jego pozycją przywódcy społeczności żydowskiej, a lekarskim poczuciem obowiązku. Zdecydował, że zbada nazistowskiego sierżanta i przepisze mu niezbędne leki.

Abraham Tory, inny mieszkaniec kowieńskiego getta, pisze we wspomnieniach, że dr Elchanan Elkes opowiedział mu o tym zdarzeniu w następujących słowach:

Zbadanie tego pacjenta, którego przywiodło do mnie przeznaczenie, było dla mnie ogromnym wstrząsem. Samo dotknięcie człowieka mającego żydowską krew na rękach było strasznym przeżyciem. Myślę jednak, że zrobiłem, co do mnie należało. Być może pozwoliło to na uratowanie innych ludzi.

Bibliografia

Avraham Tory, *Surviving the Holocaust. The Kovno Ghetto diary*, Harvard University Press, Cambridge 1990.

Opis przypadku II

Gdy wybuchła wojna, polski lekarz Zygmunt Klukowski, miał prawie 55 lat. Przez większość okresu okupacji pracował jako dyrektor szpitala w Szczepieszynie w powiecie zamojskim. W listopadzie 1942 roku, kiedy w wyniku czystek etnicznych wymordowano już około 60 000 Żydów, naziści oficjalnie uznali Zamojszczyznę za pierwszy niemiecki obszar osiedlenia na ziemiach polskich. Z regionu deportowano też ponad 100 000 Polaków i skierowano ich do obozów pracy.

W czasie wojny dr Klukowski, członek polskiego ruchu oporu, prowadził tajny dziennik. Oto kilka fragmentów:

23 lipca 1940 r.

Lekarz powiatowy Biłgoraja dr Snacki, będąc dziś w Szczebrzeszynie, zwołał wszystkich lekarzy i podał nam do wiadomości kilka zarządzeń władz niemieckich dotyczących Żydów. Tak więc nie wolno nam wystawiać Żydom żadnych świadectw, zasadniczo nie wolno też leczyć Żydów, lecz wobec braku w Szczebrzeszynie lekarza Żyda zgodzono się na to, żebyśmy udzielali Żydom porad, wyznaczając na to jedną godzinę dziennie wyłącznie dla nich, ale tak, żeby w tym czasie nie stykali się w naszych poczekalniach z Aryjczykami. Następnie zabroniono przyjmować Żydów do szpitala. Wyjątek stanowią choroby zakaźne ze względu na bezpieczeństwo ogółu. Byłem zmuszony zaraz wypisać ze szpitala kilku Żydów z chorobami wewnętrznymi. Co prawda przebywali oni w szpitalu nie tylko z powodu swej choroby, lecz głównie po to, aby tym sposobem uniknąć ewentualnego zabrania do obozu pracy.

8 maja 1942 r.

Około godziny trzeciej po południu zaczęło się w mieście istne piekło. Przyjechało z Zamościa paru uzbrojonych gestapowców. Najpierw zażądali stawienia się w ciągu godziny stu Żydów do pracy, po czym przy pomocy miejscowej żandarmerii zaczęli wśród Żydów swą krwawą robotę. Strzały słychać było bez ustanku. Strzelano do ludzi jak do kaczek, zabijano też w mieszkaniach – bez wyboru – mężczyzn, kobiety i dzieci. (...) Gdy już byli pierwsi ranni, przylecieli Żydzi do mnie, prosząc o ratunek, o doraźną pomoc, o przyjęcie do szpitala. W pierwszej chwili bez namysłu dałem nosze i kazałem przynosić rannych do szpitala. Potem zastanowiłem się, czy nie pociągną mnie za to do odpowiedzialności, zatelefonowałem do policji, prosząc o informacje. Otrzymałem stamtąd odpowiedź, żeby rannym Żydom nie udzielać żadnej pomocy do czasu wyjaśnienia ze strony gestapowców. Nie mogłem się uspokoić i zatelefonowałem jeszcze do lekarza powiatowego. Ten kategorycznie oświadczył mi, że pod żadnym pozorem nie wolno przyjmować Żydów rannych z tego rodzaju akcji masowej. Postawiłem przed szpitalem parę osób ze służby, ażeby wszystkim zgłaszającym się, i to w coraz większej liczbie, tłumaczono, że zabroniono nam udzielać pomocy rannym Żydom. (...)

Około godziny czwartej pojawili się u mnie dwaj gestapowcy, jeden żandarm miejscowy i policjant granatowy, wszyscy z karabinami, jak gdyby dymiący jeszcze krwią, i w brutalnej, ostrej formie pytali, czy nie udzieliłem pomocy jakimkolwiek rannemu Żydowi i czy nie ukrywam Żyda w szpitalu. Upewniłem, że nie mam ani jednego. (...)

Około godziny piątej (...) lekarz Żyd, dr Bołotny, przybiegł do mnie, prosząc o pomoc, bo jest zupełnie bezradny wobec dużej liczby rannych i w dodatku bardzo ciężko. Stosując się do surowego zakazu, zmuszony byłem odmówić, lecz ta niezgodność z moim sumieniem lekarskim roztrzęsła mnie nerwowo jak rzadko kiedy. Przed oczyma wciąż widzę wóz z rzuconymi byle jak trupami zabitych, (...) na noszach przed szpitalem skrwawionych rannych, do których nie wolno mi było nawet podejść.

Bibliografia

Zygmunt Klukowski, *Dziennik z lat okupacji Zamojszczyzny (1939–1944)*, Lubelska Spółdzielnia Wydawnicza, Lublin 1958.

Pytanie

Jak powinni postępować lekarze, kiedy leczą pacjentów uznanych za wrogów?

Dyskusja

W opisanych powyżej przypadkach lekarze – więzień Elkes i pracujący w warunkach okupacji polski cywil Klukowski – musieli leczyć (lub odmówić leczenia) pacjentów, którzy uznawani byli za wrogów. O tym, kto jest „wrogiem”, decydowały wojenne okoliczności, mimo że lekarze ci nie uczestniczyli w działaniach wojennych. Jednak dylematy etyczne, przed którymi stawali, mogły przypominać te, z którymi mierzą się służby medyczne w wojsku: czy leczyć chorych i rannych? czy kierować się własnym sumieniem, czy też podporządkować władzy zewnętrznej? czy przestrzegać tradycji etyki lekarskiej i kodeksów postępowania, czy stosować się do nakazów władz państwowych, oficerów wojska lub strażników więziennych? czy dbać o własne bezpieczeństwo, czy ryzykować życie, próbując ratować innych?

Omówione przypadki pokazują również, że wraz ze zmianą sytuacji militarnej lub politycznej decyzje i wybory moralne bywają niekonsekwentne i zmienne.

W czasie wojny pracownicy medyczni często działają w okolicznościach, które zmuszają ich do wyboru między poczuciem obowiązku i troską o pacjentów a lojalnością wobec innych. W pewnych sytuacjach (nie tylko w kontekście wojennym) etyczne zasady dobroczynności, nieszkodzenia oraz autonomii pacjentów i ich prawa do samodzielnego podejmowania decyzji mogą być rozbieżne z wojskowymi lub cywilnymi zobowiązaniami lekarzy. Na polu walki i w obszarze działań wojennych muszą się oni konfrontować z różnymi dylematami etycznymi, dotyczącymi na przykład traktowania jeńców czy decydowania, kogo leczyć w pierwszej kolejności – żołnierzy wrogiej armii czy cywilów.

Sytuacje tego rodzaju mogą prowadzić do powstania problemu podwójnej lojalności, którego przejawem jest konflikt między zawodowymi obowiązkami wobec pacjentów a innymi zobowiązaniami. Mogą również przyczyniać się do naruszania praw człowieka i nieprzestrzegania zasad etyki lekarskiej. Czasem lekarz bywa też narażony na groźby ze strony władz wojskowych i państwowych, a jego bezpieczeństwo może być zagrożone. Wobec kogo ma zatem pozostawać lojalny?

Członkowie personelu medycznego bywają rozdarci między obowiązkiem leczenia pacjentów a koniecznością wspierania celów militarnych. Taki rozdźwięk wpływa w sposób nieunikniony na kwestie przestrzegania zasad etycznych oraz praw człowieka zarówno w odniesieniu do żołnierzy, jak i cywilów. W sytuacji konfliktu między koniecznością stosowania się do wymagań władz państwowych a przestrzeganiem międzynarodowych zasad humanitarnych i reguł etyki medycznej lekarz powinien wybrać tę drugą opcję.

3.3. Opieka medyczna w sytuacji zagrożenia – obowiązki personelu lekarskiego i pielęgniarskiego

Opis przypadku

Późną jesienią 1944 roku łódzkie getto było już zlikwidowane. Spośród 200 000 jego mieszkańców pozostało zaledwie niecałe dziewięćset osób. Sześciuset Żydów, którzy wchodzili w skład komanda porządkowego, przebywało w dobrze strzeżonym obozie pracy, pozostali zaś ukrywali się w piwnicach, opuszczonych budynkach i podziemnych bunkrach.

Pewnej nocy do obozu potajemnie przedostał się mężczyzna, którego żona, ukrywająca się w opuszczonym domu, wykrwawiała się po urodzeniu syna. Poproszony o pomoc chirurg odmówił. Mężczyzna dowiedział się jednak, że w obozie jest jeszcze położna, która być może będzie skłonna pójść z nim do żony i dziecka. Położna Rachela Herszenberg była mężatką i matką nastoletniej Salomei. Rodzina Herszenbergów żyła w łódzkim getcie od chwili zamknięcia jego bram 1 maja 1940 roku.

Rachela postanowiła pomóc mężczyźnie. Jak wspomina jej córka Salomea:

W brudnej, starannie zamaskowanej piwnicy moja matka zbadała poważnie krwawiącą kobietę i usunęła niezbyt czystymi gołymi rękami zatrzymane łożysko. Zaczekała, aż krwawienie ustąpi, zbadała dziecko, a potem wróciła do obozu. „Salciu – opowiadała z dumą – to śliczny i zdrowy chłopiec”.

Rachela zdecydowała się jeszcze raz odwiedzić pacjentkę, by sprawdzić, czy wszystko jest w porządku. Salomea próbowała ją odwieść od tego pomysłu:

Nie idź, mamo, to nie jest zwykła wizyta po porodzie, to niebezpieczna wyprawa. Kusisz los. Zobacz, chirurg miał wystarczająco dużo rozsądku, aby odmówić. Poza tym ta kobieta postąpiła głupio, skoro zdecydowała się ukrywać w ciąży. To podwójny wyrok śmierci. Nie rozumiem, jak można zająć w ciążę, kiedy szaleje głód i zagłada, kiedy grożą deportacje.

Rachela odpowiedziała:

Pragnienie intymności pozostaje silne nawet w najbardziej nieludzkich warunkach, nawet jeśli u wielu z nas głód wyłączył popęd seksualny. Nie dostrzegasz symbolicznego znaczenia tego porodu?

Salomea odparła:

Nie, dostrzegam jedynie zagrożenie dla twojego życia. Nie interesują mnie symbole. Nie chcę umierać ani żyć bez ciebie. Nie idź.

Rachela przez chwilę próbowała uspokoić córkę, a potem powiedziała:

Hitlerowcy odebrali nam prawo do zachodzenia w ciążę i rodzenia dzieci. Mam pełne kwalifikacje do odbierania porodów, a dzieci są obietnicą życia i odrodzenia naszego narodu.

Rachela samotnie drugi raz odwiedziła pacjentkę. Wróciła rozpromieniona, z bochenkiem chleba. Matka i syn mieli się dobrze.

Bibliografia

Salomea Kape-Jay, *The midwife from Łódź*, http://www.anja-peters.de/download/Midwife_from_Lodz.pdf

Pytanie

Czy członek personelu medycznego jest zobowiązany do pomocy pacjentom w sytuacji, gdy jego własne życie jest zagrożone?

Dyskusja

W opisanym przypadku położna znalazła się w sytuacji konfliktu między interesem pacjentki, czyli uzyskaniem przez nią najlepszej dostępnej opieki medycznej, a własnym dobrem, czyli zachowaniem życia. Musiała również wybrać między zawodowymi zobowiązaniami wobec pacjentów a swoimi obowiązkami jako matki.

W tradycji etyki lekarskiej od dawna przyjęta jest zasada, że specjaliści medyczni (przede wszystkim lekarze i personel pomocniczy) powinni otaczać opieką pacjentów bez względu na osobiste zagrożenie. Nie oznacza to jednak, że powinni ignorować każde ryzyko, lecz że kwestia ta nie powinna być decydującym czynnikiem. Profesja medyczna wiąże się ze złożeniem przysięgi, która zobowiązuje do leczenia chorych i opieki nad nimi. Z zasady oczekuje się, że członkowie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego będą dokładać

wszelkich starań, by udzielić pomocy pacjentom. Choć poświęcenie własnego życia dla uratowania innej osoby wykracza poza zakres obowiązków zawodowych, w razie potrzeby specjaliści medyczni powinni postępować odważnie i humanitarnie.

Opisany przypadek dotyczy obowiązku pomocy. Personel lekarski, pielęgniarski i położniczy jest zobowiązany do opieki nad innymi, ale w sytuacji jak ta opisana powyżej ważny jest także imperatyw chronienia członków własnej rodziny. Jak pogodzić te dwa różne zobowiązania? Tak jak nie można oczekiwać, że ktoś poświęci swoje życie, aby uratować pacjenta, tak trudno się spodziewać, że ktokolwiek narazi swoich bliskich, aby ocalić obcego człowieka. W przytoczonej powyżej historii położna miała nastoletnią córkę, ale można się zastanawiać, jak postąpiłaby, gdyby jej córka była niemowlęciem?

Przypadek łódzkiej położnej stanowi również dobrą ilustrację innego aspektu człowieczeństwa i profesjonalizmu medycznego – wolności podejmowania decyzji i dokonywania wyborów z myślą o nadaniu znaczenia własnemu życiu.

Viktor Frankl, żydowski psychiatra, który przeżył Zagładę, zwrócił uwagę na to zagadnienie w książce *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. W swojej teorii logoterapii Frankl podkreśla, że choć człowiekowi można odebrać majątek, rodzinę, honor i środki do życia, nie da się go pozbawić zdolności myślenia, zdobywania doświadczeń i dokonywania osobistych wyborów. Przypadek położnej Racheli Herszenberg jest potwierdzeniem tezy Frankla. Herszenberg nie była moralnie zobowiązana do ratowania pacjentki, skoro wiązało się to z ryzykowaniem życia swojego i swojej rodziny, a jednak podjęła świadomą zawodową decyzję, by je narazić dla dobra potrzebującej kobiety. Dzięki temu nadała sens własnemu istnieniu wbrew skrajnie trudnym warunkom panującym w getcie.

Bibliografia

Viktor Frankl, *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, tłum. Aleksandra Wolnicka, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2009.

3.4. Zmiana postaw etycznych

Opis przypadku

Gdy w czerwcu 1941 roku naziści zajęli Lwów, znany bakteriolog dr Ludwik Fleck stracił dom i musiał wraz z rodziną przenieść się do getta. Z pomocą gro-
na współpracowników kontynuował tam badania nad szczepionką przeciwko
tyfusowi plamistemu (dur plamisty). Mimo niezwykle trudnych warunków na-
ukowcom udało się opracować preparat. Szczepionka uzyskana z moczu żydow-
skich pacjentów uratowała życie wielu osobom². Pacjenci poddani szczepieniom
byli chronieni przed selekcjami na śmierć.

W styczniu 1943 roku dr. Flecka i jego żonę deportowano do KL Auschwitz.
Fleck zaraził się tam tyfusem plamistym, ale dzięki temu, że wcześniej się za-
szczepił, przebieg choroby był lekki. Choć Fleck początkowo pracował ciężko fi-
zycznie, później zatrudniono go w laboratorium, gdzie zajmował się badaniami
bakteriologicznymi.

W styczniu 1944 roku dr. Flecka wysłano do obozu w Buchenwaldzie, aby
prowadził tam badania nad szczepionkami przeciwko tyfusowi plamistemu.
Pracował w bloku 50. Wraz z dwoma współpracownikami odkrył, że produk-
wana tam szczepionka była w rzeczywistości nieskuteczna. Fleck z zespołem
podjął jednak świadomą decyzję o dalszym wytwarzaniu nieaktywnej szcze-
pionki w celu sabotowania pracy niemieckich lekarzy – nieskuteczny preparat
służył bowiem do szczepienia żołnierzy armii niemieckiej. Jak wynika ze złożo-
nych po wojnie zeznań Flecka, nazistowscy lekarze, którzy pracowali nad szcze-
pionką, mieli bardzo ograniczoną wiedzę na jej temat. Pozwoliło to Fleckowi
i jego współpracownikom dalej produkować nieaktywną szczepionkę. W tym
samym czasie udało się im uzyskać skuteczny preparat, którym szczepiono
więźniów. Część aktywnych szczepionek przekazywali również Niemcom jako
próbki kontrolne, dzięki czemu akt sabotażu nie wyszedł na jaw.

² Ludwik Fleck i jego współpracownicy opracowali nową metodę produkcji szczepionki przeciw-
tyfusowej. Była ona pozyskiwana z moczu osób, które przechorowały tyfus. Fleck zaszczepił
siebie oraz swoją rodzinę i współpracowników, a gdy nie zaobserwował skutków ubocznych –
także wielu Żydów z obozu przy ul. Janowskiej we Lwowie (przyp. M.C.).

Po wojnie dr Fleck zeznawał w Norymberdze jako biegły świadek przeciwko niemieckiemu koncernowi chemicznemu IG Farben, którego pracownicy w asyście lekarzy SS przeprowadzali eksperymenty na ludziach w celu opracowania szczepionek.

Tło historyczne

Roznoszony przez wszy tyfus plamisty był jedną z najczęściej występujących chorób zakaźnych podczas I i II wojny światowej, a także w trakcie trwania innych konfliktów zbrojnych we wcześniejszych stuleciach. Przeludnienie i złe warunki sanitarne, jak te panujące w gettach czy obozach koncentracyjnych, zwiększały ryzyko przenoszenia się bakterii, co w konsekwencji prowadziło do wybuchów epidemii. Władze szczególnie obawiały się tego, że tyfus plamisty zagrozi niemieckim żołnierzom i cywilom. Lęk przed chorobami zakaźnymi był jednym z argumentów, którymi naziści uzasadniali tworzenie na terenach okupowanych dzielnic zamkniętych przeznaczonych dla Żydów. Stały się one obszarami „kwarantanny”, które miały ograniczać rozprzestrzenianie się chorób ludności żydowskiej.

Niemieccy lekarze wojskowi zdawali sobie sprawę, że przeludnienie i złe warunki sanitarne w gettach przyczyniają się do większej liczby zachorowań na tyfus plamisty. Podczas tworzenia niektórych gett niemieccy i żydowscy lekarze wspólnie opracowywali procedury medyczne służące zwalczaniu tej choroby.

Kiedy jednak władze niemieckie uznawały, że istnieje bezpośrednie ryzyko epidemii tyfusu plamistego, postępowały szybko i brutalnie. Gdy w grudniu 1941 roku w tzw. obozie cygańskim (pierwotnie liczącym około pięć tysięcy więźniów) w łódzkim getcie wybuchła epidemia tyfusu plamistego, SS-mani i niemieccy policjanci zlikwidowali obóz i wysłali wszystkich tamtejszych Romów do Chełmna nad Nerem, gdzie zostali zamordowani. Innym przykładem bezlitosnego działania Niemców jest zdarzenie z niewielkiego getta w Kownie – 4 października 1941 roku Niemcy wybrali i zamordowali dwa tysiące osób, między innymi przebywających w szpitalu żydowskim, który został obłany benzyną i podpalony wraz z personelem i pacjentami uwięzionymi w środku. Obawa przed tyfusem plamistym była podawana jako jedno z uzasadnień tej zbrodni.

Zarówno w gettach utworzonych na terenach Europy Wschodniej, jak i w obozach koncentracyjnych żydowscy oraz nieżydowscy lekarze-więźniowie starali się robić wszystko, co tylko możliwe, by powstrzymać rozprzestrzenianie się tyfusu plamistego mimo przeludnienia i fatalnych warunków sanitarnych. Robili to, by ratować życie współwięźniów. Próbowali również na wszelkie sposoby ukrywać wystąpienie ognisk tej choroby przed niemieckimi władzami medycznymi i administracją. Zdawali sobie sprawę, że gdyby Niemcy zorientowali się, że w obozie lub getcie panuje tyfus plamisty, najpewniej z ich rąk zginęłoby wiele osób.

Bibliografia

1. Ludwik Fleck, świadectwo ocalonego, dokument nr 0-3/650, Jad Waszem, Jerozolima.
2. Naomi Baumslag, *Murderous medicine. Nazi doctors, human experimentation, and typhus*, Praeger Publishers, Westport 2005.
3. *Cognition and fact. Materials on Ludwik Fleck*, Robert S. Cohen, Thomas Schnelle (red.), Reidel Publishing Company, Boston 1986.

Pytania

Czy produkcja nieskutecznej szczepionki była postępowaniem właściwym etycznie?

Czy istnieją okoliczności, w których przewartościowanie zasad medycznych jest etycznie uzasadnione?

Dyskusja

Profesor Fleck i jego współpracownicy nie działali w typowych dla badaczy warunkach. Byli więźniami obozu koncentracyjnego, więc zarówno ich życie, jak i życie ich bliskich (o ile jeszcze żyli) było stale zagrożone. Mimo to naukowcy zdecydowali się wykorzystać swoją wiedzę medyczną, aby pomagać współwięźniom i jednocześnie sabotować niemieckie działania wojenne w jedyny dostępny dla nich sposób. Mieli świadomość, że w zwyczajnych warunkach

falszowanie danych badawczych jest nieetyczne. Wiedzieli też, że ich praca nie tylko nie pomaga niemieckim żołnierzom, ale wręcz im szkodzi. Jednak mimo uwięzienia i dużego ryzyka wykorzystywali swoją wiedzę jako strategiczne narzędzie oporu wobec nazistów. Z punktu widzenia więźniów takie postępowanie było uzasadnione. Straszne warunki panujące w obozie koncentracyjnym prowadziły w sposób nieunikniony do podejmowania przez lekarzy decyzji niezgodnych z wyznawanymi przez nich wcześniej wartościami etycznymi.

Choć oczekuje się, że specjaliści medyczni będą respektować zasady prawdomówności i uczciwości, to jednak w różnych okolicznościach różnie można definiować, czym jest uczciwość i etycznie właściwe postępowanie. Co zatem zrobić, gdy postępowanie to stoi w sprzeczności z innymi podstawowymi wartościami, takimi jak życie ludzkie, czynienie dobra czy wolność? Czy kłamstwo lub inne nieetyczne zachowanie może być usprawiedliwione, jeśli pozwoli uratować życie jednego człowieka czy nawet całej społeczności albo uniknąć większego zła?

Czy w opisanym powyżej przypadku świadome dostarczanie nieskutecznej szczepionki żołnierzom wroga było etycznie akceptowalne? Pytanie to obrazuje sprzeczność między działaniami w czasie wojny (dostarczeniem niedziałającego preparatu) a przysięgą Hipokratesa, która nakazuje nie szkodzić. Wobec kogo powinien być lojalny lekarz w warunkach wojennych? Czy powinien mieć obowiązek ratowania życia tym, którzy mordują niewinnych ludzi? Czy w czasie wojny lekarz zaangażowany w działania wojenne zawsze jest w stanie przestrzegać najwyższych standardów etycznych? Na czym polega integralność zasad etycznych w tak ekstremalnych okolicznościach?

3.5. Wykonywanie poleceń lekarzy nazistowskich

Opis przypadku

Miklós Nyiszli urodził się w 1901 roku w Somlyo w Rumunii. Studia medyczne rozpoczął na uniwersytecie w Klużu, po czym kontynuował je w niemieckim Kiel, a ukończył we Wrocławiu w 1930 roku. W 1944 roku dr Nyiszli wraz z żoną

i córką został deportowany do KL Auschwitz-Birkenau. Po przybyciu do obozu Birkenau trafił w wyniku selekcji do grupy więźniów, których Josef Mengele, lekarz SS, uznał za zdolnych do pracy. Mengele rozkazał wszystkim lekarzom w grupie wystąpić z szeregu i powiedział, że poszukuje eksperta z zakresu medycyny sądowej. Po przepytaniu przez nazistowskiego lekarza Nyiszli został oddzielony od pozostałych więźniów. Ogolono go, poddano dezynfekcji i wyta-
tuowano mu numer obozowy. Następnie został skierowany do świeżo wyremontowanego prosektorium, gdzie miał przeprowadzać sekcje zwłok.

Doktor Nyiszli musiał przeprowadzać sekcje zwłok karłów i bliźniąt, które stały się ofiarami zbrodniczych eksperymentów, a także ciał innych więźniów wybranych do badań medycznych. Sprawozdania z badań anatomicznych musiał wysyłać do Instytutu Antropologii, Dziedziczności i Eugeniki im. Cesarza Wilhelma w Berlinie. Do jego obowiązków należała także opieka medyczna nad funkcjonariuszami SS i członkami Sonderkommanda – żydowskimi więźniami obozu, którzy opróżniali komory gazowe z ciał i transportowali je do krematorium.

Podczas swojej pracy w obozie Nyiszli poznał wszystkie szczegóły barbarzyńskich eksperymentów, a także metody stosowane do mordowania ofiar. W swoich wspomnieniach wielokrotnie pisze, że nie spodziewał się, że uda mu się przetrwać obóz, ale jednocześnie wiedział, że jeśli odmówi wykonywania obowiązków lekarza, zginie:

Włosy dosłownie stawały mi dęba, kiedy myślałem o tym, czego się zdążyłem dowiedzieć podczas tak krótkiego pobytu w krematorium oraz ile się jeszcze wbrew własnej woli dowiem, zanim przyjdzie moja kolej. Z chwilą przekroczenia bramy krematorium zdałem sobie sprawę z nieuniknionego, ale teraz – gdy znałem tak wiele tajemnic – nie miałem najmniejszych wątpliwości, że już jestem trupem. Nie mogłem mieć nadziei, że dr Mengele i instytut w Berlinie-Dahlem pozwolą mi ujść z życiem z tego miejsca.

Doktor Nyiszli i więźniowie z Sonderkommanda zdołali spisać szczegółowe informacje na temat sprawców zbrodni, ich ofiar oraz metod i narzędzi masowego zabijania. Członkowie Sonderkommanda podpisali dokument i zakopali go. Choć tej konkretnej relacji nie udało się nigdy odnaleźć, po wojnie odkryto inne podobne świadectwa.

Pod koniec stycznia 1945 roku dr. Nyiszliego przeniesiono do obozu Mauthausen, który został wyzwolony 6 maja 1945 roku przez wojska amerykańskie. Jego żona i córka doczekały wolności w obozie Bergen-Belsen. Po wojnie dr Nyiszli wrócił do Rumunii, gdzie w Ordei kontynuował pracę jako lekarz. W maju 1956 roku zmarł na zawał serca.

Pamiętniki dr. Nyiszliego zostały opublikowane w 1946 roku. Są jednym z najwcześniejszych oraz najbardziej szczegółowych świadectw dotyczących nazistowskich eksperymentów pseudomedycznych oraz działania komór gazowych i krematoriów w KL Auschwitz.

Bibliografia

Miklós Nyiszli, *Auschwitz. A doctor's eyewitness account*, Arcade Publishing, New York 1993.

Pytanie

Czy wykonywanie poleceń wroga jest postępowaniem właściwym etycznie?

Dyskusja

Choć Mengele i Nyiszli byli zaangażowani w prowadzenie podobnych badań, działali z odmiennych pobudek. Celem dr. Mengele było znalezienie naukowego uzasadnienia dla nazistowskich teorii biologicznych i rasowych, oraz – przy okazji – realizowanie się na płaszczyźnie zawodowej, akademickiej i ideologicznej. Doktor Nyiszli natomiast, choć uczestniczył w tych badaniach jako lekarz i anatom, był zmuszony do udziału w nich jako więzień, dodatkowo robił to z myślą o ocaleniu własnego życia i życia swoich bliskich. Motywacje obu lekarzy były zatem całkowicie odmienne.

Nikt, kto nie znalazł się w tak straszliwej sytuacji, nie zrozumie trudności ani dylematów związanych z wykonywaniem poleceń wroga. Dokonując ocen etycznych ze współczesnej perspektywy, trzeba więc zachować pokorę. Trzeba też pamiętać, że nawet w przypadkach najdonioślejszego etycznie postępowania istotną rolę odgrywają okoliczności i czas.

W historii dr. Nyiszlego trzeba zwrócić uwagę na kilka kwestii:

- 1) Wykonywał obowiązki lekarskie, ponieważ inne postępowanie groziło jemu oraz członkom jego rodziny śmiercią. To niezaprzeczalny fakt.
- 2) Nie uczestniczył w selekcjach, pracował jedynie jako patolog. Nie spowodował niczyjej śmierci ani też nie miał możliwości uratowania komukolwiek życia. W tej sytuacji mógł ocalić tylko siebie i – być może dzięki posłusznemu wykonywaniu poleceń – także żonę i córkę.
- 3) Jako lekarz pomagał zarówno niektórym oprawcom (funkcjonariusze SS), jak i współwięźniom. Realizował przy tym obowiązki lekarskie, ponieważ umożliwił innym przetrwanie, a dodatkowo zdobywał wiedzę na temat procesu eksterminacji.
- 4) Gdy tylko miał możliwość, sporządzał dokumentację dotyczącą metod stosowanych w nazistowskim procesie eksterminacji. Choć ryzykował życiem (jeśli wydałoby się, co robi, groziłaby mu śmierć), postanowił podjąć ryzyko z myślą o przyszłych pokoleniach i o wymierzeniu sprawiedliwości.

W przypadku opisanej historii jeden z najważniejszych wniosków jest taki, że do kwestii „posłuszeństwa” trzeba podchodzić z wielką pokorą. Co zrobilibyśmy w takiej sytuacji? Jakiego dokonalibyśmy wyboru? Jak postępować, gdy w dzisiejszych czasach oczekuje się od nas przestrzegania niesłuszných lub nieuczciwych zasad, regulacji i przepisów? Jednocześnie warto zadać inne pytanie: do czego byśmy się posunęli, aby chronić bezpieczeństwo bliskich? Czy bylibyśmy skłonni zrobić coś, co mogłoby w efekcie narazić ich życie?

Lektura książki Nyiszlego ujawnia jeszcze jedną kłopotliwą kwestię: lekarz czuł dumę z wykonywanej w obozie pracy. Wskazują na to jego precyzyjne opisy sekcji zwłok, odkrycia i raporty kliniczne. Mimo że poczucie dumy z pracy jest zrozumiałe, a nawet godne pochwały w zwyczajnych okolicznościach, jej przejawy w opowieści Nyiszlego mogą budzić niepokój. Być może jednak właśnie to odczucie pozwoliło lekarzowi przetrwać piekło pracy i życia w cieniu krematoriów KL Auschwitz.

4. Aborcja z perspektywy lekarzy nazistowskich i lekarzy-więźniów

Opis przypadku I: aborcje przeprowadzane w gettach u zdrowych kobiet żydowskich

Doktor Aharon Peretz, ginekolog z kowieńskiego getta, opisuje we wspomnieniach, jak tamtejsi lekarze próbowali chronić kobiety w ciąży:

Udało mi się uzyskać zgodę na to, by pacjentki w ósmym i dziewiątym miesiącu ciąży nie musiały poddawać się aborcji. Kobiety ciężarne starały się pozostać w ukryciu i nie wychodziły na ulicę za dnia. Ponieważ oficjalnie pracowałem w szpitalu jako ginekolog-położnik, musiałem zadbać o to, by utrzymać porody w tajemnicy. Dałem więc położnym i pacjentkom instrukcje, jak zachować ciążę w sekrecie, poleciłem też wzywać mnie tylko w nagłych przypadkach. (...)

W końcu jednak byłem zmuszony przyznać, że w getcie przerwanie ciąży było jedynym wyjściem. Wcześniej aborcja była dozwolona jedynie w przypadku zagrożenia życia kobiety. Teraz jednak uzasadnieniem dla tych zabiegów nie była gruźlica ani inne poważne choroby, lecz działania Gestapo i ludobójcza polityka nazistów! (...)

Gdy w szpitalu pojawiała się kobieta w ciąży, za każdym razem starałem się zachować zimną krew i powstrzymywać emocje.

Bibliografia

Aharon Peretz, *Ba-mahanot lo bachu. Reszimot szel rofe*, Massada, Tel Awiw 1960.

Opis przypadku II: aborcje przeprowadzane w obozach koncentracyjnych

Doktor Gisella Perl była żydowską ginekolog z Syhotu Marmaroskiego w Transylwanii. W 1944 roku deportowano ją do KL Auschwitz wraz z rodzicami, mężem i synem. Przeżyła jako jedyna z rodziny. W obozie dr Perl zajmowała się

innymi więźniarkami. We wspomnieniach pisze, że widziała tam na własne oczy, jak kobiety w ciąży wrzucano żywcem do pieców krematoryjnych:

Stopniowo przerażenie zmieniło się w odruch buntu, który wyrwał mnie z letargu i dał nową motywację do życia. Musiałam przeżyć, by ocalić przed tym strasznym losem wszystkie ciężarne z obozu C. Musiałam ratować matki – jeśli nie było innego sposobu, to nawet za cenę odebrania życia ich nienarodzonym dzieciom. Wróciłam do obozu i biegałam od baraku do baraku, żeby opowiedzieć, co widziałam. Nie można już było pozwolić, by któraś z kobiet ujawniła swój stan. Trzeba było wypierać się ciąży za wszelką cenę, ukrywać ją przed SS, strażnikami, a nawet blokowymi. (...) Najpierw zajęłam się kobietami w dziewiątym miesiącu ciąży. (...) Odbierałam porody w ósmym, siódmym, szóstym, piątym miesiącu, zawsze w pośpiechu, gołymi rękami, w ciemności i w okropnych warunkach. (...)

Nikt nigdy nie zrozumie, co oznaczało dla mnie zabijanie tych dzieci. Po wielu latach praktyki medycznej narodziny dziecka nadal były dla mnie najpiękniejszym i najdonioślejszym cudem natury. Kochałam te maleństwa nie jako lekarka, lecz jako matka, i za każdym, dosłownie za każdym razem, gdy odbierałam nowo narodzone życie, by uratować kobietę, czułam się, jakbym zabijała własne dziecko. Kiedy przyjmowałam poród, klęcząc w ludzkich ekskrementach pokrywających podłogę baraku – bez narzędzi, bez wody i wbrew podstawowym zasadom higieny – prosiłam Boga, żeby pomógł mi w uratowaniu życia matki, bo w przeciwnym razie już nigdy nie dotknę ciężarnej kobiety. Gdybym nie robiła tego, co robiłam, i matka, i dziecko zostaliby okrutnie zamordowani. Jednak Bóg był dla mnie miłosierny. W cudowny sposób, który każdy lekarz uznałby za nieprawdopodobny, wszystkie te kobiety dochodziły do zdrowia i wracały do pracy, co ratowało im życie. Przynajmniej na jakiś czas.

Reference:

Gisella Perl, *I was a doctor in Auschwitz*, Ayer Company Publishers, Inc., North Stratford 1997 [wyd. I: 1948].

Tło historyczne: aborcja jako narzędzie nazistowskiej eugeniki

W okresie weimarskim w Niemczech toczyły się debaty nad legalizacją aborcji. Podejmowano nawet działania w tym kierunku, jednak wielu lekarzy sprzeciwiało się liberalizacji przepisów. Gdy hitlerowcy przejęli władzę w 1933 roku,

całym niemieckim społeczeństwem wstrząsnęła szybka i gruntowna zmiana polityczna. Stowarzyszenia medyczne i lekarze, którzy wcześniej sprzeciwiali się aborcji, zaczęli nagle podzielać motywowane rasowo poglądy nazistów. Nazistowska polityka aborcyjna, oparta na zasadach higieny rasowej, obejmowała dwa główne obszary: zakaz przerywania ciąży u zdrowych niemieckich kobiet (tzw. eugenika pozytywna) oraz dozwolone przez prawo aborcje u chorych Niemek i kobiet niearyjskich (eugenika negatywna).

Polityka antyaborcyjna obejmująca Aryjki była dla nazistów bardzo ważna. Zdrowe niemieckie kobiety miały zakaz przerywania ciąży – mogły za to stanąć przed sądem. Urzędowe bawarskie czasopismo medyczne uznało aborcję za formę zdrady. Władze państwowe ustanowiły i propagowały wzór „idealnej rodziny z czworgiem dzieci”, a kobiety były wyróżniane Krzyżem Honorowym Niemieckiej Matki, jeśli urodziły co najmniej czworo dzieci. W przypadku zdrowych niemieckich kobiet dostęp do wszelkich rodzajów antykoncepcji był ściśle kontrolowany, zaś aborcje były dopuszczalne tylko w obliczu zagrożenia ich życia. Nazistowscy lekarze zazwyczaj zalecali małżeństwo jako rozwiązanie kwestii nieślubnych dzieci.

Choć aborcje u zdrowych niemieckich kobiet były zakazane, prawo dopuszczało przerwanie u nich ciąży ze względu na zachowanie higieny rasowej. Ustawa sterylizacyjna z 1933 roku zalegalizowała aborcję z przyczyn eugenicznych, umożliwiając wykonywanie takich zabiegów u kobiet, które i tak miały zostać poddane sterylizacji. Co więcej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zachęcało lekarzy publicznej służby zdrowia do wnioskowania o przeprowadzanie aborcji (i sterylizacji) w przypadku Niemek uznanych za „element antyspołeczny”.

Nazistowski plan był skierowany głównie przeciwko Żydówkom i innym kobietom „gorszego rodzaju”, takim jak prostytutki. Z punktu widzenia nazistów to właśnie one „zanieczyszczały” aryjską pulę genową, sprowadzając na świat kolejne osoby uznane za „niewarte życia” i przedłużając istnienie „podrzędnych” ras. W 1938 roku sąd w Lüneburgu orzekł, że w przypadku żydowskich kobiet aborcja jest legalna.

Po wybuchu II wojny światowej nazistowska polityka aborcyjna zaostrzyła się jeszcze bardziej. Wiosną 1942 roku władze wydały zarządzenia zakazujące porodów w niektórych gettach. Karą za urodzenie żydowskiego dziecka była

śmierć matki, noworodka, a nawet całej rodziny. Żydówki więzione w obozach również musiały poddawać się aborcji po ujawnieniu ciąży, ponieważ w przeciwnym razie zostałyby wysłane na natychmiastową śmierć.

Robotnice przymusowe z Polski i innych krajów Europy Wschodniej pracujące w niemieckich fabrykach także zachęcano do przerywania ciąży, aby przyspieszyć ich powrót do niewolniczej pracy. Nazistowskie zasady ograniczania liczby urodzeń na ziemiach okupowanych głosiły:

Jeśli dziewczęta i kobiety na terenach okupowanych na Wschodzie poddają się aborcji, powinniśmy wspierać te zabiegi, a w żadnym przypadku nie sprzeciwiać się im. Führer uważa, że powinniśmy dać przyzwolenie na ożywiony handel środkami antykoncepcyjnymi. Nie jesteśmy zainteresowani mnożeniem się ludności innej niż niemiecka¹.

Konieczne będzie również utworzenie specjalnych instytucji aborcyjnych oraz odpowiednie przeszkolenie położnych i pielęgniarek. Jeśli instytucje te będą kompetentnie prowadzone, ludność tym chętniej będzie korzystać z aborcji. Lekarze muszą być w stanie udzielać pomocy, nawet jeśli takie postępowanie budzi wątpliwości związane z etyką zawodową. Rosyjskich lekarzy ani członków Rosyjskiego Towarzystwa Medycznego nie wolno powiadamiać o tym rozkazie, jedynie w indywidualnych przypadkach należy informować ich o przerwaniu ciąży, jako powód podając kwestie społeczne.

Bibliografia

1. Robert. N. Proctor, *Racial hygiene. Medicine under the Nazis*, Harvard University Press, Cambridge 1988.
2. *Deadly medicine. Creating the master race*, Kuntz Dieter (red.), United States Holocaust Memorial Museum, Washington 2004.

¹ Pierwszy cytat pochodzi z listu Martina Bormana, szefa kancelarii Hitlera, do Ministra Rzeszy ds. Okupowanych Terenów Wschodnich Alfreda Rosenberga (23 lipca 1942 r.). Drugi to fragment memoriału *Gedanken zur Frage der Eindeutschbarkeit der Völker des Ostlandes* autorstwa Erharda Wetzla, referenta ds. rasowych Ministerstwa Rzeszy ds. Okupowanych Terenów Wschodnich, utworzonego w lipcu 1941 r. Wetzl jest również autorem komentarza do planu germanizacji podbitych ziem na wschodzie oraz zagłady Żydów i Słowian – *Generalplan Ost* (przyp. M.C.).

Pytanie

Jaka jest rola lekarza wobec moralnego problemu aborcji?

Dyskusja

Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (WMA) wymaga od lekarzy poszanowania ludzkiego życia niezależnie od okoliczności, jednak kwestia ta się komplikuje w przypadku ciąży. Czyje życie jest ważniejsze, gdy zagrożona jest zarówno matka, jak i płód? Sytuacje, w których występuje konflikt między interesem matki a interesem nienarodzonego dziecka, stwarzają dylematy etyczne i budzą wątpliwości, czy umyślne przerywanie ciąży powinno być dopuszczalne.

Lekarze uwięzieni w gettach i obozach decydowali się z reguły na ratowanie życia kobiet – po części dlatego, że w ówczesnych warunkach noworodki miały bardzo małe szanse na przeżycie. Ponadto ze względu na stale grożące niebezpieczeństwo lekarze musieli kierować się własnym osądem etycznym w nieustannie zmieniających się, trudnych i niepewnych okolicznościach. W wielu przypadkach można przypuszczać, że decyzja o przeprowadzeniu aborcji była zgodna z osobistym i zawodowym sumieniem lekarzy. Chcieli ratować życie ciężarnych kobiet – choć sama ciąża nie zagrażała ich zdrowiu, to jej ujawnienie sprowadzało na nie śmiertelne niebezpieczeństwo².

² W początkowym okresie istnienia obozu kobiecego wszystkie ciężarne kobiety uznawano za niezdolne do pracy i uśmiercano dosercowymi zastrzykami fenolu bądź kierowano wraz z innymi więźniarkami do komór gazowych. Jeżeli kobiecie udało się ukryć ciążę i urodzić dziecko w obozie, zarówno ona, jak i noworodek byli zabijani wkrótce po porodzie. Od maja 1943 r. zaniechano uśmiercania noworodków pochodzenia nieżydowskiego. W tzw. sztabie porodowej pracowały m.in. więźniarki: położne Stanisława Leszczyńska i Rufina Karwowska oraz lekarki Irena Konieczna i Janina Węgierska, które w miarę swoich możliwości troszczyły się o kobiety i noworodki. Z powodu tragicznych warunków sanitarnych i braku pokarmu od matek noworodki umierały zwykle w ciągu kilku-kilkunastu dni od urodzenia. W szczególnie dramatycznej sytuacji znajdowały się ciężarne Żydówki. Władze obozowe zabroniły podwiązywania pępowiny noworodkom żydowskim, dzieci wraz z łóżyskiem miały być wrzucane do kubła z wodą. Pomimo zakazów lekarzy SS położne podwiązywały pępowinę wszystkim narodzonym dzieciom. Ocalić je mogła jedynie „adopcja” przez nieżydowską matkę, której dziecko zmarło. Część z nich uratowano dzięki temu, że niektórym Polkom udało się zabrać niemowlęta żydowskie i podać za swoje (przyp. M.C.).

Można zadać sobie pytanie: czy kierowanie się sumieniem w tak ryzykownej sytuacji stanowi raczej obowiązek, czy przywilej? Zastanówmy się nad sytuacją, kiedy lekarz uważa, że aborcja jest niedopuszczalna niezależnie od okoliczności, nawet jeśli bez jej przeprowadzenia zginie i kobieta, i dziecko, co może się zdarzyć zwłaszcza w skrajnie trudnych warunkach. Z takim dylematem zmagali się lekarze, których sumienie sprzeciwiało się aborcji, ale dostrzegali konieczność jej przeprowadzenia. W obozie sumienie nakazywało dr Perl zabijać dzieci w celu ratowania kobiet, ale nawet po wielu latach od Zagłady dręczyło ją poczucie odpowiedzialności za odbieranie życia.

Lekarze powinni postępować zgodnie z prawem, a jednocześnie kierować się własnym sumieniem i postępować zgodnie ze swoimi przekonaniem. Nie mogą przy tym zapominać, że istnieje wiele różnych poglądów dotyczących życia dzieci nienarodzonych. Choć rolą lekarza nie jest realizowanie aktualnej polityki ani formułowanie przepisów obowiązujących w danym państwie, jego obowiązkiem pozostaje ochrona zdrowia pacjentów i dbanie o własne prawa przysługujące mu jako członkowi społeczeństwa. Dlatego w sytuacjach, w których prawo zezwala na aborcję ze względów zdrowotnych, zabiegi powinny wykonywać odpowiednio wyszkoleni lekarze na podstawie przepisów zatwierdzonych przez odpowiednie władze³.

Nie ulega wątpliwości, że nazistowskie ustawy określające dopuszczalność lub niedopuszczalność aborcji w zależności od pochodzenia rasowego kobiet były całkowicie nieetyczne. Lekarze przeprowadzający zabiegi (ze wskazań innych niż zdrowotne) działali wbrew wszelkim zasadom etyki. Nie dbali o dobro swoich pacjentek – przerywali ciążę u kobiet, których zdrowie nie było zagrożone. Robili to wyłącznie po to, by realizować wprowadzoną przez nazistów politykę rasową.

Obecnie przyjmuje się powszechnie, że jeśli osobiste przekonania nie pozwalają lekarzowi na zalecenie lub przeprowadzenie aborcji, może od tego odstąpić pod warunkiem zapewnienia ciągłości opieki medycznej i skierowa-

³ Niekiedy przepisy zatwierdzone przez władze stoją w sprzeczności z normami etycznymi i deontologicznymi. Polski Kodeks Etyki Lekarskiej obliguje lekarzy opiekujących się kobietą ciężarną do jednoczesnej troski o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem, nie dopuszczając wyjątków, które przewiduje prawo państwowe (co rodzi oczywisty konflikt etyczno-prawny). Jednoznaczne stanowisko opowiadające się za ochroną życia ludzkiego od poczęcia przyjęli również autorzy powojennej Deklaracji genewskiej (przyp. J.P.).

nia pacjentki do wykwalifikowanego specjalisty⁴. Nie istnieją doniesienia o niemieckich lekarzach, którzy odmawiali przeprowadzania aborcji uzasadnianych kwestiami „rasowymi”. W tym kontekście kierunek obrany przez państwo dotyczący społeczeństwa i „rasy” miał pierwszeństwo przed osobistymi i medycznymi potrzebami pacjentów. Kolejny raz możemy się przekonać, że na sumienie, zarówno osobiste, jak i zawodowe, mogą wpływać konkretne okoliczności, normy społeczne i kulturowe, a także czasy, w których przychodzi komuś żyć.

⁴ Rozwiązania legislacyjne w zakresie prawa do sprzeciwu sumienia są zróżnicowane zarówno w Europie, jak i na świecie, a obowiązek wskazywania innego specjalisty bywa podważany jako niekonstytucyjny. W Polsce prawo do sprzeciwu sumienia jest zagwarantowane w Ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a także w Ustawie o zawodach pielęgniarzy i położnej. Obowiązek wskazania innego specjalisty lub miejsca, gdzie można uzyskać świadczenie, któremu lekarz się sprzeciwia, został w Polsce uznany za niezgodny z konstytucją i uchylony przez Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 7 października 2015 r. Zdaniem Trybunału przepis we wcześniejszej formie ograniczał wolność sumienia lekarza w sposób nieuzasadniony. Dodać należy, że prawo do sprzeciwu sumienia nie dotyczy sytuacji zagrożenia życia, niebezpieczeństwa ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia pacjenta (przyp. J.P.).

5. Opieka nad umierającymi pacjentami

Opis przypadku

Doktor Elie Cohen, żydowski lekarz pochodzący z Holandii, jako więzień KL Auschwitz był świadkiem wielu selekcji, w wyniku których wysłano na śmierć w komorach gazowych tysiące więźniów. Był też obecny przy selekcjach, które przeprowadzano w blokach szpitalnych – pacjenci przechodzili kolejno przed nazistowskim lekarzem, a ten wskazywał, często bez namysłu, którzy z nich mogą żyć dalej, a którzy mają umrzeć. Obowiązywała zasada, że chorzy przebywający w szpitalu dłużej niż dwa tygodnie będą zabijani. Doktor Cohen miał więc pełną świadomość, że to nazistowska logika skazywała pacjentów na śmierć w komorach gazowych.

Pewnego dnia – po tym, gdy doktor Cohen dowiedział się o nadchodzącej selekcji – zwrócił się do niego jeden z umierających pacjentów, który już od dwóch tygodni przebywał w bloku szpitalnym. Mężczyzna był świadomy, że zostanie wysłany na śmierć, zwrócił się więc do lekarza: „Panie Cohen, mam do pana wielką prośbę. Czy dopilnuje pan, abym dostał tyle narkotyków, że będę nieprzytomny, gdy trafię do komory gazowej?”. Lekarz odmówił umierającemu i nie podał mu żadnych środków odurzających. Wspominał później:

To dla mnie nadal niezwykle bolesna sprawa. Dlaczego nie dałem profesorowi żadnych leków? Ponieważ się bałem! Ponieważ nie chciałem niepotrzebnie narażać własnego życia! Przecież ten pacjent i tak by umarł. Czy powinienem więc być... Sam się zastanów. Ja nie zamierzam ustalać żadnych norm etycznych, ale wtedy rozumowałem właśnie w taki sposób: czy mam ryzykować życie dla kogoś, kto już został skazany... skazany na śmierć, kto i tak zaraz umrze, kogo zabierano do komory gazowej? Tak, mogłem to zrobić. Ale nie zrobiłem tego. Nie zrobiłem.

Bibliografia

Elie A. Cohen, *The abyss. A confession*, W. W. Norton & Company, New York 1973.

Pytanie

Jaką postawę etyczną należy przyjąć w opiece nad umierającymi pacjentami?

Dyskusja

Przypadek dr. Cohena jest szczególny. Zarówno on, jak i jego pacjent byli więźniami obozu zagłady Auschwitz. Doktor Cohen opiekował się umierającym więźniem w skrajnie trudnych okolicznościach. Pacjent poprosił lekarza, aby ten ulżył jego cierpieniu i złagodził umieranie – zapewne był przerażony i udręczony myślą o zbliżającej się śmierci.

Lekarz był w stanie pomóc choremu, jednak wiązałoby się to z narażeniem własnego życia – groziło mu ogromne niebezpieczeństwo ze strony nazistowskich lekarzy. Jakie działania mógł zatem podjąć? Czy był moralnie zobowiązany, aby nieść ulgę w cierpieniu mimo zagrożenia własnego życia? Czy powinien był pomóc pacjentowi, którego bliska śmierć i tak była nieunikniona?

Jakie powinności ma lekarz opiekujący się umierającymi pacjentami?

W debacie etycznej dotyczącej postępowania lekarzy pomagających w umieraniu często pada argument, że taka pomoc może stanowić racjonalny wybór w przypadku umierających pacjentów, którzy chcą uniknąć nieznosnego cierpienia pod sam koniec życia. Pomoc medyczna nie zawsze musi mieć charakter leczniczy, może również mieć na celu przyniesienie ulgi emocjonalnej, duchowej i psychicznej.

Z opieką nad umierającymi pacjentami wiąże się wiele wartości moralnych i zagadnień etycznych. Podstawowym celem lekarza powinno być zapewnienie pacjentom możliwości odejścia z godnością i w komfortowych warunkach. W tym kontekście przywołuje się zasady wartości życia, poszanowania autonomii, dobroczynności i nieszkodzenia. Główny dylemat polega na utrzymaniu równowagi między świętością życia a autonomią pacjenta. Trzeba również zdecydować, które wartości powinny mieć pierwszeństwo przed innymi.

Hierarchię tę można jednak kwestionować – wymienione powyżej wartości nie są przecież absolutne. Można przyjąć, że kiedy zasada świętości życia zbiega się z autonomiczną decyzją pacjenta o przedłużeniu życia, należy się do tego dostosować, nawet jeśli lekarze i opiekunowie uważają takie postępowanie za bezcelowe i o ile nie jest to szkodliwe dla pacjenta lub innych osób. Kiedy jednak chory prosi o skrócenie życia, co jest sprzeczne z zasadą świętości życia, stan pacjenta staje się ważnym elementem podejmowania decyzji. Często się uznaje, że jeśli umierający pacjent jest zdolny do decydowania o sobie, poszanowanie autonomii i godności ludzkiej może przeważać nad szacunkiem dla wartości życia¹.

Niektórzy twierdzą, że pomoc lekarza w umieraniu jest z etycznego punktu widzenia niedopuszczalna, ponieważ stoi w bezpośredniej sprzeczności z tradycyjnymi zobowiązaniami zawodowymi, takimi jak ochrona życia i nieszkodzenie.

Konieczność podejmowania decyzji dotyczących leczenia umierających pacjentów stwarza skomplikowane dylematy etyczne. W wytycznych Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA) zapisano, że „lekarze nie mogą opuszczać umierających pacjentów, lecz powinni kontynuować udzielanie pełnej współczucia opieki, nawet gdy wyleczenie nie jest już możliwe”. Oczywiście lekarz musi jednocześnie postępować zgodnie z wyznawanymi przez siebie wartościami i własnym sumieniem.

W celu złagodzenia konfliktów etycznych i zachęcenia do sprawowania odpowiedniej opieki nad umierającymi wielu zwolenników praw pacjentów i „dobrej śmierci” zaleca sporządzenie testamentu życia lub innych oświadczeń woli *pro futuro*. Ponadto w niektórych krajach wprowadzono przepisy określające prawa umierających pacjentów, które mają pomagać w rozstrzyganiu wątpliwości etycznych związanych z tą skomplikowaną kwestią.

¹ Zarówno w polskim Kodeksie Etyki Lekarskiej, jak i innych dokumentach opartych na Deklaracji genewskiej, poszanowanie autonomii może uzasadnić odstąpienie od terapii (zarówno skutecznej, jak i uporczywej), natomiast nie uzasadnia intencjonalnego skracania życia poprzez eutanazję lub pomoc w samobójstwie. W Kodeksie przyjęto rozróżnienie na środki nadzwyczajne, z których można zrezygnować w okresie terminalnym, oraz środki zwyczajne, które lekarz zawsze ma obowiązek zapewnić – należą do nich m.in. pielęgnacja pacjenta, nawadnianie i odżywianie oraz leczenie przeciwbólowe (przyp. J.P.).

W opisanym powyżej przypadku nie ma prostych odpowiedzi. W obliczu skrajnych okoliczności dr Cohen podjął decyzję, którą w tamtym czasie uznał za właściwą. Pacjent miał wkrótce umrzeć, a podanie mu środka odurzającego mogło spowodować śmiertelne niebezpieczeństwo na lekarza. Doktor Cohen wspominał, że podjęta decyzja była dla niego źródłem cierpień moralnych zarówno w KL Auschwitz, jak i w późniejszych latach życia.

6. Mówienie prawdy

Opis przypadku I

Doktor Albert Haas, żydowski lekarz pochodzenia węgiersko-francuskiego, był członkiem francuskiego ruchu oporu. Wskutek donosu i dekonspiracji został pojmany przez Niemców, którzy torturowali go, a potem wysłali do KL Dachau. Później dr. Haasa przewieziono do obozu koncentracyjnego Gusen II, który stanowił część kompleksu Mauthausen niedaleko Linzu w zaanektowanej Austrii. „Tak oto rozpocząłem karierę lekarza przeklętych w Gusen II” – napisał później dr Haas w swoich wspomnieniach.

Fetter, lekarz SS, wyznaczył go na głównego lekarza w obozowym szpitalu. W dniach, kiedy planowane było przeprowadzenie selekcji, Haas musiał dostarczać Fetterowi listę więźniów z przypisanymi do nich numerami. Podczas selekcji stawali oni plecami do lekarza SS, który wybierał spośród nich pacjentów przeznaczonych na śmierć. Jeśli więzień był w stanie przełożyć pięść pomiędzy swoimi udami, oznaczało to, że był skrajnie wycieńczony i „nadawał się do gazu”. Wybranych w ten sposób więźniów zabierano ze szpitala. Nigdy już nie wracali.

Jak pisze w swojej książce dr Haas, żydowscy lekarze i personel medyczny wiedzieli, że ich pacjenci są zabijani, ale nie mieli świadomości, w jaki sposób. Aby ocalić życie chorym więźniom, Haas postanowił ich okłamywać – mówił im, że wypisanie ze szpitala będzie lepsze dla ich zdrowia:

Odmawiałem udziału w selekcjach przebywających w szpitalu więźniów, którzy dochodzili już do zdrowia. Wkrótce zdałem sobie sprawę, że mogę nieco aktywniej walczyć o ocalenie ich życia, a przynajmniej opóźnić ich śmierć. Gdy dochodziły mnie wieści o zaplanowanej selekcji, odsyłałem ze szpitala pacjentów, którzy byli na tyle silni, by przetrwać kilka dni w obozie. Po zakończeniu selekcji ponownie przyjmowałem ich na oddział.

Problem polegał na tym, że wielu z tych więźniów odmawiało opuszczenia szpitala. Byli przekonani, że wysyłam ich na pewną śmierć z głodu lub w wyniku pobicia. Nie wierzyli mi. W ten sposób w wyniku selekcji zginęło wielu pacjentów, którzy nie przyjęli mojej pomocy.

Bibliografia

Albert Haas, *The Doctor and the damned*, St. Martin's Press, New York 1984.

Opis przypadku II

Gdy Gottfried Bloch trafił do KL Auschwitz, był młodym lekarzem bez pełnych kwalifikacji. Zajmował się tam chorymi w tzw. obozie familijnym dla czeskich rodzin¹. Wraz z innymi więźniami wysłuchiwał historii o komorach gazowych i widział dym wydobywający się z kominów krematoryjnych. Później w swoich wspomnieniach lekarza obozowego napisał:

Nawet w szpitalu, gdzie mieliśmy większą niż pozostali więźniowie styczność z osobami z innych części obozu, udawało się nam wypierać otaczającą rzeczywistość ze świadomości. Za każdym razem, gdy docierały do mnie jakieś informacje potwierdzające proces zagłady, czułem ogromną rozpacz i desperacko starałem się znaleźć coś, co zaprzeczyłoby prawdzie. Często próbowałem dodać otuchy pacjentom, ale w którymś momencie zorientowałem się, że sam już właściwie nie wierzę w to, co mówię. Oczywiście, wiedziałem, co się dzieje. (...) Czy informowanie o tym pacjentów było moim obowiązkiem? W jaki sposób miałoby to im pomóc? (...) Ukrywałem prawdę przed chorymi i personelem szpitala, ale własnego cierpienia nie byłem w stanie ukryć.

Bibliografia

Gottfried R. Bloch, *Unfree associations. A psychoanalyst recollects the Holocaust*, Red Hen Press, Los Angeles 1999.

Pytanie

Czy lekarze zawsze powinni mówić prawdę pacjentom?

¹ Por. s. 169–171 (przyp. red.).

Dyskusja

Ta kwestia może wydawać się prosta, w istocie jednak jest skomplikowana. Niewyjawianie prawdy może przybierać różne formy, służyć różnym celom i prowadzić do zróżnicowanych konsekwencji. Pytania o prawdę i nieprawdę są nieodłącznym elementem komunikacji międzyludzkiej. Mogą się pojawiać w wielu sytuacjach i okolicznościach – w rodzinie, w kawiarni, w pracy, w polityce, w stosunkach międzynarodowych, w organizacjach religijnych oraz oczywiście w relacji lekarz–pacjent. W każdej z tych okoliczności zarówno pytania o ujawnianie lub zatajenie prawdy, jak i główne czynniki decydujące o tym są inaczej postrzegane i występują w różnych konfiguracjach. W kontekście opieki medycznej mówienie prawdy wymaga empatii, inteligencji, wrażliwości i wycucia chwili. W niektórych sytuacjach większe szkody może spowodować całkowita szczerość niż niewyjawienie prawdy.

Jeżeli istnieją argumenty za tym, by nie mówić prawdy, to jakie? Kiedy i w jakich okolicznościach ukrycie części informacji może być usprawiedliwione? Czy powinny w ogóle istnieć odstępstwa od zasady prawdomówności?

Kłamstwo w sytuacji opieki medycznej jest z wielu powodów niewłaściwe, jednak z perspektywy moralnej bywa mniej szkodliwe niż przekazanie pełnych informacji. Jeśli na przykład pacjent jest w depresji, postępuje nieracjonalnie i przejawia skłonności samobójcze, wymagana jest ostrożność, ponieważ ujawnienie wszystkich danych może mieć poważne konsekwencje. Jeżeli pacjent ma negatywne nastawienie do leczenia, przekazanie mu informacji o potencjalnie niekorzystnym rokowaniu może wręcz sprawić, że stanie się ono rzeczywistością. Ten sam argument można odnieść do opisanych powyżej historii, choć oczywiście sytuacja w obozie była ekstremalna. Zapewne w przypadku niektórych pacjentów częściowa niewiedza działała na ich korzyść, jednak inni mogli ponieść szkodę z powodu niedoinformowania. Nawet w miejscach takich jak KL Auschwitz każda osoba i każda sytuacja były wyjątkowe, a ich ocena może zależeć od różnych, ciągle zmieniających się czynników i okoliczności.

Mówienie prawdy stanowi nie tylko zobowiązanie etyczne. Musi też być integralną częścią relacji między lekarzem i pacjentem, a także procesu oceny sytuacji klinicznej. Przy podejmowaniu decyzji, czy powiedzieć całą prawdę, trzeba uwzględnić zasady autonomii pacjenta, dobroczynności, sprawiedliwości oraz ochrony innych.

W niektórych tradycyjnych kulturach pacjentów traktuje się nie jak autonomiczne jednostki posiadające nienaruszalne prawa, ale jako członków rodziny rozszerzonej. To krewni, a nie sam pacjent, otrzymują informacje medyczne, zwłaszcza te, które potencjalnie mogłyby zaszkodzić pacjentowi – jak na przykład diagnoza śmiertelnej choroby. Etyka i praktyka medyczna wymagają zarówno poszanowania norm kulturowych, jak i osobistych preferencji, które mogą się różnić w przypadku poszczególnych pacjentów i ich rodzin.

W opisanych powyżej przypadkach lekarze-więźniowie musieli podejmować decyzje w wyjątkowo trudnej sytuacji, robili to więc zgodnie z własnym wyczuciem moralnym. Ze względu na ekstremalne okoliczności częściowa niewiedza na temat tego, co się działo w obozie, mogła być zapewne dla niektórych pacjentów w jakimś stopniu korzystna. Biorąc pod uwagę codzienność w KL Auschwitz, bardzo prawdopodobne jest również, że wielu z nich znało rzeczywisty cel selekcji. Niezależnie od tego „słowa otuchy” ze strony dr. Blocha stanowiły przejaw współczucia.

Możliwe jest także, że każdy więzień idący na śmierć reagowałby inaczej, gdyby wiedział, co go czeka. Czy zatem pacjenci, którzy wiedzieliby, że pozostawanie w szpitalu zwiększa ryzyko selekcji na śmierć, zdecydowałiby się go opuścić? Albo czy mogliby się lepiej przygotować na odejście?

Koniec końców niezależnie od sytuacji i okoliczności każda osoba musi samodzielnie stawić czoło chorobie i śmierci. Czy wobec tego ukrywanie przed pacjentami prawdy nie oznacza, że odbieramy im możliwość zmierzenia się z własnym losem?

7. Lekarze w „sytuacjach bez wyjścia”

Opis przypadku

Doktor Maximillian Samuel urodził się w 1880 roku w Kolonii, gdzie do momentu wybuchu I wojny światowej pracował jako ginekolog. Później został lekarzem frontowym i otrzymał odznaczenia za swoją służbę i odwagę. Po dojściu nazistów do władzy i wprowadzeniu przepisów dyskryminujących żydowskich lekarzy utracił prawo wykonywania zawodu i był zmuszony zamknąć praktykę. W 1938 roku dr. Samuela aresztowało Gestapo, jednak udało mu się uciec i wyjechać wraz z rodziną do Belgii. W sierpniu 1943 roku został ponownie ujęty, po czym deportowano go razem z żoną i córką do KL Auschwitz. W obozie kobieta od razu trafiła do komory gazowej. Samuelowi i jego córce udało się przeżyć wstępną selekcję – zostali skierowani do pracy w jednej z przyobozowych fabryk.

Doktora Samuela przeniesiono później do bloku 10¹ w obozie Auschwitz I, by wykorzystać jego doświadczenie ginekologiczne do przeprowadzenia eksperymentów pseudomedycznych, między innymi do usuwania więźniarkom narządów rozrodczych. Ze świadectw ocalonych wynika, że dr Samuel sabotował wykonywanie niektórych zabiegów, pozorując jedynie usunięcie narządów. Ofiary, którym udało się przeżyć i po wojnie urodzić dzieci, zapamiętały go jako wybawcę. Inni więźniowie wspominali jednak, że lekarz ochotczo pomagał

¹ Blok 10 zlokalizowany był na terenie tzw. obozu macierzystego (KL Auschwitz). Pod koniec 1942 r. usunięto z niego więźniów i poddano go częściowej przebudowie. Wiosną 1943 r. uruchomiono w nim laboratoria i pracownie analityczne oraz umieszczono więźniarki pochodzenia żydowskiego przeznaczone „do celów doświadczalnych” (*Häftlinge für Versuchszwecke*). Zbrodnicze eksperymenty sterylizacyjne na terenie bloku 10 prowadzili głównie lekarze SS: Horst Schumann i Carl Clauberg (przyp. M.C.).

nazistom w przeprowadzaniu eksperymentów. Byli też tacy, którzy opisywali go jako człowieka w „złym stanie psychicznym” lub pogrążonego w rozpacz, obawiającego się, że odmowa współpracy może sprowadzić na jego córkę śmierć.

W październiku 1943 roku dr. Maximilliana Samuela wysłano do komory gazowej w KL Birkenau i zamordowano. Opinie na temat przyczyn jego śmierci są podzielone. Niektórzy twierdzą, że został zabity ze względu na sabotaż, inni uważają, że wiedział zbyt wiele na temat eksperymentów, według jeszcze innych był wyniszczony i nie był już w stanie pracować.

Bibliografia

1. Robert J. Lifton, *The Nazi doctors. Medical killing and the psychology of genocide*, Basic Books, New York 2000.
2. Susan Benedict, Ruth Jolanda Weinberger, *Medical personnel in Auschwitz. W: Medizinische Experimente in Nationalsozialistischen Konzentrationslagern*, Ludwig Boltzmann-Institut für Historische Sozialwissenschaft, Wien 2008.
3. Daniel S. Nadav, *Medicine and Nazism*, The Hebrew University Magnes Press, Jerusalem 2009.

Pytanie

Czy istnieją sytuacje, w których nie da się podjąć decyzji zgodnych z etyką lekarską?

Dyskusja

Opisany powyżej przypadek w zasadzie nie wymaga objaśnienia. Lekarz znajdował się w okolicznościach, w których musiał podejmować decyzje mające bezpośredni wpływ na jego życie osobiste i zawodowe. Od nich zależał również los jego córki, a także pacjentek, które operował.

Jedną z podstawowych lekcji, których udziela nam historia Zagłady, ale też życie jako takie, jest fakt, że ludzie – niezależnie od swojej deklarowanej postawy – mogą się zachować w zupełnie różny sposób w zależności od sytuacji i okoliczności. Nasze wybory i decyzje moralne nie zawsze są konsekwentne. W dobie Zagłady tę niekonsekwencję mogły wzmacniać stan fizyczny i ekstremalne okoliczności w więzieniu, getcie czy miejscu ukrywania się, a także świa-

domość, że każda podjęta decyzja ma wpływ nie tylko na szanse przetrwania danej osoby, ale także jej bliskich. Ludzie dosłownie każdego dnia dokonywali wyborów, od których zależało ich życie lub śmierć, a także życie i śmierć innych.

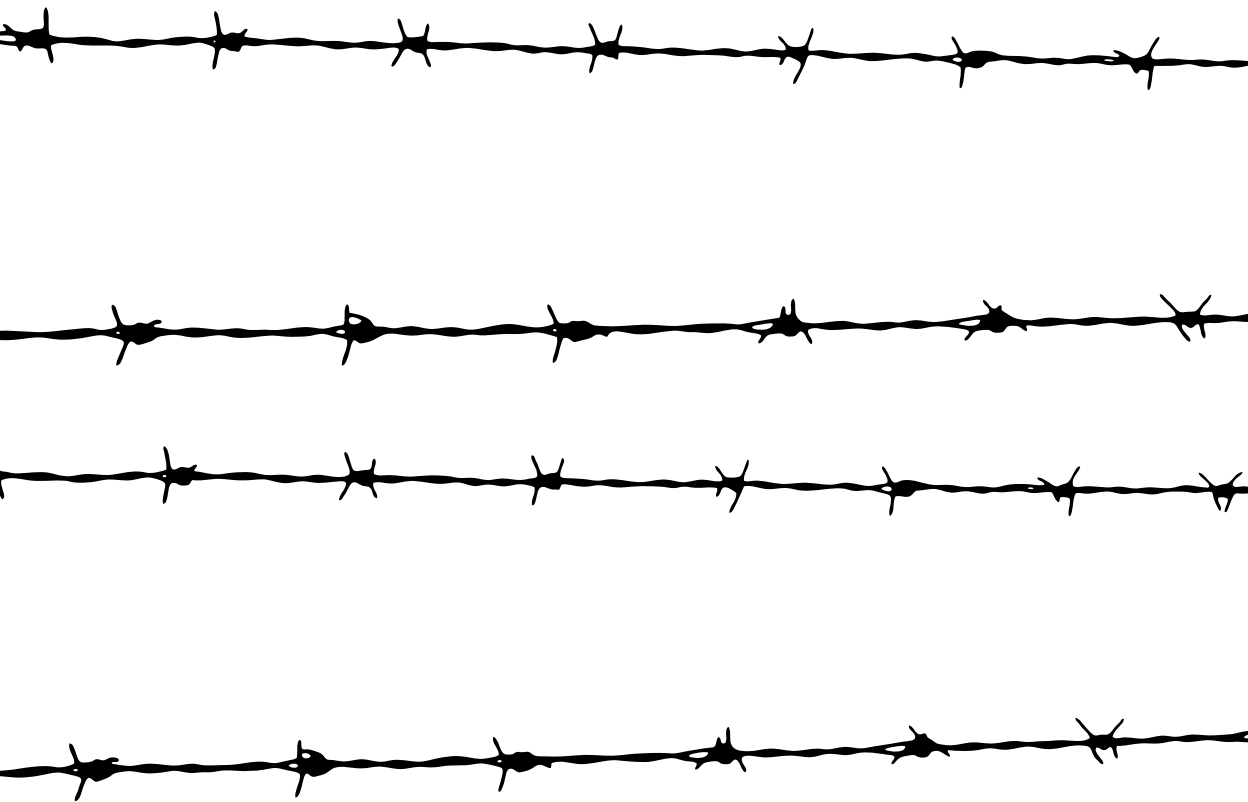
Doktor Samuel zginął w komorze gazowej, nigdy więc nie poznamy dokładnych motywów jego decyzji. Jednak na podstawie świadectw i zeznań współwięźniów, lekarzy, pacjentów (ofiar eksperymentów pseudomedycznych) i innych osób, z którymi dr Samuel miał styczność w obozie, możemy, zachowując pokorę i powstrzymując się od ocen, postawić pytania:

- Czy był kolaborantem?
- Czy nadużył swojej pozycji jako lekarz?
- Czy mógł podjąć inne decyzje?
- Czy wykonywał polecenia, ponieważ chciał ocalić życie córki?
- Czy za podejmowanymi przez niego decyzjami stał zamiar sabotowania nazistowskich eksperymentów pseudomedycznych?
- Czy w takich okolicznościach byłoby w ogóle możliwe dokonywanie właściwych etycznie wyborów?

Gdyby dr Samuel już na samym początku odmówił wykonywania poleceń, spotkałby go taki sam los – zginąłby w komorze gazowej. Jednak to, że pozostał jeszcze przez jakiś czas przy życiu, pozwoliło mu uczynić trochę dobra – uratował płodność niektórych więźniarek, a nie można mieć przecież pewności, że inni lekarze-więźniowie postąpiliby na jego miejscu tak samo.

To nie przypadek, że różni ludzie zapamiętali dr. Samuela inaczej. Więźniowie z obozowego personelu medycznego, którzy byli świadkami jego działań, byli zdania, że lekarz naruszył zasady etyki zawodowej, wykonując zabiegi na polecenie nazistów. Z drugiej strony kobiety, którym ocalił życie i płodność, uważały go za dobrego człowieka i lekarza kierującego się zasadami etyki.

Załączniki



1. Kodeks norymberski¹, 1947

Trybunał Wojskowy, Norymberga

1. Warunkiem koniecznym [prowadzenia eksperymentu medycznego na człowieku] jest dobrowolna zgoda osoby, która ma być mu poddana. Oznacza to, że osoba, która ma być poddana eksperymentowi, powinna być w świetle prawa zdolna do wyrażenia zgody; powinna znajdować się w takiej sytuacji, aby była w stanie dokonać wolnego wyboru, bez ingerencji jakichkolwiek czynników mających charakter przymusu, oszustwa, podstępu, zastraszenia, nadużycia władzy lub innych zawołowanych form presji albo przemocy; nadto powinna posiadać wiedzę i zrozumienie przedmiotowych kwestii w stopniu wystarczającym do podjęcia rozumnej i światłej decyzji. Spełnienie tego ostatniego warunku wymaga, aby przed przyjęciem pozytywnej decyzji osoby, która ma być poddana eksperymentowi, poinformować ją o istocie, czasie trwania oraz o celu danego eksperymentu, o metodach i środkach, z użyciem których będzie on realizowany, o wszelkich dających się rozsądnie przewidzieć niedogodnościach i niebezpieczeństwach, oraz o skutkach dla jej zdrowia lub zdrowia innej osoby, jakie mogą wiązać się z udziałem w tym eksperymencie. Obowiązek zapewnienia jakości zgody oraz związana z nim odpowiedzialność spoczywa na każdej jednostce, która inicjuje, kieruje lub jest zaangażowana w eksperyment. Jest to osobisty obowiązek i osobista odpowiedzialność, które nie mogą być przeniesione na inne podmioty i z których nie można się zwolnić.

2. Eksperyment powinien prowadzić do osiągnięcia wyników korzystnych dla dobra społeczeństwa, których nie można osiągnąć innymi metodami lub środkami badawczymi i które nie są z natury swej przypadkowe bądź bezużyteczne.

¹ Źródło: *Badania naukowe z udziałem ludzi w biomedycynie. Standardy międzynarodowe*, Joanna Różyńska, Marcin Waligóra (red.), Wolter Kluwers, Warszawa 2012, s. 237–238 (przyp. red.).

3. Eksperyment powinien być w taki sposób zaprojektowany i oparty na wynikach eksperymentów na zwierzętach oraz wiedzy na temat naturalnej historii danej choroby bądź innego badanego problemu, aby jego przewidywane wyniki usprawiedliwiały przeprowadzenie go na ludziach.
4. Eksperyment powinien być prowadzony w taki sposób, aby unikać wszelkich niepotrzebnych cierpień fizycznych i psychicznych oraz urazów u osób biorących w nim udział.
5. Nie wolno przeprowadzać eksperymentu, gdy istnieją racje *a priori*, aby sądzić, że skutkiem eksperymentu będzie śmierć uczestnika lub uraz prowadzący do niepełnosprawności, z wyjątkiem – być może – eksperymentów, w których rolę uczestników pełnią sami lekarze prowadzący eksperyment.
6. Poziom ryzyka, z jakim wiąże się udział w eksperymencie, nigdy nie powinien przekraczać znaczenia, jakie dla ludzkości ma problem, którego rozwiązaniu ma służyć eksperyment.
7. Należy przeprowadzić stosowne przygotowania oraz zapewnić odpowiednie zaplecze sprzętowe w celu ochrony osób poddanych eksperymentowi przed – nawet odległą – możliwością odniesienia szkody na zdrowiu w postaci urazu, niepełnosprawności lub śmierci.
8. Eksperyment powinien być prowadzony wyłącznie przez osoby posiadające kwalifikacje naukowe. Od osób, które prowadzą bądź są zaangażowane w eksperyment, powinno się wymagać najwyższego poziomu umiejętności i staranności na wszystkich jego etapach.
9. W trakcie eksperymentu osoba, która jest mu poddana, powinna mieć możliwość podjęcia decyzji o zakończeniu eksperymentu, jeśli znalazła się w takim stanie fizycznym lub psychicznym, że dalszy udział w tym eksperymencie wydaje się jej niemożliwy.
10. W trakcie eksperymentu naukowiec odpowiedzialny za jego prowadzenie musi być gotowy przerwać eksperyment na każdym jego etapie, jeżeli – działając w dobrej wierze, zgodnie z najlepszymi umiejętnościami oraz w oparciu o staranną ocenę, tj. zgodnie z tym, czego się od niego wymaga – ma dostateczne podstawy, aby sądzić, że dalsze prowadzenie eksperymentu może doprowadzić do urazu, niepełnosprawności albo śmierci osoby mu poddanej.

Tłumaczenie: © Joanna Różyńska

2. Rozporządzenie pruskiego Ministra ds. Wyznań, Spraw Szkolnych i Medycznych, 1900

I. Zwraca się uwagę dyrektorom klinik, poliklinik i podobnych placówek, że interwencje medyczne przeprowadzane w celach innych niż diagnoza, leczenie lub immunizacja są bezwzględnie zabronione, nawet gdy spełnione są wszystkie inne prawne i etyczne przesłanki takiej interwencji, jeżeli:

1. Osoba będąca przedmiotem interwencji jest niepełnoletnia lub jest nie w pełni władna z innych przyczyn.
2. Osoba taka nie zadeklarowała jednoznacznie, że wyraża zgodę na interwencję.
3. Deklaracja taka nie została złożona po uprzednim odpowiednim objaśnieniu potencjalnych negatywnych rezultatów interwencji.

II. Ponadto zarządza się, co następuje:

1. Interwencje tego rodzaju mogą być przeprowadzane wyłącznie osobiście przez dyrektora instytucji lub z jego specjalnego upoważnienia.
2. Wszystkie interwencje tego rodzaju należy odnotowywać w dokumentacji medycznej, zaświadczać, że spełnione zostały wymogi art. I pkt. 1–3 oraz art. II pkt. 1, i podając szczegółowy opis przypadku.

III. Niniejsze rozporządzenie nie dotyczy interwencji medycznych, których celem jest diagnoza, leczenie lub immunizacja.

3. Okólnik Rzeszy w sprawie zdrowia. Wytyczne dotyczące nowych terapii i eksperymentów na ludziach¹, 1931 r.

1. Aby zapewnić dalszy rozwój nauk medycznych, w pewnych sytuacjach nie można uniknąć stosowania terapii obejmujących nowe, nie do końca przetestowane metody i zabiegi. Podobnie nie da się całkowicie i bezwzględnie wykluczyć eksperymentów naukowych na ludziach, ponieważ ograniczyłoby to lub wręcz zatrzymało postępy w diagnozowaniu, leczeniu i profilaktyce chorób. Swobodę, jaką w związku z tym zyskuje lekarz, powinna równoważyć stała świadomość odpowiedzialności za życie i zdrowie ludzi, którzy są obiektami terapii innowacyjnych lub eksperymentów naukowych.

2. „Terapia innowacyjna” oznacza interwencje i metody leczenia, które dotyczą ludzi i mają cel terapeutyczny.

3. „Eksperymenty naukowe” oznaczają interwencje i metody leczenia, które dotyczą ludzi i są podejmowane w celach badawczych bez celu terapeutycznego.

4. Wszelkie terapie innowacyjne należy uzasadniać i prowadzić zgodnie z zasadami etyki lekarskiej oraz praktyką i teorią medyczną. W każdym przypadku należy ocenić, czy potencjalne negatywne skutki są proporcjonalne do przewidywanych korzyści. Terapie innowacyjne można stosować tylko po przeprowadzeniu wcześniejszych prób na zwierzętach (o ile jest to możliwe).

¹ Tytuł oryginalny: Richtlinien für neuartigen Heilbehandlung und für die Vornahme wissenschaftlicher Versuche am Menschen (przyp. M.C.).

5. Terapię innowacyjną można przeprowadzić jedynie po wyrażeniu przez osobę lub jej przedstawiciela prawnego jednoznacznej zgody na zabieg w świetle otrzymanych wcześniej informacji na ten temat.

W przypadku odmowy terapię innowacyjną można rozpocząć wyłącznie w sytuacji, gdy stanowi pilny zabieg ratujący życie lub zapobiegający poważnemu uszczerbkowi na zdrowiu, a w danych okolicznościach nie udało się uzyskać wcześniejszej zgody.

6. Jeżeli obiektem badań jest dziecko lub osoba poniżej 18. roku życia, należy zachować szczególną ostrożność przy podejmowaniu decyzji o zastosowaniu terapii innowacyjnej.

7. Wykorzystywanie trudnych warunków społecznych w celu zastosowania terapii innowacyjnej jest sprzeczne z zasadami etyki lekarskiej.

8. Wyjątkową ostrożność należy zachować w przypadku terapii innowacyjnych obejmujących żywe drobnoustroje.

9. W klinikach, poliklinikach, szpitalach oraz innych placówkach leczniczych i opiekuńczych terapię innowacyjną może zastosować wyłącznie lekarz prowadzący lub inny lekarz działający zgodnie z jego bezpośrednimi instrukcjami oraz na własną odpowiedzialność.

10. W przypadku każdej przeprowadzonej terapii innowacyjnej należy sporządzić sprawozdanie zawierające cel zabiegu, jego uzasadnienie oraz sposób wykonania. W szczególności sprawozdanie powinno zawierać oświadczenie, że osoba lub (jeśli dotyczy) jej przedstawiciel prawny otrzymali z wyprzedzeniem wszelkie odpowiednie informacje i wyrazili zgodę na terapię. Jeżeli zabieg został przeprowadzony bez zgody osoby w okolicznościach określonych w drugim akapicie art. 5, oświadczenie musi zawierać szczegółowy opis tej sytuacji.

11. Wyniki badań innowacyjnych można publikować wyłącznie pod warunkiem poszanowania godności pacjenta i zasad humanitarnego postępowania.

12. Artykuły 4–11 niniejszych Wytocznych stosuje się odpowiednio (*mutatis mutandis*) do eksperymentów naukowych (por. art. 3).

W przypadku takich eksperymentów obowiązują następujące dodatkowe wymagania:

- (a) zabrania się przeprowadzania jakichkolwiek eksperymentów bez uzyskania zgody;

(b) należy unikać eksperymentów na obiektach ludzkich, jeśli można je zastąpić badaniami na zwierzętach;

(c) zabronione są eksperymenty z udziałem dzieci lub młodzieży poniżej 18. roku życia, jeśli mogłyby stanowić dla nich jakiekolwiek zagrożenie;

(d) eksperymenty z udziałem osób umierających są niezgodne z zasadami etyki medycznej, w związku z czym są zabronione.

13. Lekarzom i kierującym placówkami szpitalnymi nie można odmówić prawa do poszukiwania nowych sposobów ochrony lub leczenia pacjentów czy przynoszenia im ulgi w cierpieniu, jeżeli są przekonani, że znane metody okażą się nieskuteczne.

14. Kursy akademickie powinny przy każdej możliwej okazji podkreślać szczególne obowiązki lekarzy związane ze stosowaniem nowych form terapii lub przeprowadzaniem eksperymentów naukowych, a także z publikowaniem wyników takich badań.

4. Deklaracja helsińska, 2008

DEKLARACJA HELSIŃSKA ŚWIATOWEGO STOWARZYSZENIA LEKARZY

ETYCZNE ZASADY PROWADZENIA BADAŃ¹
MEDYCZNYCH Z UDZIAŁEM LUDZI

Przyjęta przez 18 Zgromadzenie Ogólne
Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA²),
Helsinki, Finlandia, czerwiec 1964 r.,
i zmieniona przez:

29 Zgromadzenie Ogólne WMA, Tokio, Japonia, październik 1975 r.

35 Zgromadzenie Ogólne WMA, Wenecja, Włochy, październik 1983 r.

41 Zgromadzenie Ogólne WMA, Hong Kong, wrzesień 1989 r.

48 Zgromadzenie Ogólne WMA, Somerset West, RPA, październik 1996 r.

52 Zgromadzenie Ogólne WMA, Edynburg, Szkocja, październik 2000 r.

53 Zgromadzenie Ogólne WMA, Waszyngton 2002 r.

(dodana Nota Wyjaśniająca do paragrafu 29)

55 Zgromadzenie Ogólne WMA, Tokio 2004 r.

(dodana Nota Wyjaśniająca do paragrafu 30)

59 Zgromadzenie Ogólne WMA, Seul, październik 2008 r.

¹ W starszych wersjach Deklaracji helsińskiej angielskie słowo *research* tłumaczono jako „eksperyment”. W niniejszym tłumaczeniu użyto terminu „badanie”, ponieważ wersja Deklaracji Helsińskiej z 2008 r. dotyczy nie tylko eksperymentów medycznych, ale także badań ludzkiego materiału biologicznego i danych, których nie można zaliczyć do eksperymentów medycznych (przyp. Marka Czarkowskiego [dalej: M.Cz.]).

² WMA – skrót od World Medical Association (przyp. M.Cz.).

A. WSTĘP

1. Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (WMA) opracowało Deklarację Helsińską jako wykładnię zasad etycznych dla badań medycznych z udziałem ludzi, włącznie z badaniami na możliwych do zidentyfikowania ludzkim materiale biologicznym i danych.

Założono, że Deklaracja powinna być czytana jako całość oraz że każdy z jej przepisów nie powinien być stosowany bez uwzględnienia wszystkich innych stosownych przepisów.

2. Chociaż Deklaracja jest adresowana przede wszystkim do lekarzy, WMA zachęca inne osoby zaangażowane w realizację badań medycznych z udziałem ludzi do przyjęcia niniejszych zasad.

3. Obowiązkiem lekarza jest promocja i ochrona zdrowia pacjentów włącznie z tymi, którzy biorą udział w badaniach medycznych. Wiedza i sumienie lekarza służą wypełnianiu tego obowiązku.

4. Deklaracja Genewska WMA wiąże lekarza słowami: „Zdrowie mojego pacjenta będzie moją główną troską”, a Międzynarodowy Kodeks Etyki Lekarskiej oznajmia, że „Lekarz działa w najlepszym interesie pacjenta, gdy udziela opieki lekarskiej”.

5. Postęp medyczny jest oparty na badaniach, które w końcowych etapach muszą obejmować eksperymenty z udziałem ludzi. Populacje, które nie są wystarczająco reprezentowane w badaniach medycznych powinny mieć zapewniony odpowiedni dostęp do udziału w badaniach.

6. W badaniach medycznych z udziałem ludzi dobro indywidualnego uczestnika musi mieć pierwszeństwo nad wszystkimi innymi interesami.

7. Podstawowym celem badań medycznych z udziałem ludzi jest zrozumienie przyczyn, rozwoju i skutków chorób oraz doskonalenie interwencji profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych (metod, procedur i leczenia). Nawet aktualnie najlepsze interwencje muszą być ustawicznie oceniane poprzez badania nad ich bezpieczeństwem, efektywnością kliniczną³ i rzeczywistą⁴, dostępnością i jakością.

³ Efektywność kliniczna (ang. *efficacy*) odpowiada efektywności danej interwencji ocenianej na podstawie badań medycznych prowadzonych w ściśle określonych i wystandaryzowanych warunkach (przyt. M.Cz.).

⁴ Efektywność rzeczywista (ang. *efficiency*) odpowiada efektywności danej interwencji w warunkach codziennej praktyki medycznej (przyt. M.Cz.).

8. W praktyce lekarskiej i w badaniach medycznych większości interwencji towarzyszy ryzyko⁵ i obciążenia.

9. Badania medyczne podlegają normom etycznym, które promują zasadę szacunku dla każdej osoby i stoją na straży zdrowia i praw wszystkich ludzi. Niektóre populacje uczestników badań są szczególnie narażone na nadużycia i potrzebują szczególnej ochrony. Obejmują one tych, którzy nie mogą udzielić lub odmówić udzielenia zgody we własnym imieniu, i tych, którzy mogą być narażeni na stosowanie przymusu lub na nieuprawniony nacisk.

10. Lekarze powinni uwzględniać normy i standardy etyczne, przepisy prawa i inne regulacje dotyczące badań z udziałem ludzi, które obowiązują w ich własnych krajach, jak również mające zastosowanie międzynarodowe normy i standardy. Żaden krajowy lub międzynarodowy wymóg etyczny, prawny lub wynikający z innych regulacji nie powinien pomniejszać lub eliminować któregośkolwiek ze sposobów ochrony uczestników badań określonych w niniejszej Deklaracji.

B. ZASADY DOTYCZĄCE WSZYSTKICH BADAŃ MEDYCZNYCH

11. Obowiązkiem lekarzy realizujących badania medyczne jest ochrona życia, zdrowia, godności, integralności, prawa do samookreślenia, prywatności oraz poufności danych osobowych uczestników badań.

12. Badania medyczne z udziałem ludzi muszą pozostawać w zgodzie z ogólnie przyjętymi zasadami naukowymi, muszą być oparte na gruntownej znajomości literatury naukowej, innych istotnych źródeł informacji oraz na odpowiednich badaniach doświadczalnych i jeśli jest to właściwe, na badaniach na zwierzętach. Dobro zwierząt wykorzystywanych w badaniach musi być szanowane.

13. Badania medyczne, które mogą szkodzić środowisku, powinny być prowadzone z zachowaniem szczególnej ostrożności.

14. Projekt i wykonanie każdego badania z udziałem ludzi muszą być jasno opisane w protokole badania. Protokół powinien zawierać oświadczenie o zagadnieniach etycznych, które wchodzić w grę, i wskazywać, w jaki sposób uwzględniono

⁵ W badaniach medycznych mogą występować różne rodzaje ryzyka, np. ryzyko poniesienia uszczerbku na zdrowiu, ryzyko naruszenia prywatności (przytł. M.Cz.).

zasady niniejszej Deklaracji. Protokół powinien zawierać informacje dotyczące finansowania, sponsorów, powiązań instytucjonalnych, innych potencjalnych konfliktów interesów, zachęt dla uczestników badania i zabezpieczeń umożliwiających leczenie i/lub zadośćuczynienie dla uczestników poszkodowanych w następstwie udziału w badaniu. Protokół powinien opisywać ustalenia dotyczące dostępu uczestników badania do interwencji uznanych jako korzystne lub do innej odpowiedniej opieki lub odpowiednich świadczeń po zakończeniu badania.

15. Protokół badania musi zostać przedłożony w celu rozpatrzenia, skomentowania, udzielenia wytycznych i zatwierdzenia komisji etycznej do spraw badań⁶ przed rozpoczęciem badania. Ta komisja musi być niezależna od badacza, od sponsora oraz od innych nieuprawnionych nacisków. Musi ona brać pod uwagę prawo i inne regulacje w kraju lub krajach, w których badanie ma być przeprowadzone, jak również odpowiednie międzynarodowe normy i standardy, które jednak nie mogą ograniczać lub eliminować któregokolwiek ze sposobów ochrony uczestników badań określonych w niniejszej Deklaracji. Komisja musi mieć prawo do monitorowania toczących się badań. Badacz musi dostarczać informacje z przebiegu badania, w szczególności informacje na temat każdego poważnego zdarzenia niepożądanego. Żadna zmiana protokołu nie może zostać dokonana bez jej rozpatrzenia i zatwierdzenia przez komisję.

16. Badania medyczne z udziałem ludzi muszą być prowadzone wyłącznie przez osoby posiadające odpowiednie naukowe wykształcenie i kwalifikacje. Badania na pacjentach lub na zdrowych ochotnikach wymagają nadzoru ze strony kompetentnego i odpowiednio wykwalifikowanego lekarza lub osoby wykonującej inny zawód medyczny. Odpowiedzialność za ochronę uczestników badań musi zawsze pozostawać w rękach lekarza lub osoby wykonującej inny zawód medyczny, a nigdy w rękach uczestników badania nawet, jeśli udzielili oni swojej zgody.

⁶ W oryginale *research ethics committee*. W Polsce projekty eksperymentów medycznych opiniują komisje bioetyczne. Polskie przepisy nie określają, które komisje powinny opiniować projekty badań na możliwym do zidentyfikowania ludzkim materiale biologicznym i/lub ludzkich danych (przyp. M.Cz.).

17. Badania medyczne, w których biorą udział populacja lub społeczność z ograniczoną możliwością decydowania o sobie lub narażona na nadużycia⁷, są uzasadnione jedynie wówczas, jeśli badania te odpowiadają potrzebom zdrowotnym i oczekiwaniom tej populacji lub społeczności, oraz jeśli istnieje uzasadnione prawdopodobieństwo, że ta populacja lub społeczność skorzysta z wyników badań.

18. Każde badanie medyczne z udziałem ludzi musi być poprzedzone staranną oceną przewidywalnego ryzyka i obciążeń dla indywidualnych osób i społeczności biorących udział w badaniu w porównaniu z możliwymi do przewidzenia korzyściami dla nich lub dla innych osób lub społeczności, których dotyczy badany problem.

19. Każde badanie kliniczne⁸ jeszcze przed rekrutacją pierwszego uczestnika musi być zarejestrowane w publicznie dostępnej bazie danych.

20. Lekarze mogą nie uczestniczyć w badaniu z udziałem ludzi, jeśli nie są przekonani, że potencjalne ryzyko zostało prawidłowo oszacowane i że będzie w sposób zadowalający zarządzane⁹. Lekarze muszą natychmiast przerwać badanie, gdy zostanie wykazane, że ryzyko przeważa nad potencjalnymi korzyściami lub gdy pojawi się rozstrzygający dowód istnienia dodatnich i korzystnych wyników.

21. Badania medyczne z udziałem ludzi mogą być prowadzone jedynie wówczas, gdy znaczenie celu badania przeważa nad nieodłącznym ryzykiem i obciążeniami dla uczestników badania.

22. Udział osób mogących samodzielnie podjąć decyzję¹⁰ w badaniach medycznych musi być dobrowolny. Chociaż może być stosowne skonsultowanie się

⁷ Woryginale *disadvantaged or vulnerable population or community* (przyp. M.Cz.).

⁸ Badania kliniczne to eksperymenty medyczne, których celem jest ocena produktów leczniczych lub wyrobów medycznych (przyp. M.Cz.).

⁹ Zarządzanie ryzykiem w badaniach medycznych polega na identyfikacji i ocenie różnych rodzajów ryzyka w celu opracowania metod rozpoznawania, monitorowania i kontrolowania przebiegu zdarzeń niepożądanych i innych niekorzystnych zjawisk mogących ujawnić się podczas realizacji badań (przyp. M.Cz.).

¹⁰ Chodzi o osoby posiadające prawną i faktyczną zdolność do samodzielnego wyrażenia zgody na udział w badaniu (przyp. M.Cz.).

z członkami rodziny lub z przywódcami społeczności, żadna osoba zdolna do samodzielnego podjęcia decyzji nie może zostać włączona do badania, o ile nie zgadza się na to dobrowolnie.

23. Wszelkie środki ostrożności muszą zostać przedsięwzięte w celu ochrony prywatności uczestników badań oraz poufności ich danych osobowych, a także w celu ograniczenia wpływu badania na ich integralność fizyczną, psychiczną i społeczną.

24. W badaniach medycznych z udziałem osób zdolnych do samodzielnego podjęcia decyzji każdy potencjalny uczestnik musi zostać należycie poinformowany o celach, metodach, źródłach finansowania, wszelkich możliwych konfliktach interesów, powiązaniach instytucjonalnych badacza, przewidywanych korzyściach i potencjalnym ryzyku związanych z badaniem oraz o niedogodnościach, jakie może ono za sobą pociągnąć, a także o wszelkich innych istotnych aspektach badania. Potencjalny uczestnik musi zostać poinformowany o prawie do odmowy udziału w badaniu lub do wycofania zgody na udział w badaniu w dowolnym czasie, bez żadnych konsekwencji. Szczególna uwaga powinna być poświęcona specjalnym potrzebom informacyjnym niektórych potencjalnych uczestników, jak również metodom wykorzystywanym do przekazania im informacji. Po upewnieniu się, że potencjalny uczestnik zrozumiał informację, lekarz lub inna odpowiednio wykwalifikowana osoba musi następnie uzyskać dobrowolnie wyrażoną świadomą zgodę potencjalnego uczestnika, najlepiej na piśmie. Jeśli zgoda nie może zostać wyrażona na piśmie, zgoda wyrażona w formie innej niż na piśmie musi zostać oficjalnie udokumentowana i potwierdzona przez świadków.

25. W odniesieniu do badań medycznych wykorzystujących możliwe do zidentyfikowania ludzki materiał lub dane lekarze zasadniczo muszą uzyskać zgodę na ich pobranie, badanie, przechowywanie i/lub powtórne wykorzystanie. Mogą zaistnieć sytuacje, w których uzyskanie zgody byłoby niemożliwe lub nieprzydatne w danym rodzaju badania, albo stanowiłoby zagrożenie dla wiarygodności badania. W takich sytuacjach badania mogą być przeprowadzone jedynie po rozpatrzeniu i zatwierdzeniu przez komisję etyczną do spraw badań.

26. Lekarz powinien zachować szczególną ostrożność, gdy zwraca się o świadomą zgodę na udział w badaniu do potencjalnego uczestnika pozostającego z nim

w relacji zależności lub mogącego wyrazić zgodę pod wpływem presji. W takim przypadku świadoma zgoda powinna być uzyskana przez inną odpowiednio wykwalifikowaną osobę, która nie ma nic wspólnego z relacjami łączącymi uczestnika z lekarzem prowadzącym badanie.

27. W odniesieniu do potencjalnego uczestnika badania, który nie jest zdolny do samodzielnego podjęcia decyzji, lekarz musi uzyskać świadomą zgodę od jego przedstawiciela ustawowego. Takich osób nie wolno włączać do badania, jeśli nie istnieje prawdopodobieństwo uzyskania przez nie korzyści, chyba że badanie ma na celu poprawę zdrowia populacji reprezentowanej przez potencjalnego uczestnika i wiąże się tylko z minimalnym ryzykiem i minimalnymi obciążeniami, i nie może zostać przeprowadzone na osobach zdolnych do samodzielnego podjęcia decyzji.

28. Jeśli uczestnik niezdolny do samodzielnego podjęcia decyzji jest w stanie wyrazić przyzwolenie¹¹ na swój udział w badaniu, lekarz, oprócz zgody jego przedstawiciela ustawowego, musi starać się dodatkowo uzyskać jego przyzwolenie. Sprzeciw potencjalnego uczestnika powinien być uszanowany.

29. Badania, w których uczestnicy nie są zdolni do udzielenia zgody z przyczyn fizycznych lub psychicznych (na przykład pacjenci nieprzytomni), mogą zostać przeprowadzone, jedynie jeśli stan fizyczny lub umysłowy, który uniemożliwia udzielenie świadomej zgody, jest konieczną cechą charakteryzującą badaną populację. W takich okolicznościach lekarz powinien starać się uzyskać świadomą zgodę od ich przedstawicieli ustawowych. Jeśli żaden taki przedstawiciel nie jest dostępny oraz jeśli badanie nie może zostać opóźnione, eksperyment może być rozpoczęty bez świadomej zgody, pod warunkiem że wyjątkowe powody udziału uczestników w stanie, który czyni ich niezdolnymi do udzielenia świadomej zgody, zostały określone w protokole badania oraz pod warunkiem że badanie zostało zaakceptowane przez komisję etyczną do spraw badań. Zgoda na pozostanie w badaniu powinna zostać uzyskana tak szybko jak tylko będzie to możliwe od samego uczestnika lub od jego przedstawiciela ustawowego.

¹¹ W polskich przepisach używa się określenia zgoda (ang. *consent*) zamiast przyzwolenie (ang. *assent*). Chodzi o tak zwaną zgodę równoległą, w której konieczne jest uzyskanie zgody samego potencjalnego uczestnika badania, który nie posiada zdolności do czynności prawnych, oraz zgody jego przedstawiciela ustawowego (przyp. M.Cz.).

30. Autorzy, redaktorzy i wydawcy mają etyczne obowiązki w odniesieniu do publikacji wyników badań. Autorzy mają obowiązek publicznego udostępnienia wyników swoich badań na ludziach i są odpowiedzialni za kompletność i poprawność swoich doniesień. Powinni oni przestrzegać przyjętych etycznych zasad prezentowania wyników badań. Podobnie jak wyniki pozytywne, także wyniki negatywne i nierozstrzygające powinny być opublikowane lub w inny sposób publicznie udostępnione. Źródła finansowania, powiązania instytucjonalne i konflikty interesów powinny zostać ujawnione w publikacji. Raporty naukowe przygotowane niezgodnie z zasadami niniejszej Deklaracji nie powinny być publikowane.

C. DODATKOWE ZASADY DOTYCZĄCE BADAŃ MEDYCZNYCH POŁĄCZONYCH Z OPIEKĄ MEDYCZNĄ

31. Lekarz może łączyć badania medyczne z opieką medyczną jedynie w takim zakresie, w jakim prowadzenie badania jest usprawiedliwione jego potencjalną wartością profilaktyczną, diagnostyczną lub leczniczą i jeżeli lekarz ma ważny powód, by wierzyć, że udział w badaniu nie wpłynie niekorzystnie na zdrowie pacjentów w nim uczestniczących.

32. Korzyści, ryzyko, obciążenia i skuteczność nowej interwencji muszą zostać porównane do korzyści, ryzyka, obciążeń i skuteczności aktualnie najlepszej sprawdzonej interwencji. Wyjątki od powyższej zasady dotyczą następujących okoliczności:

- użycie placebo lub brak leczenia są dopuszczalne w badaniach dotyczących problemów, w których nie istnieje żadna sprawdzona interwencja lub
- gdy z przekonujących i uzasadnionych naukowo powodów metodologicznych użycie placebo jest konieczne dla określenia skuteczności lub bezpieczeństwa interwencji, a pacjenci, którzy otrzymają placebo lub nie otrzymają żadnego leczenia, nie będą narażeni na żadne ryzyko doznania poważnej lub nieodwracalnej szkody. Do opcji tej należy podchodzić z najwyższą ostrożnością, aby uniknąć jej nadużywania.

33. W chwili zakończenia badania pacjentom włączonym do badania przysługuje prawo do bycia poinformowanym o wynikach badania oraz do udziału

we wszystkich korzyściach, które z niego wynikają, na przykład do dostępu do interwencji uznanych w badaniu za korzystne lub do innej stosownej opieki lub korzyści.

34. Lekarz musi wyczerpująco poinformować pacjenta, które aspekty opieki medycznej są powiązane z badaniem. Nieudzielenie przez pacjenta zgody na udział w badaniu lub podjęcie przez pacjenta decyzji o wycofaniu się z badania nie może mieć nigdy negatywnego wpływu na relacje lekarz–pacjent.

35. W leczeniu pacjenta tam, gdzie sprawdzone interwencje nie istnieją lub też okazały się nieskuteczne, lekarz, po zasięgnięciu fachowej porady i uzyskaniu świadomej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego może zastosować interwencję o nieudowodnionej skuteczności, jeśli w ocenie lekarza daje ona nadzieję na uratowanie życia, powrót do zdrowia lub przyniesienie ulgi w cierpieniu. Tam, gdzie jest to możliwe, interwencja taka powinna stać się przedmiotem badań mających na celu ocenę jej bezpieczeństwa i skuteczności. We wszystkich przypadkach nowe informacje powinny być rejestrowane i tam, gdzie jest to stosowne, powinny zostać udostępnione publicznie.

Tłumaczenie: © Marek Czarkowski, Romuald Krajewski, Konstanty Radziwiłł – Ośrodek Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej, Warszawa

Pamięć – jaki z niej pożytek?

*Po co przywoływać duchy? Po co znów zaglądać do komór gazowych,
po co wracać pamięcią do wspomnień o Holokauście, które otworzą
puszkę Pandory, pełną okrucieństwa i rozpacz? Po co pamiętać
za wszelką cenę, skoro to tak bardzo boli?*

*Elie Wiesel powiedział: „Jeśli będziemy zbyt intensywnie wpatrywać
się w umarłych, musimy liczyć się z ryzykiem, że pociągną nas za sobą”.
Pamięć nie jest celem samym w sobie, jest tylko narzędziem, którego
użycie ma wyłącznie jedno uzasadnienie: NIGDY WIĘCEJ! (...)*

*Niniejsza publikacja próbuje pomóc zrozumieć Holokaust. Zmierzenie
się z pytaniem, na które nie ma odpowiedzi – jak mogło do tego dojść? –
być może pozwoli studentom na uświadomienie sobie postulatu
„Nigdy więcej!” oraz na wypełnienie testamentu: „szrejbt un farszrejbt”.*

Prof. Amnon Carmi

Kierownik Katedry Bioetyki UNESCO (Hajfa)

ISBN 978-83-7430-583-9



United Nations
Educational, Scientific and
Cultural Organization



UNESCO Chair
in Bioethics
University of Haifa