



ספר מקרים של ביואתיקה והשואה





ספר מקרים של ביואתיקה והשוואה

מאת

ד"ר טסה שלוש

ד"ר ג'פרי בראוהמר

בשיתוף

ד"ר סוזן בנאדיקט

תרגום לעברית

גב' חנה כרמי וד"ר טסה שלוש

עריכה לשונית והגהה

זהבה פייביש

הקתדרה הבינלאומית לביואתיקה

בשיתוף מרכז איגוד הרפואה העולמי של ה WMA

פרופ' אמנון כרמי

ראש הקתדרה

**ההסתדרות
הרפואית בישראל
Israeli Medical
Association**



הוצאה לאור של מהדורה בעברית בסיוע

ההסתדרות הרפואית בישראל

2022



חלק ראשון: הרופאים הנאציים

רקע היסטורי

- 5 1. אימוץ תפיסת האאוגניקה (Eugenics) על ידי הרפואה הנאצית.
- 9 1.1 אאוגניקה: השתתפותם של רופאים בהחלטות הנוגעות לערך חיי אדם
- 12 1.2 עיקור אאוגני Eugenic Sterilization
- 14 2. גזענות בקרב הקהילה הרפואית הנאצית
- 14 2.1 השימוש בגזע (Race) כאבחנה רפואית
- 18 2.2 גזענות בקרב הקהילה הרפואית הנאצית
- 21 3. חינוך רפואי תחת השלטון הנאצי
- 24 4. העיתונות הרפואית תחת השלטון הנאצי
- 27 5. נאמנות כפולה של רופאים: המדינה נגד הפרט
- 30 6. הלחץ הכלכלי על הרפואה
- 34 7. המתת חסד
- 39 8. משמעות של שבועת היפוקראטס
- 42 9. מחקר רפואי
- 42 9.1 סודיות רופא - מטופל
- 45 9.2 הסכמה מדעת בניסויים בבני אדם
- 49 9.3 הסכמת הורים לטיפול רפואי
- 51 9.4 תועלתנות (Utilitarianism) במחקר קליני
- 54 9.5 שמוש בחלקי גוף שנרכשו בדרכים לא אתיות
- 58 9.6 זיוף רשומות רפואיות
- 06 9.7 האם להשתמש בנתונים שהתקבלו מהרופאים הנאציים?
- 64 10. רופאים ועינויים
- 67 11. השתתפותם של רופאים ברצח עם
- 70 12. האתיקה של חברות תרופות במחקר רפואי
- 74 13. מצפון רפואי (Medical Conscience) ו- Whistle Blowing



חלק שני: הרופאים האסירים

רקע היסטורי של הרופאים האסירים

- 78 1. רפואה חסרת תוחלת בנסיבות קיצוניות
- 81 2. מיון ראשוני רפואי - Medical Triage
- 83 2.1 ניצול לרעה של Triage - הרפואי: הסלקציות הנאציות ("The Nazi" Selections)
- 86 2.2 צדק בחלוקת משאבים - Distributive Justice
- 88 3. הסיכונים בטיפול רפואי
- 88 3.1 גילוי זהות מקצועית מול סכנת מוות
- 90 3.2 טיפול באויב
- 93 3.3 טיפול רפואי בנסיבות מסוכנות - מחויבות של רופא/אחות
- 95 3.4 שינוי עמדות אתיות
- 97 3.5 היענות
- 99 4. הפלות: נקודת המבט של הרופאים הנאציים ושל הרופאים האסירים
- 102 5. טיפול בחולים הנוטים למוות
- 104 6. אמירת האמת
- 106 7. "בחירות נטולות בחירה" ברפואה - "Choiceless Choices"

נספחים:

- 108 1. Nuremberg Code, 1947
- 109 2. The Prussian Ministry of Religious, Educational and Medical Affairs Directive, 1900.
- 110 3. The Reich Health Circular: Regulations on New Therapy and Human Experimentation, 1931.
- 111 4. Declaration of Helsinki, 2013

הקדמה

היוזמה של ד"ר טסה שלוש, רופאה ישראלית, חוקרת מוכרת של היסטוריה רפואית, לערוך ספר על טיפול רפואי ועל התנהגות רופאים בתקופת השואה, ראויה להערכה רבה. הליקוט של נתונים רלוונטיים ושליפתם מארכיונים נסתרים, היו כרוכים במשימה מדעית מורכבת שהייתה מלווה בחוויה רגשית קשה. שמעון דובנוב, ההיסטוריון היהודי הנודע, הובל עם יהודים נוספים להריגה בריגה. סופר עליו, שבמהלך הצעדה הוא פנה אליהם בקריאה: "זכרו. זכרו. העלו על הכתב".

"לזכור" – על שום מה?

מדוע חייבים אנחנו להעלות רוחות רפאים? מדוע עלינו לפתוח את תאי הגזים ואת תיבת פנדורה של העינויים ושל הייאוש בתקופת השואה? מדוע עלינו להתאמץ לזכור אם הזיכרון מכאיב כל כך? אלי ויזל אמר: "אם אנחנו מסתכלים בשקידת יתר לעבר המתים, אנחנו מסתכנים בפיתוי של הצטרפות אליהם". הזיכרון אינו מהווה מטרה בפני עצמה, הוא אינו אלא כלי. השימוש בכלי זה יכול להיות מוצדק בשל מטרה אחת בלבד: "לעולם לא עוד!" לא לשמש לצרכי מדע, לא כדי לפאר את מותם של הקדושים. כי את הנעשה אין להשיב. הזיכרון לא יחזיר לחיים את המתים. הקריאה - "לעולם לא עוד" דרושה להישרדות של המין האנושי, של האנושיות.

העיון במקרים שלוקטו על ידי טסה שלוש ועל ידי גודפרי בראמר וסוזן בנדיקט, מעלה את הקושי להבין, כיצד יכולה הייתה אומה ליהפך לאומה של רוצחים או של שותפים לרצח, ואיך יכלו רופאים להכאיב כל כך לבני אדם. בלשונו של אלי ויזל: "אינני מבין איך זה קרה. וככל שאני אמשיך לחיות, אבין זאת פחות. אבל אני אמשיך ללמוד, וזהו שיעור נוסף: אף על פי שאנחנו איננו מבינים, אנו חייבים להמשיך וללמוד". הקתדרה הבינלאומית לביואתיקה מקדמת את ההוראה של אתיקה רפואית בבתי ספר לרפואה ברחבי העולם. הקתדרה משרתת את המורים והתלמידים בהפקה ואספקה של ספרי הדרכה; הספר הנוכחי הוא אחד מהם. ברם, קודים אתיים וספרי הדרכה טעונים מימוש, והמימוש משמעו חינוך. הספר הנוכחי מאפשר התוודעות אל פועליהם של הרופאים בתקופת השואה, וניסיון להתמודד עם הדילמה הקשה: איך זה יכול היה לקרות?

הספר מנסה למלא את צוואת שמעון דובנוב: "זכרו. זכרו", וממנו עולה התקווה: "לעולם לא עוד".

פרופסור **אמנון כרמי**

ראש הקתדרה הבינלאומית לביואתיקה



הקדמה למהדורה בעברית

כתלמידת תיכון צעירה כתבתי עבודה בשם "פשעים רפואיים במלחמת העולם השנייה". בדיעבד, עבודה זאת השפיעה על מסלול חיי כרופאה. אספתי חומרים ביד ושם, כתבתי ובכיתי, הבנתי שאין גבול לרשע מאורגן. עם הגשת העבודה למורה שלי להיסטוריה- מר מוניץ, הוא ביקש כי ארחיב בכמה נושאים. לא יכולתי עוד, הרגשתי כמי שטובל ב"דלי של מוגלה". בחילה וגועל הציפו אותי ועזבתי ההתעסקות בנושא.

לא חשבתי על כך בכל שנתי כמתמחה בכירורגיה וכירורגית צעירה. כאשר נבחרתי לשבת כחברה בלשכה לאתיקה, נזכרתי. וכפי שמוגלה מכילה את מחולל המחלה, הבנתי כי במוגלה יש גם היכולת לרפא.

ההתעמקות החוזרת בתחתית אליה שקעו הרופאים הגרמנים חשובה. היא מלמדת אותנו כי טעויות נעשות בצעדים קטנים, בהסכמה עם הסביבה הפוליטית, חברתית, מדינית, כלכלית ועוד. קל לטעות כאשר אנחנו מוותרים על עקרונות, כאשר אנחנו שוכחים למי ולמה התחייבנו כבני אדם וכרופאים.

גבהות רוח גרמה לרופאים גרמנים, מאד חכמים, לחשוב כי תפקידם לרפא את העם הגרמני ולא את האדם החולה. הקוד האתי השתנה על מנת שיתאים להובלת הרס מתוחכם. אילו לא תכננו תאי גזים לחיסול חולי הנפש הגרמנים, בתירוץ של "המתת חסד", אולי מכונת ההשמדה היתה פחות יעילה.

בספר מתייחסת ד"ר שלוש לשלילת רישיונות הרופאים היהודים ע"י הסתדרות הרפואית הגרמנית בזמן עליית הנאצים. ישיבת מזכירות הר"י המרגשת ומצמררת ביותר, עבורי, היתה כאשר נציגי ההסתדרות הרפואית הגרמנית, בני זמנינו, באו להתנצל על חטאי קודמיהם.

בתרבות הישראלית נעשו הרבה השוואות לשואה. כבר אין סובלנות להקשיב לכך. אולם, חובה עלינו כעם אשר סבל מכך, ללמוד מטעויות העבר ולא לחזור עליהם.

אני מודה לד"ר טסה שלוש, ד"ר גיפרי בראוהמר וד"ר סוזן בנאדיקט על החיבור בכתיבתם בין סיפורי השואה לדילמות אתיות אקטואליות.

לדוגמא- מה נכון בבירות גנטיות? איפה עובר הגבול? האם חיי אדם עם נטייה גנטית לחלות בסרטן בגיל 50 אינם ראויים ויש למנוע אותם? מותר ואסור במחקר רפואי? האם התועלתנות בלבד היא סיבה למחקר? פרק מעניין מאד עוסק בפיתוח ביודעין חיסון לא יעיל לטיפול ע"י רופאים אסירים. האם סיטואציה מתירה שינוי עמדות אתיות?

אני מקווה שספר זה יעורר את החשיבה האתית רפואית של סטודנטים, רופאים צעירים ורופאים מובילי דעה. יחזק את העמידה האיתנה שלנו כרופאים העושים, רק, כמיטב יכולתם לשיפור איכות ותוחלת החיים של המטופלים שלנו.

ד"ר תמי קרני

יו"ר הלשכה לאתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל.



פתח דבר למהדורה בעברית

למקצוע הרפואה שמור דימוי נאצל. אך בחסות ובעידוד המשטר הנאצי רופאים גרמנים מעלו באימון הציבור ופגעו בבני אדם באופן חסר תקדים. השואה מייצגת לפי כך אירוע מכונן גם בתולדות הרפואה. בלב החשכה של השואה מילאו הרופאים הגרמנים תפקיד מפתח שבמשך שנים רבות לא דובר עליו. הניסויים הרפואיים, הידועים לשמצה שביצעו רופאי ה-אס.אס. מתבררים עם חלוף השנים כקצה הקרחון של פשעי הרופאים והממסד הרפואי הגרמני. לראשונה בהיסטוריה, רופאים מילאו תפקיד בולט בפגיעה קטלנית בזכויות רפואיות, הפרת חובה רפואית, פגיעה באוטונומיה, בהליכים פולשניים מיותרים ומזיקים למטרות פוליטיות ובעוולה הנוראית מכל של המתת "חסד" בכפיה. הרופאים והממסד הרפואי בגרמניה התגייסו באופן חריג ביחס לכל מגזר מקצועי אחר לתמיכה נלהבת בשלטון הנאצי ובקידום יעדיו תוך מתן הצדקה אתית ומקצועית למעשיהם. מרפואה שמביאה מזור לחולי ולסבל האנושי הרפואה הנאצית הפכה לרפואה התורמת לשכלל תעשיית רצח מחרידה. ספר זה בא לסייע לנו במענה לשאלה הקשה כיצד עלינו כרופאים היום, ובישראל בפרט להתייחס לפשעים אלו.

מטבע הדברים נושא חשוב זה נלמד ונחקר ברחבי העולם וממצאיו התפרסמו בשפות רבות. ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) פועלת בשנים האחרונות להנציח לחן ולהנגיש את הנושא לציבור בישראל. מיזם חינוכי ייחודי של "עדים בלבן" מאפשר לימוד ומפגש ישיר באתרים על אדמת גרמניה ופולין בהם הפשעים התחוללו. במקביל הר"י פועלת לתעד ולפרסם מורשת רפואית ייחודית של פועלם ללא לאות של הרופאים היהודים בגטאות ובמחנות. במסגרת זו ניתן תמיכה לתרגום מחקר הרעב שבוצע ע"י רופאים יהודים בגטו ורשה וכן הצגתם של תערוכות אודות הרפואה בתקופת השואה. לזה יש להוסיף את התמיכה המתמשכת בפעילות המחקרית המתפרסמת בכנס נהריה השנתי לרפואה ושואה, פרסום מאמרים בכתבי העת של הר"י ותמיכה בצוות המשימה של כתב העת Lancet לעיצוב תוכנית לימודים בינלאומית בנושא. הר"י חתומה כתומכת ב"הצהרת נהריה" מ-2017 ופועלת לממש את החזון של הכללת לימוד נושא הרפואה והשואה והשלכותיה האקטואליים בכל מסגרות לימודי מקצועות הבריאות בישראל.

התרגום לעברית של ספר זה נולד מתוך הצורך להגיע לקהל הולך וגדל של סטודנטים ומרצים המבקשים ללמוד וללמד את נושא הרפואה בשואה בישראל. ד"ר טסה שלוש ביחד עם שותפיה ד"ר גפרי בראוהמר, וסוזן בנאדיקט במלאכת מחשבת כתבו את הספר שלפנינו המקיף את נושאי הליבה, בצורה המאפשרת קריאה ועיון מהיר במתכונת הפופולרית של case based learning שסטודנטים מכרים היטב מלימודי המקצועות הקליניים. ד"ר שלוש נענתה בחפץ לב ובנדיבות רבה לבקשה להפיק מהדורה בעברית של סיפורה, ועל כך הערכתנו.

המקרים המובאים בקפידה ובסדר דידקטי, היסטורי ורפואי מאירים לקורא הישראלי את הצד האפל של הרפואה, כפי שנחשף במעשיהם הנפשעים של הרופאים הנאצים. מנגד, עלה הצורך החינוכי והערכי לחשוף ולהדגיש את מעשיהם של רופאים יהודים וחסידיו אומות העולם שהצילו חיים, נטעו תקווה והחיו את צלם האנוש במטופליהם. בכך למעשה הם מאירים לנו את הכח הטמון בבחירות שלנו בין טוב לרע, ויכולים לעורר אותנו לגלות יותר חמלה, אמפתיה ומסירות למטופלים שלנו.

ד"ר **מתי פוקס**, יועץ אקדמי

תוכנית "עדים בלבן" קמפוס הרי

הכתם הגדול ביותר בהיסטוריה של הרפואה במאה העשרים הינו התפקיד שמילאו הרופאים הגרמניים בתקופה הנאצית. כאשר הנאצים עלו לשלטון בגרמניה, מערכת הרפואה היתה ידועה כבין המתוחכמות והמתקדמות ביותר בעולם. הרפואה הגרמנית תרמה רבות למערכות הרפואיות האקדמיות והקליניות ברחבי העולם. למרות עליונותה, הרפואה הגרמנית הפכה לחלק בלתי נפרד של האידיאולוגיה הנאצית, ובתור כך, לשותפה הפעילה ביותר ביוזמה ובביצוע של התכניות הגזעניות והחברתיות הנאציות. השתלבותו של מקצוע הרפואה בתכניות הנאציות היתה נרחבת, עם גיבוי רב של הממסד האקדמאי הגרמני.

מקצוע הרפואה לא היה לבדו בתמיכתו במדיניות הנאצית, אך להבדיל ממקצועות אחרים, לרפואה התחייבות ברורה לבסיס אתי, לעמדה הומניטארית ולשבועת היפוקראטס עתיקת הימים שהעמידו את החולה הסובל בעדיפות ראשונה.

לאחר מלחמת העולם השנייה, במשפט ה"רופאים" בנירנברג, רק עשרים רופאים גרמניים נשפטו על פשעים נגד האנושות. לאחר המשפט, המוסד הרפואי העולמי טיפח עמדה שההפרות שהתרחשו בתוך המקצוע היו מעשיהם של קומץ רופאים, שעבדו במקומות מעטים הידועים לשמצה, כמו מחנות הריכוז. עד לשנות השישים של המאה הקודמת, העולם התעלם מהמשפט, ומקוד נירנברג שנבע מהמשפט שכן, מה שארע בגרמניה הנאצית לא נראה כרלוונטי לרופאים בשאר העולם.

היום אנחנו יודעים אחרת. כמעט כל אנשי מקצוע הרפואה, ולא רק קומץ של רופאים, היו מעורבים בעבירות הקשות שאירעו תחת השלטון הנאצי. בשנות השמונים של המאה הקודמת, היסטוריונים החלו לפרסם מחקרים שהוכיחו את היקף ההשפעה של הנאציזם על הרפואה הגרמנית. יותר מחצי מהרופאים הגרמניים היו חברים במפלגה הנאצית, אחוז גבוה בהרבה מכל המקצועות החופשיים האחרים.

עוד לפני השואה, רופאים גרמניים העמידו את נאמנותם למדינה מעל נאמנותם לאתיקה הרפואית. בשנים הראשונות של המאה העשרים, רופאים גרמניים תמכו במדיניות של היגיינה גזעית ואאוגניקה, בהשתוקקותם להגביל את התרבות של אנשים שנחשבו בעלי מומים או כסובלים ממחלות תורשתיות. בין השנים 1939 ל-1945 כ-400,000 גרמנים, עם מחלות נפש שונות, עברו ניתוחי עיקור חובה. רופאים גרמניים, תכננו וביצעו את התכנית הידועה לשמצה, T-4, בה הם רצחו חולים עם מחלות נפשיות ופיזיות שונות, כהשוואה "להמתת חסד". המטרה ליצור גזע ארי טהור קיבלה עדיפות על פני עקרונות רפואיים אתיים בסיסיים, והרפואה הגרמנית הפכה לזרוע של מדיניות הממשל הנאצי. הרופאים הנאצים התעלמו מהתחייבותם המקצועית והאתית להקל ולרפא, אלא האמינו שרווחת המדינה עדיפה על רווחת החולים, ושהשגת מיליונים של אנשים מוצדקת בשם "טיפול" למדינה.

במהלך המלחמה, המדיניות הנאצית, בתמיכה נרחבת ושיתוף פעולה של הרופאים, הגדירה יהודים, צוענים ועוד קבוצות מיעוטים, כמטאפורות למחלה. תמיכה זו, הייתה הבסיס ללגיטימציה ולרציונליזציה לזוועות של השואה. לרופאים היה חלק חיוני בהפעלתם של מחנות הריכוז; הם החליטו מי יוכל לעבוד ומי ימות בתאי הגזים, ואף ביצעו ניסויים מייסרים על אסירים.

לאחר המלחמה ב-1946-7, אחד המשפטים הראשונים שנערכו היה משפט ה"רופאים". לראשונה בהיסטוריה, רופאים נשפטו על פשעים נגד האנושות, ועל השתתפותם בניסויים האכזריים והרצחניים במחנות הריכוז. פסק הדין הסופי של בית המשפט גינה את הניסויים הנאציים, והרשיע את הנתבעים. כחלק מפסק הדין, ניסח בית המשפט קובץ כללים הידוע כ"קוד נירנברג", שהכריז על זכויותיהם של המשתתפים בניסויים על בני אדם. כבר קודם לכן היו קיימים כללים לניסויים בבני אדם, כולל קובץ גרמני מאוד מפורט שנכתב עוד ב-1931, אך קוד נירנברג היה הקוד הבינלאומי הראשון. סדרות של מסמכים בינלאומיים בדבר זכויות אדם וזכויות נחקרים בניסויים על בני אדם נכתבו לאחר מכן, וכוללים אמנת ג'נבה של ההסתדרות הרפואית העולמית, הצהרת הלסינקי והצהרת UNESCO על ביו-אתיקה וזכויות אדם. למרות שהמסמכים הביו-אתיים הללו מבוססים על נירנברג, אין כל התייחסות בכתוביהם לכך. יש הטוענים, שכל התחום של ביו-אתיקה בעצם צמח מנירנברג, ולא בשנות השישים, לפי התפיסה המקובלת בדרך כלל.

עובדה מוחלטת היא, שבמשך עשרות שנים לאחר מלחמת העולם השנייה, עולם הרפואה שתק. נירנברג נחשב כאירוע היסטורי חשוב, אך ללא השפעה משמעותית, או רשמית, על האתיקה הרפואית. בשיח הביו-אתיקה המודרני לא עלה נושא השואה. במשך עשרות שנים ההתייחסות לעברה של הרפואה בתקופת הנאציזם היתה רק בשימוש של אנאלוגיות, לרוב לא הולמות וללא בסיס מושכל. אחת הסיבות לשתיקה היתה, קרוב לוודאי, תחושת האי נוחות שהעימות עם העבר גרם. היה קל יותר להמשיך את המיתוס כי הרפואה הנאצית היתה שטחית, משוגעת או כפויה, ואי לכך, היה קל יותר להרחיק את עצמנו מהרופאים האלו; היה קל יותר להחזיק בדעה שזה לא היה יכול לקרות לאנשי מקצוע כמונו. לא היה נוח, עבורנו כאנשי מקצוע הרפואה, להכיר ולהודות שרופאים כמונו היו מעורבים ביצירת רציונאליים ויסודות מדעיים לתכניות הגזעניות הנאציות, שבסופו של דבר הביאו לשואה. הקהילה הרפואית העולמית לא היתה מוכנה להודות בכך שרבים מעמיתנו תמכו, ואף שגשו, בתקופת השלטון הנאצי, בו רפואה לא רק סתה מהדרך המסורתית של האתיקה המקצועית, אלא השקיעה באידיאולוגיה מעוותת של סבל ומוות.

אך השיח הביו-אתי היה לכישלון, אם הוא לא היה גורם לתחושת אי נוחות; אי הנוחות הנובעת משיח זה, בעצם מהווה את אחת הנחות היסוד של הביו-אתיקה. ביו-אתיקה הינה, אחרי הכל, הבחנה מחשבתית בסוגיות אתיות שבטיפול ובמדיניות רפואית, עם המטרה לספק לנו, אנשי מקצוע רפואה, סטנדרטים מוסריים העונים לתחושות האי נוחות שלנו. במובן מסוים, ניתן לתפוס את התחושות הבלתי נוחות העולות בשיח הביו-אתי, כיושרה מוסרית. זו הייתה ה-'אי נוחות' שהובילה לייסודן של עשר הנקודות של קוד נירנברג בשנת 1947. הנקודה הראשונה, והחשובה, של הקוד הינה העיקרון של הסכמה מדעת; הנקודה הבאה, עיקרון האוטונומיה, נחשב בביו-אתיקה המודרנית כעקרון ייסוד בטיפול רפואי קליני. אוטונומיה, בעצם, הינה העצמת המטופלים, שלהם שמורה הזכות של הסכמה מדעת. לשני אבני היסוד של הביו-אתיקה הללו, יחד עם אחרים רבים, שורשים ב-'אי נוחות' של עבר הרפואה, כולל מה שהתרחש בתקופת הרייך השלישי.

יש הסבורים, שכל שימוש באנאלוגיה בין מה שהנאצים עשו לנעשה היום הינו מגוחך. לדעתם, מה שהתרחש בתקופת השואה היה ייחודי, ולכן, לא שמיש בשיח הביו-אתי הנוכחי. ויש אחרים שטוענים, שחקירת כושר השיפוט המוסרי ופשעי הרופאים הנאציים, בהחלט יכולה לתרום לדיון האתי הנוכחי, ואף למנוע שימוש לא מתאים של אנאלוגיות לא מדויקות.

מחברי ספר זה מצטרפים לבעלי ההשקפה השנייה. לעניות דעתנו, על אנשי מקצוע הבריאות השונים, ללמוד ולהבין את העיוותים והסטיות האפשריים בטיפול רפואי, על מנת לנהל שיח חינוכי ומשמעותי בסוגיות ביו-אתיות. עם זאת, ברצוננו להדגיש, שעל ידי חקר הטיעונים המוסריים שנלמדים מהלקחים של הרפואה הנאצית, איננו טוענים שכל דיון מוסרי, או דעה אתית נוכחית, משתווה מבחינה מוסרית כלשהי לרופאים הנאציים.

למה עלינו לחזור ולדון על האירועים האלה מהעבר? לא משום שאנו צופים שואה נוספת, אלא משום שמקצוע הרפואה חייב תמיד להיות עירני לאתגרים של יושרת האתיקה שלו. השקפות מסורתיות על ערכי הליכה של הרפואה שובשו עמוקות בשנות השלושים והארבעים, כאשר מקצוע הרפואה בגרמניה נשען על התפיסות וסדרי העדיפויות של הרייך השלישי. ההיסטוריה של הרפואה הנאצית מחייבת אותנו לבחון שוב את הנחות היסוד שלנו ברפואה המודרנית היום.

אל לנו לשכוח, כי מעשיהם של הרופאים הנאציים מזכירים לנו את היכולת לאליומות ולתוקפנות הטבועה בכל בני האנוש. מחקרים רבים, וניסיונות מסוימים, מצביעים על העובדה שבנסיבות הנכונות, לכולנו היכולת או הנטייה להיות אכזריים, או לציית בצורה עיוורת לכוח הרוע. מוטב לבני אדם בכלל, ולרופאים בפרט המחזיקים את השליטה על חיים ומוות, לזכור זאת.

השוואה לא הייתה אירוע מופשט, אלא רצף של מעשים יומיומיים, שנעשו על ידי בני אדם כמונו. הרוע לא הופיע כעובדה מוגמרת, אלא היה מורכב ממעשים ואירועים שקרו שעה אחרי שעה, בעקבות החלטות שהתקבלו או נמחקו, יום אחרי יום. כמו כן, ניתן לטעון דברים דומים על מעשים מוסריים. לצד הרשימה הארוכה של הרופאים שביצעו פשעים זוועתיים, ישנה רשימה של רופאים אסירים שלרוב, נשארו נאמנים לאנושיותם ולערכים המוסריים שלהם. רופאים אסירים בגטאות ובמחנות הריכוז הועמדו מול דילמות אישיות ומקצועיות מדהימות ביותר בעת תפקידם במקצוע, בו בזמן שהם עצמם מחכים לגורל של הכחדה. נסיבות קשות אלה הביאו לתגובות מגוונות ולעתים קרובות מייסרות.

בשנת 2005, ניצול השואה וחתן פרס נובל, אלי ויזל כתב מאמר ב-New England Journal of Medicine על הרופאים היהודיים האסירים שהוא הכיר: "אבל בתוך מחנות הריכוז, בין האסירים, הרפואה נותרה, בכל זאת, מקצוע אצילי. פחות או יותר בכל מקום, רופאים ללא כלים וללא תרופות, ניסו נואשות להקל על סבלם של חבריהם האסירים, לעתים במחיר הבריאות של עצמם. הכרתי חלק מהם. מבחינתם, ייצג כל אדם לא רעיון מופשט בלבד, אלא עולם ומלואו, עם הסודות שלו, עם האוצרות שלו, עם הייסורים שלו ועם חוסר האונים מול המוות שלו. ביקום הלא אנושי הם נשארו אנושיים.

כאשר אני חושב על הרופאים הנאצים, המרצחים הרפואיים, אני מאבד תקווה. על מנת להחזיר לי אותו חושב אני על האחרים, הרופאים הקורבנות; אני רואה שוב את מבטיהם הלוהטים, את פניהם האפרוריים. מדוע היו כאלו שידעו להביא כבוד לאנושות, בו בזמן שאחרים וויתרו על אנושיותם עם שנאה?"

בתקופת הרייך השלישי והשואה, התהליך התחיל עם פגיעה בכבודם וזהותם האישיים של הקורבנות, ונגמר עם קהות זהותם של מבצעי הפשע. הממסד הרפואי הנאצי החל בפגיעה בכבודם וזהותם האישית של החולים, ונגמר ברצח עם. מטרה חשובה של ספר זה הינה להפוך גם את הקורבנות, כמו גם את מבצעי הפשע, לבעלי זהות אישית. במתן שם וזהות לרופא עבריו, לקורבן של המעשים האכזריים, לרופא שהיה אסיר במחנה או בגטו, אנו חייבים לזכור שאנחנו בראש ובראשונה בני אנוש פגיעים,

ורק במקום השני רופאים או אנשי רפואה. על ידי למידה על מקרים אישיים בהיסטוריה, כמו גם בשיח הרפואה, אנחנו מוזמנים ומחוייבים להתבונן בעצמנו, בערכינו ובעמדתנו האישית והמקצועית ככלל, וכמטפלים רפואיים במיוחד. בחינת אירועי השואה, ושותפות לפשע של הרפואה הגרמנית, מספקת עדשה העשויה על מנת לתרום למשימה מורכבת זו.

ד"ר טסה שלוש M.D

ראש המחלקה לביואתיקה והשואה, הקתדרה הבינלאומית לביואתיקה.



חלק ראשון: הרופאים הנאציים

רקע היסטורי של הרפואה הנאצית

שותפות או אדישות לפשעים של המדינה הנאצית על ידי חלק מהאנשים המשכילים ביותר בחברה הגרמנית, מהווים את אחד הנושאים המטרידים ביותר שעולים מלימוד על השואה. בהקשר זה הדוגמה הקשה והמטרידה ביותר של אנשי מקצוע משכילים המתנהגים כפושעים הינה הממסד הרפואי. רופאים מסוימים שהוכשרו לטפל בחולים, להקל על סבלם ולהציל חיים, מנעו טיפול, גרמו כאב רב בבצוע ניסויים בבני אדם ואף רצחו. החלק שלא השתתף בפשעים אלו, רובם היו כנועים להתנהגותם של עמיתיהם ואדישים לסבלם של הקורבנות. רופאים, ואנשי מקצוע רפואיים אחרים, הפכו לחלק מהמבצעים הקטלניים ביותר של פשעים נגד האנושות.

במהלך שנות ה-1930 ו-1940 הרופאים הגרמנים לא הגיבו לאידיאולוגיה הגזענית הנאצית ועמה ההזדמנויות המקצועיות, כאילו שהכול התקיים בוואקום מדעי ופילוסופי. בשלושת העשורים הראשונים של המאה העשרים היינו עדים לצמיחתה של התנועה להשבחת הגזע [אאוגניקה] באירופה, צפון אמריקה ובמקומות אחרים. תנועה זו מספקת את ההקשר ההכרחי להבנת התפקיד של המדע והרפואה הגרמניים בפשעי הנאצים נגד האנושות. המונח "אאוגניקה" נטבע בשנת ה-1880 על ידי פרנסיס גלטון, אחיינו של צ'ארלס דארווין. אנשי האאוגניקה טענו כי בעיות חברתיות רבות יכולות להיפתר על ידי מניעת הרבייה של אנשים מסוימים בחברה, שנחשבו כנשאי גנים לא ראויים (השבחת גזע שלילית) ואילו תכונות חברתיות רצויות יכולות להיות מוגברות על ידי עידוד רבייה בקרב אלו שנחשבו מתאימים מבחינה גנטית (השבחת גזע חיובית). התקופה שבה שגשגה תנועת האאוגניקה הייתה אחת מהזמנים המהפכניים החברתיים הגדולים בעולם של תיעוש עיוור ותהליכים כלכליים לא יציבים של מיתון ואבטלה חוזרים ונשנים. אנשי האאוגניקה טענו כי הגישה שלהם מהווה את הדרך ההגיונית והיעילה ביותר כדי לפתור את הבעיות החוזרות ונשנות בחברה. העמדה האאוגנית קבעה כי מדע, ולא דת או פילוסופיה חברתית, תכון את האנושות לכיוון אוטופיה ביולוגית, חברתית ומוסרית.

הקבוצה האאוגנית המאורגנת הראשונה בארצות הברית נוסדה בשנת 1906, ומרכז המחקר העיקרי אורגן על ידי המשרד לתיעוד אאוגניקה ב-Cold Spring Harbor, לונג איילנד. אנשי מקצוע מכובדים רבים שימשו בוועדות המייעצות, והתוכניות מומנו על ידי מוסדות פילנתרופיים עשירים. מחקר בוצע על מנת להוכיח שתכונות חברתיות לא רצויות כגון קבצנות, פיגור שכלי, עבריינות ואחרים קיימות בקבוצות אתניות שונות. מעבר למחקר, החוקרים האאוגניים התעניינו גם בפעילות חברתית ובתהליכים לחקיקת חוקים שיקדמו את מטרותיהם. אנשי האאוגניקה היו פעילים, במיוחד, בחקיקת חוקי ההגירה של ארצות הברית שבה האמינו שעולים מסוימים היו נחותים מבחינה ביולוגית, ואי לכך נמנעו מקבלת אישורי כניסה למדינה.

חוקרי האאוגניקה היו גם בין המשפיעים על חקיקת חוקי עיקור כפוי. המדינה הראשונה לחוקק חוק עיקור הייתה אינדיאנה בשנת 1907, ועד 1935 שלושים מדינות חוקקו חוקים דומים שאפשרו לאסירים של מוסדות מדינה (בתי כלא, בתי משוגעים, בתי מרפא ובתי חולים פסיכיאטריים) לעבור עיקור בכפייה, לאחר בדיקה על ידי וועדות "אאוגניות" מיוחדות. בין הקטגוריות הכלולות היו "פיגור שכלי תורשתי", "עבריינות חוזרת", "סטייה מינית", אפילפסיה ועוד. עד 1935 בוצעו מעל עשרים ואחד אלף עיקורים על רקע אאוגני, ועד שנות ה-1960 מעריכים שכשישים וארבעה אלף אנשים עברו עיקור בארצות הברית. כמות דומה של עיקורים בוצעה במהלך אותה תקופת הזמן בשוודיה.

תנועת האאוגניקה נוסדה באופן רשמי בגרמניה בשנת 1905, כאשר החברה להיגיינה גזעית (Society for Racial Hygiene) הוקמה בברלין. עם זאת, במהלך שנות ויימאר אנשי האאוגניקה הגרמנית לא הצליחו בהעברת חקיקה או ביישום עקרונות תורת השבחת הגזע. היה זה רק עם עלייתם של הנאצים לשלטון שתנועת האאוגניקה (תורת הגזע) הפכה כה מרכזית במדיניות המדינה הנאצית.

בשנת 1920 שני חוקרים גרמנים מכובדים, פרופסור למשפטים קרל בינדינג והפסיכיאטר אלפרד הוך חיברו עבודה מכריעה: "הרשות להשמיד חיים שאינם ראויים לחיות". ספר זה הווה ביטוי של הפחד ששרר בגרמניה לאחר מלחמת העולם הראשונה שהגברים הצעירים הטובים ביותר (ויחד איתם המטען הגנטי שלהם) נספו בשדה הקרב והותירו את "הנחותים" להתרבות ללא הגבלה. המחקר הציע כי הכחדת "אלמנטים נחותים" אלה הינה חיונית על מנת להחזיר את האיזון לחברה. היטלר התרשם מאוד מהספר בעת שהיה כלוא בלנדסברג ב-1924 שנה בה כתב את "מיין קאמפף", בו הגדיר את עקרונות האידיאולוגיה הנאצית. בחזון נאצי זה של "גרמניה החדשה" לא היה מקום ל"דם זר" של היהודים, צוענים ו"נחותים מבחינה גנטית" בחברה.

הפעולה האאוגנית המוקדמת ביותר של ממשלת הנאצים הייתה חקיקתו של חוק העיקור בשנת 1933. חוק זה, הידוע גם בשם "החוק למניעת צאצאי נושאי מחלות תורשתיות", היה למעשה מבוסס על חוק העיקור האמריקאי והיה שיתוף פעולה רב בין אנשי המקצוע האמריקאים והגרמנים לטובת חוקים אלה. אנשים אשר סבלו מאחד המצבים הבאים, שנחשבו כמעוברים בתורשה, נועדו לעיקור: פיגור גנטי, סכיזופרניה, הפרעה מאניה-דפרסיבית, אפילפסיה גנטית, הנטינגטון כוריא, עיוורון גנטי, חירשות גנטית, עיוות פיסי קשה ואלכוהוליזם כרוני. תכנית העיקור הגרמנית הרחיקה לכת מעבר למספרים במדינות אחרות, בה עיקרו יותר מארבע מאות אלף איש עד סוף המלחמה. למרות, שאחרי המלחמה הגנו הנאצים במשפטי נירנברג על תכנית העיקורים על ידי הפניית תשומת לב בית המשפט לתכנית האמריקאית של העיקור, אף שארצות הברית לא הגיעה לקנה המידה של התכנית הנאצית.

בנוסף לחוק העיקור, הנאצים חוקקו את חוקי נירנברג בשנת 1935 אשר אסרו על נישואים ויחסי מין בין "ארים" לבין אנשים ממוצא יהודי. כתגובה לביקורת על חוקי נירנברג, הנאצים הגיבו בהצבעה שוב לכיוון ארצות הברית ולמספר מדינות אחרות, שבהם היו חוקים נגד נישואי תערובת במשך עשרות שנים. הממסד הרפואי הגרמני ראה בחוקי נירנברג כחוקי בריאות הציבור שיסייעו בחיזוק בריאות העם הגרמני אחרי מלחמת העולם הראשונה. לאור המשבר הכלכלי של רפובליקת ויימאר, הפרדיגמה להשבחת הגזע הולידה שיקולים של "יעילות לאומית" וחיסול של "אוכלי חנם לא יצרניים" או "חיים לא ראויים". אאוגניקה סיפקה הצדקה ביולוגית להפחתת שרותי רווחה ושירותי בריאות למי שנחשב לנטל על חברה, כמו גם אלה שנחשבו נכים מבחינה גנטית. הגזענות והאנטישמיות היו רק מרכיב אחד של האידיאולוגיה להשבחת הגזע הטרנס-הנאצי, וחוקרי האאוגניקה היו חלוקים בנושא הגזע כרעיון אאוגני. אבל בעת שהנאצים עלו לשלטון, גזענות מבוססת על אאוגניקה ואנטישמיות הפכו לעמודי התווך של מדיניות הרייך השלישי והתקבלו כ"עובדות מדעיות".

תכנית העיקור בכפייה של אלה הסובלים מ"מחלות תורשתיות" התבררה כלא יעילה ויקרה, ובו בזמן פרצה מלחמת העולם השנייה שסיפקה הזדמנות להרחיב את התוכניות ל"השמדה של חיים שאינם ראויים". המלחמה סיפקה את התירוץ והכיסוי לאמצעים שהיה קשה יותר להשיגם בימי שלום. ההחלטה ליישם את התכנית "המתת החסד" התקבלה ברמה הפוליטית הגבוהה ביותר עם אישורו של היטלר לרופאים המיועדים לכך לבצע "הרג מתוך רחמים". רופאים לא חויבו לציית להוראה זו; אלא שהם הוסמכו והורשו לעשות כך. תכנית זו מעולם לא הייתה חוקית.

תכנית "המתת החסד" החלה עם הרצח של תינוקות וילדים קטנים עם עיוותים פיזיים או מצבים נפשיים שנבחרו לרצח במחלקות ילדים "ייעודיים" מיוחדים. במציאות מחלקות אלה הופעלו על ידי צוותים

רפואיים, רופאים ואחיות, שתפקידם הבלעדי היה להרוג את הילדים. שיטות ההרג היו מתן מנות יתר של תרופות, זריקות ורעב. יותר מ-5,000 ילדים מתו בשלב ראשון זה של התכנית "המתת חסד". לאחר מכן הורחבה התכנית, הידועה בשם מבצע T-4 שכללה רצח של מבוגרים. פותחה שיטה בה נרשמו כל החולים המאושפזים במוסדות אשפוז על בסיס מסוגלותם לעבוד או לא, אם קיבלו ביקורים או לא, אם אושפזו במשך חמש שנים או יותר, או שסבלו ממחלות פסיכיאטריות ונירולוגיות מסוימות. פנל של מומחים רפואיים נבחר על מנת לבחון טפסי הרשמה אלה, מבלי לבדוק את החולים, ולאחר מכן להחליט מי ימות. לאחר מכן, החולים המיועדים הועברו לשישה מוסדות שנבחרו בקפידה ושהיו בהם מתקני גז מיוחדים. הגז שנבחר לרציחות האלה היה חד תחמוצת הפחמן והיה אמור להיות מועבר דרך מקלחות שווא. מוסדות אלה, אוישו על ידי רופאים ואחיות שנבחרו במיוחד למשימה. כל המבצע הזה היה אמור להישמר בסוד. תעודות פטירה נשלחו לקרוביהם ועליהן הרופאים רשמו סיבות מוות כוזבות שנבחרו מתוך רשימה שהוכנה מראש.

הערכה היא כ-70,000 חולים נרצחו על ידי הרופאים שלהם בשלב זה של תכנית "המתת חסד". יהודים נכים גם נרצחו במרכזי ההרג T-4.

בהכרח, מערכת ההונאה המשוכללת הזו הביאה לטעויות אנוש שהתגלו על ידי המשפחות והכמרים של החולים הנרצחים. זה הוביל למחאה של כמה כמרים ולתסיסה בגרמניה. אי לכך בשנת 1941 הופסקה תכנית "המתת חסד" באופן רשמי על ידי היטלר. אבל למעשה במציאות ההרג לא נעצר. הרופאים ואנשי צוות אחרים בבתי החולים לחולי נפש בגרמניה המשיכו לרצוח את המטופלים שלהם בצורה מבוזרת, במה שמכונה "המתת חסד פראית", עד שבועות לאחר שהבעלות הברית כבשו את האזור.

מחקר היסטורי הוכיח כי במאמץ של הממסד הרפואי הנאצי לטהר את הקהילה הלאומית מה "לא כשירים", הם תכננו בקפידה וביצעו בסודיות מבצע הרג שבסופו נרצחו יותר מ-200,000 אנשים.

תחילה כאשר נבנו מחנות הריכוז לא הייתה בידם היכולת להרג המוני, ונדרשו שיטות להפחתת אוכלוסיית המחנות ההולכת וגדלה. ההצלחה של מבצע "המתת חסד" שכנעה את ההנהגה הנאצית שהרצח המוני אפשרי מבחינה טכנית, ולכן, פנתה הנהגת האס-האס לצוותי T-4 לעזרה במאמץ זה. באביב 1941 החל מבצע הרג חדש בתאי הגז של מרכזי הרג T-4. אסירי מחנה שהיו מסומנים כחולים על ידי רופאי המחנה, נשלחו למתקני T-4 להירצח על ידי הרופאים במוסדות אלה במבצע הקרוי "14f13".

כ-20,000 אסירי המחנות נספו במהלך שנתיים וחצי עד 1943, כאשר הצורך ההולך וגובר לעובדי כפייה גרם לסיום תכנית זו.

השלב הבא של ההרג "הרפואי" החל כאשר צוותי T-4 הועסקו כדי להפעיל את מחנות המוות של "מבצע ריינהרד" בפולין הכבושה. הפעולה הזו הייתה שם הקוד לחיסול האוכלוסיות של הגטאות היהודים הגדולים בפולין, ומהווה הוכחה לקשר המהותי שבין T-4 ו"הפתרון הסופי".

רופאים היו נוכחים בכל מקום במחנות המוות והפכו את מעשיהם לפרוצדורות רפואיות בכך, שלקחו חלק פעיל בסלקציה הראשונית של האסירים שהגיעו למחנה ברכבות. אף שיטות ההרג במחנות המוות אומצו מתכנית T-4 ושונו בהתאם לצרכים של כל מחנה ומחנה. צוותי מבצע T-4 גם ייעצו וסייעו בהפעלת מחנות ההשמדה.

הרופאים ניצלו את החומרים האנושיים לנהל ניסויים "רפואיים" על האסירים במחנות. מכוני המחקר היוקרתיים ביותר של גרמניה והמדענים הרפואיים שיתפו פעולה עם הרופאים מתכנית T-4 וגם לאחר מכן במחנות הריכוז, שבשניהם נערכו ניסויים אלה.

מיזם ההרג שהחל בינואר 1940 עם רצח הרפואי של בני האדם הכי חסרי הישע, החולים הממוסדים, הורחב בשנת 1941 וכלל יהודים, צוענים ואחרים, ועד 1945 עלה בחייהם של לפחות ששה מיליון גברים, נשים וילדים.

מקורות:

1. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene: Medicine Under the Nazis* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1988).
2. Francis R. Nicosia, Jonathan Huener eds, *Medicine and Medical Ethics in Nazi Germany: Origins, Practices, Legacies* (Berghahn Books, 2002).
3. *Deadly Medicine: Creating the Master Race* (United States Holocaust Memorial Museum, 2004).

1. אימוץ תפיסת האאוגניקה (Eugenics) על ידי הרפואה הנאצית.

1.1 אאוגניקה: השתתפותם של רופאים בהחלטות הנוגעות לערך חיי אדם

תאור מקרה:

בשנת 1922, הפסיכיאטר הגרמני ד"ר הרמן פפנמולר (Hermann Pfannmüller) התקבל כחבר במפלגה הנאצית, ובשנת 1933 הצטרף ל-S.A. (פלוגות הסער המכונות גם "החולצות החומות"). באמצע שנות השלושים הוא ניהל את המשרד לגזע ותורשה באוגסבורג. המפלגה הנאצית, בהכירה את כישוריו, העסיקה אותו כמרצה מומחה כדי ללמד ולחנך את הציבור הגרמני על "חוק הבריאות התורשתית" מנקודת השקפה של "פוליטיקה של הגזע" וסוגיות "תורשתיות רפואיות". בשנת 1938 מינתה ממשלת בוואריה את פפנמולר לנהל את המוסד הפסיכיאטרי של אלפלינג-האר (Elfling-Haar), משרה בה החזיק עד סוף המלחמה. בשנת 1939 הוא הגיש דו"ח לוועדת המומחים של הביטוח הציבורי בו הוא התייחס לטיפול ואחזקה של "חיים שאינם ראויים לחיות" בבתי החולים הממשלתיים. הוא חיווה את דעתו על הצורך "לבער" מטופלים אלו במילים הבאות:

"כמנהל בית חולים לחולה נפש ונציג סוציאליסט [נאצי] עצמאי ונלהב, אני מרגיש את המחויבות להשפיע לטובת המצב הכלכלי של המוסדות. בעמדותי זו, אני מאמין שמן הראוי להתייחס באופן ברור לצורך שלנו, הרופאים, ולהבין את חשיבות ההשמדה של חיים שאינם ראויים לחיות. אותם חולים אומללים, החיים בשל מחלתם רק בצל החיים הנורמאליים, שהפכו לחסרי תועלת לחלוטין כחברים בקהילה האנושית, ושיקיומם הפך לטורח ולנטל להם עצמם, לקרוביהם ולסביבתם, חייבים להישמד באופן קפדני... במיוחד בימים אלה, בה נדרשת מבני האדם שלנו המעולים והיקרים ביותר, הקרבת חיים ודם, אנו למדים בצורה חד משמעית, שלא ייתכן מבחינה כלכלית, למלא את המוסדות בגופות חיות למען עקרונות נעלים של טיפול רפואי שאינו עוד רלבנטי. עבורי, לא יעלה על הדעת שהנוער המובחר ימות בחזית בעוד שחולים חסרי תועלת ותוחלת, אנטי-סוציאליים, ובלתי אחראיים, יזכו בקיום בטוח במוסדותינו".

במשפטו לאחר המלחמה, בשנת 1951, בו הואשם ברצח ילדים כחלק מהתכנית הנאצית של "המתת חסד", הוא אמר לשופטים: "עבורי המושג 'volksische' פירושו לאומי, והמושג 'ארי' פירושו שרק גרמנים צריכים לנהל את הכל. רק אלה שהם ממוצא גרמני יכולים להיות אריים".

מקורות:

1. Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide. From Euthanasia to the Final Solution* (The University of North Carolina Press, 1995).
2. Michael S. Bryant, *Confronting the "Good Death". Nazi Euthanasia on Trial, 1945-1953* (University Press of Colorado, 2005).

רקע:

בעקבות תגליותיו של צ'רלס דרווין בשלהי המאה ה-19, מספר מדענים החלו להפיץ תיאוריות על אי שוויון בין בני אדם כעובדה מדעית. מדענים אלה הסיקו שההבדלים בין בני אדם היו תורשתיים ובלתי ניתנים לשינוי. המושג "אאוגניקה", שנטבע בתחילת שנת 1881 על ידי המדען הבריטי פרנסיס גלטון, הוגדר כ"חקר השפעת התורשה על מאפיינים מנטאליים והתנהגותיים בבני אדם מתוך השאיפה למצוא וליישם דרכים להשביח את המין האנושי". אלו שהחזיקו באסכולת האאוגניקה האמינו שכמו שחוקי מנדל קובעים את התורשה, כגון תורשת עיוורון צבעים, אזי חוקי האאוגניקה קובעים את התורשה של

בראשית המאה העשרים, החלו תיאוריות האאוגניקה להיות מיושמות על ידי קובעי מדיניות לאומית, שניהלו מערכה לעצירת "ניוון חברתי" של החברה. הם ראו בבני אדם עם מוגבלויות מנטאליות כנטל על החברה. ארגונים ומרכזי מחקר אאוגניים נוסדו במדינות מערביות רבות.

בשנת 1824 בארצות הברית, נחקק חוק ההגירה על בסיס אאוגני, שהתיר כניסה למהגרים מסוימים (מצפון מערב אירופה ומבריטניה) והתנגד לקליטה של מהגרים מדרום מזרח אירופה, מן המזרח התיכון ומאסיה. פתרון נוסף לבעיות החברתיות שהוצע על ידי אנשי אסכולת האאוגניקה, היה עיקור. מדינת אינדיאנה היתה המדינה האמריקאית הראשונה לחוקק חוקי עיקור בשנת 1907, ועד שנת 1925 בוצעו בארצות הברית למעלה מ-20,000 ניתוחי עיקור יזומים על בסיס אאוגני. מדינות אחרות גם אימצו תכניות דומות. לדוגמה, במהלך אותה תקופה בוצעו בשבדיה מספר דומה של עיקורים.

בגרמניה, אאוגניקה נודעה בשם "היגיינה גזעית" (Racial Hygiene). לאחר תבוסתה של גרמניה במלחמת העולם הראשונה, החלו בהדרגה מדענים וקובעי מדיניות גרמניים לקשר בין תאוריית האאוגניקה לבין לאומניות והבריאות ה"חברתית של העם". מרכזי מחקר רבים נוסדו כדי לחקור את הנושא של היגיינת הגזע. בשנת 1920, יצא לאור ספר שנוי במחלוקת על ידי עורך דין קרל ביינדינג (Karl Binding) ופסיכיאטר אלפרד הוך (Alfred Hoche). הספר נקרא "הרשות להרס החיים של הבלתי ראויים לחיותם" (Permission for the Destruction of Life Unworthy of Living).

הספר העלה את השאלה האם אומה השרויה במצב חירום חמור, יכולה להרשות לעצמה לכלכל את מה שהם כינו "חיים בלתי ראויים". המחברים טענו שעל החברה לחסל את ה"אידיויטים חסרי מרפא", לרבות, החולים הסופניים והפצועים במצב אנוש; כמו כן, סברו שיש לתת את הזכות לכל פרט לבחור בתנאיו את מותו באמצעות הליך רפואי מסודר וללא כאבים; ושרופאים שמבצעים שרות זה לא יועמדו לדין על מעשיהם. ספר זה עורר תסיסה רבה בגרמניה, במיוחד, בקרב הפסיכיאטרים. התיאוריות המוצעות בספר אומצו ויושמו במהרה על ידי המפלגה הנאצית, אשר מדיניותה הלאומית התאימה לאמירות הללו.

עם עלייתם של הנאצים לשלטון בשנת 1933, ההיגיינה הגזעית האאוגנית השתלבה היטב במדיניות הפוליטית הנאצית על בריאות וחברה. הגישות הללו ייושמו תחילה על נכים (מבחינה גופנית ונפשית) שנחשבו לנטל על המדינה, ועל כן, "לא ראויים לחיים". המדיניות הזאת יושמה לאחר מכן, על אנשים השונים מבחינה גזעית (בעיקר יהודים וצוענים). לקהילה הרפואית היה תפקיד מכריע ומרכזי בתכניות הרצחניות הללו, אשר נוסדו על פי הכללים האאוגניים והגזעניים, שכללו את תכנית "המתת החסד" ובסופו של דבר, הפתרון הסופי.

מקור:

Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide. From Euthanasia to the Final Solution* (The University of North Carolina Press, 1995).

שאלות:

האם גם היום קיימת אאוגניקה ברפואה?
אם כן, כיצד נתייחס לכך?

מקורו של המושג אאוגניקה במילה היוונית *eugenes* [eu-] [בריא] ו-*genos* [נולד]. המושג מתייחס לשיפור הגזע על ידי הולדת צאצאים בריאים. אאוגניקה הינה מדע העוסק בכל ההשפעות האמורות לשפר את איכות התכונות המולדות של הגזע האנושי, בעיקר, באמצעות פיקוח על גורמים תורשתיים. תכנית אאוגנית הינה כלי ציבורי, מתוכננת להשפיע על שכיחות גנים בקרב אוכלוסיות שלמות. אאוגניקה שלילית (*negative eugenics*), פירושה מאמץ שיטתי למזער את העברת הגנים הנחשבים פגומים. אאוגניקה חיובית (*positive eugenics*), פירושה מאמץ שיטתי למקסם העברת גנים הנחשבים רצויים.

בעבר, כפי שראינו בגרמניה הנאצית, בארצות הברית ובארצות אחרות, השתמשו במאפיינים גזעניים שונים כדי לעצב מדיניות אאוגנית, גם חיובית וגם שלילית. חשיבה תועלתנית הייתה הבסיס למדיניות האאוגנית הנאצית. הרופאים הנאציים בפרט, והקהילה הנאצית בכלל, לא סברו שיש לכבד את החיים של האדם בכל מצב. הם האמינו שרק אם חיי אדם הם בעלי ערך לחברה, יש לכבד אותם. טיעונים תועלתניים כאלה קיימים לעתים גם היום. היום, עם העלות הגבוהה של הוצאות טיפול רפואי, והגברת העומס הכלכלי על ספקי צד שלישי, קיימות כבר הצעות להקטין, עד כמה שניתן, שירותי בריאות משני צדדי הספקטרום: כלומר, מצד אחד ליילודים עם מומים מולדים או מחלות גנטיות קשות, ומהצד השני לקשישים ולחולים כרוניים. תקציבים של שירותי בריאות עומדים בעומס הטכנולוגיות החדשות, והקשישים פגיעים במיוחד לאפליה על בסיס כלכלי. באמצע הספקטרום קיימת הסוגייה התכופה של הארכת חייהם (ומותם) של החולים הסופניים, וקבלת החלטות באשר להתערבות בהחייאות.

פרויקט הגנום האנושי פתח מרחבים חדשים של מחקר. יישומיו של הפרויקט הוכחו כיעילים לטיפול קליני, ומאפשרים לרופאים לנצל את הידע הגנטי על מנת לאבחן מחלות עתידיות, כמו כן, להתאים טיפול תרופתי לכל פרט ופרט. כיום, ייעוץ גנטי הפך לחלק בלתי נפרד מן הרפואה המודרנית. לעתים קרובות, להחלטות רפואיות המבוססות על גנטיקה, עלות תועלתיות או כאלו של עלות- תועלת. קשה היום, לעתים, לרופאים לנקוט עמדה אובייקטיבית בקשר ליישום ההתקדמות החדשה בטכנולוגיה ובמדע בייעוץ גנטי וטיפול רפואי, העלול לעתים להשפיע בצורה שלילית על המטופלים.

בעבר, כמו במקרה לעיל, ראינו כיצד טיפול רפואי תקין או מדיניות ציבורית עוותו כדי ליישם כאאוגניקה שלילית, שהפירה את הזכויות והפרטיות של מיליוני בני אדם. היום, מספר משיטות הטיפול המקובלות (כגון אבחון טרום לידתי ובדיקות סקירה) נחשבות על ידי חלק כאאוגניקה שלילית, והוויכוח הסוער בסוגיות אלה עדיין מתמשך.

לרופאים, הידע והמיומנות לספק הערכה מציאותית של איכות חיי המטופל. עם זאת, בכל מקרה ההערכה הסופית של איכות חיי אדם, בין אם זו אבחנה טרום לידה או בצדו השני של הספקטרום של קשיש או חולה סופני, חייבת להיעשות על ידי המטופל עצמו. במקרים שבהם אדם אינו מסוגל לקבל החלטה, או לא הכין מראש הוראות אודות מצבים כאלה, הערכה צריכה להתבצע על ידי המשפחה או האפוטרופוס, ועל הרופא לספק מידע רק באם נדרש לעשות זאת.

1.2 עיקור אאווגני- Eugenic Sterilization

תאור מקרה:

דורותיאה בק (Dorothea Buck) נולדה בגרמניה בשנת 1917. בשנת 1936, בגיל 19, היא אושפזה בבית חולים וון בודלשווינגשה בבטל, שם אובחנה כסכיזופרנית. בבית החולים היא עוקרה ללא הסכמתה. בנוסף, לא נמסר לה מידע אמיתי אודות הניתוח שעברה, אלא נאמר לה על ידי אחות המחלקה שהיא עברה ניתוח להסרת התוספתן. רק מאוחר יותר נודע לה על העיקור מפי מטופלת אחרת. עד שנת 1959 דורותיאה עברה, בזה אחר זה, ארבע אירועים פסיכויים ואשפוזים. בסופו של דבר היא שיקמה את עצמה ועסקה בפיסול. בשנת 1961, אחרי שלמדה ממשפט אייכמן על תכניות העיקור ו"המתת החסד", החלה דורותיאה לחקור את ההיסטוריה של העיקור ושל "המתת החסד" בגרמניה הנאצית. דורותיאה בלתה את שארית ימיה בהוראה, בהרצאות ובכתיבה אודות הפשעים שבוצעו במוסדות הפסיכיאטריים. כמו כן, נעשתה למבקרת חריפה של עיקורים, אונס, המתת חסד וטיפולים שונים כנגד פסיכוחה.

מקור:

Dorothea Buck, "70 Years of Coercion in German Psychiatric Institutions, Experienced and Witnessed". Key note speech, 7 June 2007, Congress "Coercive Treatment in Psychiatry: A Comprehensive Review", World Psychiatric Organization, Dresden, Germany.

<http://www.bpe-online.de/english/dorotheabuck.htm>

רקע:

לפני עליית המפלגה הנאצית לשלטון, ניתוחי עיקור היו בלתי חוקיים בגרמניה. בשנים האחרונות של רפובליקת ויימר, אשר התאפיינו בשפל כלכלי קשה ובאי שקט פוליטי, נושא העיקור האאווגני נעשה מקובל יותר בקרב גנטיקאים, כלכלנים, וקובעי מדיניות פוליטית, כמו גם, באנשי המקצוע הרפואיים. חודשים ספורים לאחר עלייתו של היטלר לשלטון בשנת 1933, העבירו הנאצים את "חוק למניעת הולדת נושאי מחלות תורשתיות" או "חוק העיקור". חוק זה אפשר עיקור כפוי על פי "התוויות אאווגניות". מקצוע הרפואה, לא רק שתמך במדיניות הנאצית בנושא זה, אלא גם הנהיג את מסע הפרסום ליישום המעשי של החוק. רופאים רבים ראו בכך הזדמנות להשפיע על "התחדשות" של האומה הגרמנית, וזאת, על ידי הכחדת אלו עם תכונות "תורשתיות נחותות מבחינה ביולוגית" במטרה "לנקות את המאגר הגנטי של הגזע הגרמני".

על פי חוק זה, אדם היה חייב בעיקור גם ללא הסכמתו, אם לדעת בית הדין לבריאות אאווגנית, הוא או היא סובלים מאחת המחלות "הגנטיות" שכללו בין השאר: סכיזופרניה, "פיגור מולד" (congenital feeble-mindedness), מניה דפרסיה (manic depressive insanity), מחלת הנפילה תורשתית (congenital epilepsy), מחלת Huntington's Chorea, עיוורון או חירשות תורשתיים (congenital blindness or deafness), או "אלכוהוליזם חמור" (severe alcoholism). הרופאים נדרשו לעבור הכשרה ב"פתולוגיה גנטית", וכתב עת רפואי מיוחד הוקם על מנת לעזור להם לקבוע מי חייב לעבור עיקור ובאלו שיטות. העיתון, Der Erbarzt, נוסד בשנת 1934 כנספח לכתב העת הנודע Deutsches Arzeblatt, והוקדש בו פורום לדיון בשיטות, קריטריונים וברציונל של התכנית הנאצית לעיקור.

החוק שנכנס לתוקף ב-1 לינואר 1934, הביא בעקבותיו תהליך חוקי ורפואי ספציפי ביותר: רופאים חויבו לרשום בבתי משפט "גנטיים" מיוחדים, כל מקרה של מחלה גנטית ידועה, מבלי לקבל את רשותו של

המטופל. בתי המשפט הגנטיים הללו הורכבו משלושה חברים: שופט, רופא רשמי ורופא נוסף מומחה באאוגניקה. בין השנים 1934 ל-1939, בתי המשפט פסקו על 375,000 ניתוחים, כאשר מתוכם 37 אחוז היו מרצון, 39 אחוז היו בניגוד לרצון המטופל, וב-24 אחוז נעשו בהסכמת האפוטרופוס. תחילתה של מלחמת העולם השנייה בספטמבר 1939, האטה את קצב הפסיקה של בתי המשפט הללו. אף על פי כן, עד סוף שנת 1944, כמעט 400,000 איש ברייך הגרמני עוקרו.

תכניות דומות של עיקורים באותה תקופה היו במדינות אחרות, כולל בארה"ב, שוודיה, שווייץ, נורבגיה ואחרות. תכניות אלה היו המודלים עבור חוק העיקור בגרמניה. בארה"ב, חוק העיקור הכפוי יושם לראשונה באינדיאנה בשנת 1907, ובסופו של דבר ב-28 מדינות היו חוקים המתירים עיקור בכפייה. עד שנת 1930, כ-15,000 אזרחים אמריקאים, גברים ונשים, עוקרו. הנאצים ראו דוגמה אמריקאית זו כהצדקה לתכניתם.

במדינות רבות חוקי עיקור חלו עד שנות השבעים של המאה העשרים. עדיין בימינו, יש מדינות שבהן חל חוק עיקור. בשנת 2013 הוחלט במדינת צפון קרוליינה שבארה"ב, שהמדינה תשלם פיצויים לקבוצת תובעים אשר עוקרו בעבר, בניגוד לרצונם וללא הסכמתם.

מקור:

Robert N. Proctor, Racial Hygiene. Medicine Under the Nazis (Harvard University Press, 1988).

שאלה:

האם זה אתי להכריח מטופל לעבור תהליך של עיקור?

דיון:

עיקור כפוי (ללא הסכמה), הינו הפרה ברורה של הזכות לאוטונומיה הקשורה לרבייה, כמו כן, גם הפרה של זכויות בסיסיות של אדם בכלל. הסוגיה הזו רלוונטית במיוחד במקרים של אנשים החולים במחלות נפש או פיגור שכלי. השאלות העולות בנושא זה על הגבולות התקיפות של זכויות הורים, או אפוטרופוסים, כאשר לחולי הנפש או מפגרים התלויים בהם. מי אחראי לזכויות הפריון של פגועי הנפש והמפגרים? האם זו חובתו של הרופא להחליט מי יפיק תועלת מהליך העיקור, שהוא לרוב מעשה בלתי הפיך. כמו גם, לגבי החלטות עתידיות על תכנון המשפחה.

התכנית הנאצית של עיקור בכפייה הפירה את זכות המטופל להגדרה עצמית, לכבוד האדם, לפרטיות ולאוטונומיה. בנוסף, הופר העיקרון של חובת קבלת הסכמה מדעת לכל פעולה רפואית, ויתר על כן, את הזכות של אדם או של בא כוחו, לקבל החלטות על תכנון המשפחה וסוגיות אחרות הקשורות לפוריות.

הליך עיקור הינו פעולה בלתי הפיכה, משנה חיים ופולשנית. ייתכנו מצבים מסוימים ונסיבות בהם העיקור מוצדק, זאת, כאשר המטופלים או אפוטרופוסים מודעים היטב למשמעות ולתוצאות ההליך. בספטמבר

2011, ההסתדרות הרפואית העולמית (WMA) והפדרציה הבינלאומית לבריאות וארגוני זכויות אדם (IFHHRO) גינו את נוהג העיקור הכפוי כמה שהינו צורה של אלימות הפוגעת קשות בבריאות הגופנית והנפשית של המטופלים ושמפירה את זכויות אדם הבסיסיות. ארגונים אלה קבעו שעיקור מרצון הוא צורה אחת מרבים, של אמצעי מניעה, שצריך להיות זמין, נגיש ובעלות סבירה לכל אדם אשר יבחר בו, ושיש לאפשר הליך זה, לאחר קבלת החלטה מדעת מושכלת.

אמנם, יש מצבים בהם הליך עיקור נכון, גם מבחינה רפואית וגם מבחינה אתית, אך קבלת ההחלטה חייבת להתבסס על טובתו של המטופל בלבד, ולא על האינטרסים של החברה או של צדדים מעורבים אחרים.

2. גזענות והרפואה הנאצית

2.1 השימוש בגזע (Race) כאבחנה רפואית

תאור מקרה:

בספרו של שאול פרידלנדר, הוא דן במקרה משנת 1939 אודות אישה גרמנית בשם פרוילין מ'. היא רצתה להתחתן עם עובד מדינה ורצתה להיות בטוחה, ולקבל אישור, לגבי מוצאה הארי, משום ששמה של סבתה היה גולדמן (שם משפחה יהודי נפוץ), ועלול היה להעלות מספר ספקות. הבדיקה "הגנטית" לפני הנישואין נערכה במחלקה לגנטיקה של מכון קייזר וילהלם לאנתרופולוגיה, גנטיקה ואוגנטיקה בברלין (Kaiser Wilhelm Institute for Anthropology, Human Genetics and Eugenics). פרופ' אוטמר פון וורשוואר (von Verschuer Otmar), רופא וגנטיקאי מכובד, עמד בראש המחלקה זו. אחת השאלות שהמומחים של ד"ר פון וורשוואר ניסו לפתור היתה, "האם אדם פשוט יוכל לזהות את פרוילין מ' כ-"לא ארית" על סמך גישתה הנפשית, סביבתה או מניראותה החיצונית?" הבדיקה "הגנטית", שהתבססה על תצלומים של קרובי משפחה של פרוילין מ', כמו גם על המאפיינים הפיזיים שלה, הובילה לתוצאות חיוביות: הדו"ח הרפואי של כל סימנים ממוצא יהודי. למרות שהיה לפרוילין מ' "אף צר, גבוה ועקום", בסיכום הדו"ח נכתב שהיא ירשה את אפה מאביה ולא מסבתה (בעלת השם גולדמן). פרוילין מ' הוכרזה כארית.

מקור:

Saul Friedlander, *Nazi Germany and the Jews. Volume 1. The Years of Persecution, 1933-1939* (Harper Perennial Publisher, 1998).

רקע:

לאחר התבוסה במלחמת העולם הראשונה, רבים מאנשי ההיגיינה הגזעית ומדענים גרמניים האשימו את היהודים והקומוניסטים בתבוסת המדינה, כמו גם, לרבים מהחוליים החברתיים במדינה. אדולף היטלר הושפע עמוקות מאנשי ההיגיינה הגזעית הגרמניים, ושילב את הרעיונות שלהם אודות הגזע בספרו, מיין קאמפף (Mein Kampf). עלייתו של היטלר לשלטון אפשרה לפוליטיקאים גרמנים, למדענים ולקובעי מדיניות ליישם את ההשקפות הגזעניות שלהם על החברה. בעוד היטלר היה זרז גדול במאמצים הללו, רופאים ומדענים שיחקו תפקיד עיקרי והכרחי.

דימויים ביולוגיים מילאו תפקיד מרכזי במדיניות החברתית הנאצית: יהודים וצוענים נתפסו כנגועים, כמו "חידקים", "מורסות" או "טפילים" שאיימו על "בריאות" האומה. בכתבי עת רפואיים נאציים, תוך שימוש במטאפורות גזעניות במאמרים, השוו את יהודים וגם את צוענים למחלה. מטאפורות גזעניות אלה גם הוטבעו על ידי המדינה בכל נדבך בחברה, ונוצלו בחינוך הילדים והמבוגרים, מבתי הספר יסודיים ועד לאוניברסיטאות.

עם עלייתו של היטלר לשלטון, ההסתדרות הרפואית הגרמנית שילבה אנטישמיות בדוקטרינה שלה, הנציחה את האמונה שהיהודים סובלים ממחלות ספציפיות, והזהירה מפני מיהול דם יהודי בדם שאינו יהודי. אנתרופולוגים וגנטיקאים גרמניים ניסו לפתח טכניקות גזעניות שיזוהו מאפיינים גזעיים בפרט הבודד. כתב העת הנחשב ביותר בגרמניה על בריאות הציבור פרסם דו"חות מפורטים כיצד לקבוע השתייכות גזעית. רופאים זיהו יהודים כסובלים מחוסר בהיגיינה, וכסובלים מאחוז גבוה וחריג יותר של מחלות נפשיות והומוסקסואליות. בנוסף, צוענים זוהו כגזע "אנטי חברתי" המחליש את טוהר הגזע הארי

ומוביל לחברה מנוונת.

בסתיו 1935 היטלר חתם על סדרה של שלושה חוקים המכונים "חוקי נירנברג" במטרה "לטהר" את האוכלוסייה הגרמנית מאלמנטים לא רצויים.

חוקים אלה כללו :

1. " חוק אזרחות הרייך " (The Reich Citizenship Law), שהבחין בין תושבים ואזרחים. אזרחים היו אלה בעלי דם ארי טהור;

2. "החוק להגנת הדם" (The Blood Protection Law), שאסר על נישואים ויחסי מין בין לא יהודים ליהודים;

3. "החוק להגנה על הבריאות הגנטית של העם הגרמני" (The Law for the Protection of the Genetic Health of the German People). לפי חוק זה נדרשו זוגות לפנות לבדיקה רפואית ("גנטית") לפני הנישואים על מנת לקבוע את הבריאות הגנטית של בני הזוג העתידי ושל צאצאיהם. חוק זה גם אסר על נישואים בין אנשים הסובלים ממחלות מין, אלה שהוגדרו feeble-minded (מפגרים), אלה שסבלו ממחלה הנפילה או כל "חולשה גנטית" אחרת שפורטה בחוק העיקור של 1933. אלה שנחשבו חולים מבחינה גנטית הורשו להינשא לדומים להם, אבל רק לאחר עיקור על מנת להבטיח שלזוגות אלה לא יהיו צאצאים.

חוקי נירנברג, כמו גם חוקי העיקור, היו אחראים להרחבת הכוח, ההשפעה והאחריות של השירותים הרפואיים הגרמנים. אלפי רופאים, כולל רופאים מאסכולת ההיגיינה הגזעית, הועסקו על מנת לספק ייעוץ נישואין, אשר הפך לחלק בלתי נפרד ממערכת בריאות הציבור הגרמנית. מקומות עבודה חדשים נוצרו על מנת לאייש את התפקידים החדשים, כך שלמרות הדחתם של הרופאים היהודיים הגרמניים, המספר הכולל של אנשי צוות רפואיים דווקא עלה בשנים אלו. בנוסף, הסכנות שבנישואי תערובת פורסמו באופן נרחב הן בעיתונות הפופולארית והן בספרות הרפואית.

חוקי נירנברג, שנוהלו בעיקר על ידי רופאים, נתפסו על ידי הקהילה הרפואית הגרמנית כתקנות לבריאות הציבור. הם נתפסו כחוקי בריאות ולא רק כאמצעי אנטישמי. כתבי עת רפואיים גרמניים שיבחו את החוקים האלה, ומאמרים פורסמו כדי לסייע ולהנחות רופאים גרמנים ביישום החוקים והמדיניות הגזענית. פקידי הבריאות המובילים בגרמניה ראו מניעת מחלות גנטיות אנושיות, יחד עם המניעה והחיסול של נישואי תערובת גזעיים, כחלק מתכנית אחראית של מדיניות בריאות הציבור. בספרות הרפואית הגרמנית של אותה תקופה אין תיעוד להתנגדות כלשהי לחוקי נירנברג.

עם התרחבות כח ההשפעה של היטלר, גברה הגזענות והאנטישמיות הגלויה בקרב הרופאים, כחלק ממאמציהם להוכיח את חלקם במפלגה הנאצית. רופאים הפכו למנהיגים בגיבוש ויישום תפיסת העולם הנאצית. הממשק עם המפלגה הנאצית הוביל לחזון ביו- רפואי אשר היה מורכב משלושה דימויים משלימים: (1) היהודים וצוענים כמחלות, אשר היה צריך לנקותם מהגוף הפוליטי; (2) העם הגרמני כמטופל; (3) נאציזם כרופא, עם אדולף היטלר ה"רופא הגדול של האומה הארית העולה".

במהלך מלחמת העולם השנייה, הרפואה הנאצית שימשה מאוחר יותר ככלי להצדקת אנטישמיות וגזענות. כתב העת הרשמי של ההסתדרות הרפואית הגרמנית פרסם טור קבוע בשנות המלחמה בשם "פתרון הבעיה היהודית". עם הכיבוש הגרמני בפולין בספטמבר 1939, יהודים כ"נשאים של מחלות" הפכו להצדקה להקמת הגטאות ליהודים ברחבי מזרח אירופה. היהודים הועברו באופן שיטתי לגטאות תחת העמדת פנים של הסגר. משום שהתנאים בגטאות היו כה מחרידים, מגיפות של מחלות זיהומיות אכן התפרצו. כתבי עת רפואיים גרמניים פרסמו באותם הימים סטטיסטיקות אודות המגיפות הזיהומיות, כגון טיפוס, כדי לגנות את "הגזע" היהודי כגזע הנושא מחלות. כמו כן, צוענים נתפסו ונכלאו בגטאות או במחנות ריכוז, מהלך שהביא לשיעור גבוה של מחלות זיהומיות. קיום מגיפות אלו נוצל בזמנו כרציונליזציה והצדקה לחיסול (רצח) שיטתי של יהודים וצוענים ברחבי גרמניה ואירופה הכבושה.

1. Michael H. Kater, *Doctors Under Hitler* (The University of North Carolina Press, 1989).
2. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine Under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).

שאלה:

כיצד ניתן למנוע סוגיות של גזענות מלהשפיע על החלטות רפואיות?

דיון:

"גזע" הוא מונח מסובך עם מגוון רחב של הגדרות. יש חוקרים רפואיים מסויימים שסבורים שגזע הוא קריטי עבור ידע השושלת, והדבר חיוני למחקר קליני ובי-רפואי. בו בזמן שקיים חשש לשימוש פוטנציאלי לרעה במידע על גזע וגנטיקה, חוקרים אלו טוענים כי ההשתייכות הגזעית או האתנית של הפרט מספק וימשיך לספק בעתיד, מידע רב ערך למחקרים אפידמיולוגיים, כמו גם, למחקר קליני ומחקר על תרופות. לעומת זאת, חוקרים אחרים מתעקשים כי בהגדרות של גזע ומוצא אתני ישנו טעם לפגם ואין בהם בסיס מדעי כמו: גורמים אחרים כגון מוצא גיאוגרפי, מצב חברתי-כלכלי, השכלה, ונגישות לשירותי בריאות.

בעוד ששבעות רפואיים וקודים אתיים משתנים ממדינה אחת לאחרת (ולפעמים אפילו יכולים להשתנות באותה מדינה), יש להם תכונות משותפות רבות, ובין השאר מנדט מוסרי שרופאים, אחיות, וצוותים של שירותי בריאות אחרים, לא יפלו חולים או אנשי צוות רפואיים על בסיס גזע, מוצא אתני, דת, מעמד, מין או נטייה מינית. יחד עם זאת, למרות קיומם של קודים אתיים אלה, גזע וגזענות ברפואה ממשיכים להטריד את רוב החברות, ולעתים סוגיות אלו מעורבות כגורמים לאפליה, דעות קדומות, דחיקה לשוליים, ואפילו שעבוד. לדוגמא בארצות הברית, תועד ששחורים, היספאנים ואינדיאנים לעתים קרובות, מקבלים טיפול רפואי באיכות נמוכה יותר מאשר לבנים. פער זה בדרך כלל מיוחס לבעלי הכנסות נמוכות, כיסוי ביטוחי לא מספיק ומחסור ברופאים באזורי מיעוט. כל הגורמים הללו יכולים לתרום לשיעורים גבוהים של תמותה ושיעורי הישרדות נמוכים יותר בקרב מיעוטים בהשוואה ללבנים, הסובלים ממחלות בדרגת חומרה דומה. יתר על כן, בני מיעוטים לעתים אינם זוכים לקבל טיפולים מתקדמים, ומכאן הסיכוי לפגיעה באיכות חייהם גבוהה יותר.

למרות הדעות המנוגדות על גזע וגנטיקה אנושית בהווה, לרוב, החוקרים והקלינאים מחויבים למאמץ משותף לרכישת ידע רחב ותובנה טובה יותר, בנוגע לגנום האנושי, על מנת לשפר את הטיפול הרפואי למטופל הבודד, כמו גם לאוכלוסיות השונות. במקביל, יש גם דאגה משותפת לרבים, על הסכנות הפוטנציאליות, אי הבנות וניצול לרעה של מחקר גנטי מסוג זה.

מבחינה היסטורית, כמו במקרה לעיל, היו מקרים רבים של ניצול לרעה בשימוש במה שנקרא מדע "גזעי". יתר על כן, לאנושות יש היסטוריה ארוכה של התנהגות גזענית, כמו גם התעללות, שעבוד, ורמיסת מיעוטים. בגרמניה הנאצית, שימוש לרעה בידע ברפואה גנטית סיפק את ההצדקה למקצוע הרפואה הגרמני במתן החסות וההשתתפות בתוכניות רצחניות "בשם הבריאות והמדע". פסאודו - מדע זה, המבוסס על בורות גזעית, תפיסות מוטעות ודעות קדומות, היה במידה רבה אחראי לחיסול של חלקים מסוימים באוכלוסייה, במיוחד היהודים.

חינוך רב יותר המתייחס למודעות לתודעה גזעית ולהבנה תרבותית, הוא אחת הדרכים שמקצוע הרפואה יכול להישמר מפני הסכנות שבגזענות.

קורסים מיוחדים צריכים להינתן אודות נושאים המתמקדים בהקשר שבין גזענות, גנטיקה, ושל המחקר

המדעי על "גזע". לבסוף, בסיפורה של האנושות הארוכה שעדיין מתקדמת, אסור לשכוח את ההיסטוריה של השימוש לרעה בגנטיקה וגזע ברפואה; צריכה להיות מחויבות ללמד אודות כך את כלל הסטודנטים במקצועות הרפואה. יש להחדיר את לקחי ההיסטוריה ללבבותיהם של התלמידים, לתודעתם ולמצפונם, כך שיהיה פחות סיכוי שהם יתרחשו שוב. קורסים שיעסקו במתן מידע ובשיח המעורר ביקורת ומחשבה יסייעו להבהיר גם את הבעייתיות בשימוש לרעה במידע גנטי/גזעי, וגם את הדרכים הטובות ביותר לטפל בו.

2.2 גזענות בקרב הקהילה הרפואית הנאצית

תאור מקרה 1: סטודנטים לרפואה

בשנת 1935, משה פריבס היה סטודנט יהודי בבית הספר לרפואה באוניברסיטת ורשה. הסנאט האקדמי של אוניברסיטת ורשה אימץ חקיקה אנטי יהודית מיוחדת שבאה להפריד בין סטודנטים יהודים ללא יהודים. באולמות ההרצאות מוקמו ספסלים נפרדים שהיו שמורים אך ורק לסטודנטים הלא יהודים. האולמות גם חולקו לשנים - לא יהודים בצד ימין ויהודים בצד שמאל. חלוקה זו היתה ידועה בשם "ספסל הגטו". בנוסף, גיליונות המבחנים, אשר בעבר היו בעילום שם, היו עתה מחוייבים בחתימה המציינת את דתו של הנבחן. נוהג זה היה נפוץ גם בקמפוסים של אוניברסיטאות אחרות ברחבי הרייך. כדי להתמודד עם האנטישמיות, פריבס אשר היה גם ראש אגודת הסטודנטים היהודיים לרפואה, כינס סדרה של אסיפות חירום על מנת לדון במדיניות הזו ולארגן פעולת תגובה. סטודנטים יהודים הסכימו, לאחר ויכוח ארוך, שלא לשבת על הספסלים שהוקצו בנפרד עבורם. במקום זאת, הם החליטו לעמוד בטור על המדרגות שבין השורות, ותוך כדי עמידה כתבו את תקציריהם, בזמן שנשענו על כתפיו של התלמיד שעמד לפנייהם. בספרו, "אסיר תקווה", משה פריבס כתב:

"מ-1935 עד פרוץ המלחמה, שיעור אחרי שיעור, יום אחרי יום, שנה אחרי שנה, זאת היתה דרכם של סטודנטים יהודים להמשיך את לימודיהם. תוך זמן קצר, מנהג זה התפשט והפך אוניברסאלי בקרב כל הסטודנטים היהודים באוניברסיטאות בכל רחבי פולין. קרוב לוודאי, שמעולם לא לפניו או אחריו, היה מחזה כגון הסטודנטים האנכיים של פולין."

מקור:

Moshe Prywes, *Prisoner of Hope* (Brandeis University Press, 1996).

תאור מקרה 2: רופאים

ד"ר לואי אדלסברגר (Lucie Adelsberger) היתה רופאת ילדים יהודייה גרמניה אשר עבדה בתחום האימונולוגיה במכון רוברט קוך (Robert Koch Institute) בברלין. היא פרסמה לפחות 15 מאמרים בין השנים 1924 ו-1933, והיתה חברה מייסדת של אגודת הנשים הגרמניות ברפואה. במארס 1933, חודשים לאחר עליית הנאצים לשלטון, ד"ר אדלסברגר ושמונה עשר מדענים יהודיים אחרים מהמכון פוטרו. מעתה היא הייתה מוגבלת למרפאה הפרטית שלה בלבד, וכבר נאסר עליה לקרוא לעצמה "רופאה". במקום זאת, היא הפכה "מטפלת". ד"ר אדלסברגר נדחתה כשותפה בתכנית ביטוח הבריאות הממלכתית, כמו גם, בשנת 1938 היא לא יכלה עוד לטפל בחולים לא יהודיים. היא גורשה לאושוויץ בשנת 1943.

מקור:

Lucie Adelsberger, *Auschwitz. A Doctor's Story* (Northeastern University Press, 1995).

רקע:

במרץ 1933, לאחר עלייתם של הנאצים לשלטון בגרמניה, גזירות אנטישמיות ננקטו באופן מיידי על ידי המשטר החדש. הקהילה הרפואית הגרמנית, בהיענות למדיניות הנאצים, נקטה בצעדים ארגוניים גדולים ורבים כחלק מתמיכתה במדיניות הפוליטית האנטישמית. באותה עת, 13-17% מהרופאים בגרמניה היו יהודים, ובברלין מספר זה הגיע ל-50-60% מכלל הרופאים. בתוך שבועות מכינונה של המשלה הנאצית החדשה, רופאים יהודיים פוטרו ממשורותיהם בבתי החולים בערים הגדולות בגרמניה. באפריל 1933, חוק שירות המדינה (The Civil Service Law) נחקק. חוק זה אסר על יהודים וקומוניסטים

להחזיק משרות בשירות הממשלתי, לירבות, משרות בשירות רפואי. ארגונים רפואיים מקצועיים וחברות ביטוח בריאות גם השעו רופאים יהודיים. בכל דרגות הממשל, החברה ומקומות העבודה, ניתנה הוראה להחליף את הרופאים היהודיים ברופאים לא יהודיים. בשלהי 1933, הועברה סדרה של גזירות משפטיות ותקנות מנהלתיות אשר אסרו על רופאים יהודיים מלטפל בחולים לא יהודיים, משיתוף פעולה מקצועי עם עמיתים לא יהודיים, ומקבלת תארים ברפואה. עד שנת 1934, כ-31% מהרופאים היהודיים הודחו ממקומות עבודתם.

חוקי נירנברג, שנחקקו בשנת 1935, הגדירו באופן חוקי מיהו יהודי ולמעשה שללו את אזרחותם של יהודי גרמניה. החוקים אסרו על השתתפות יהודית ברוב המגזרים בחברה הגרמנית והיו כרוכים בהשלכות חמורות על היהודים במקצוע הרפואה. פקודת רופאי הרייך (The Reich Physicians' Ordinance) בדצמבר 1935, הצהירה כי לא יונפקו רישיונות חדשים לרופאים יהודיים.

בשנת 1936, רוב הפקולטות לרפואה אסרו על הסטודנטים היהודיים שלהם מלבצע בדיקות גינקולוגיות בנשים אריות. ההחלטות בנוגע ליישומן של הגבלות אלה נותרו למנהלי בתי החולים האחראים למתמחים יהודיים בגינקולוגיה. רבים מהרופאים היהודיים נמלטו מהמדינה כי לא יכלו כבר לעבוד במקצועם. גירוש היהודים מהאוניברסיטאות וממשרות אחרות, פינה תפקידים ומשרות רבים בבתי הספר לרפואה בגרמניה, במוסדות ובמרפאות. משרות פנויות אלה התמלאו במהרה על ידי רופאים גרמניים, לא יהודיים, צעירים מובטלים.

ב-1938 התקבלה חקיקה סופית. חוק זה הווה מכה סופית למקצוע הרפואה בקרב יהודי גרמניה. לשכת רופאי הרייך (The Reich Physicians' Chamber) שללה את רישיון העבודה של הרופאים היהודיים. רופאים יהודיים לא נחשבו עוד כחברים בקהילה הרפואית, והם הורשו לטפל אך ורק באחייהם היהודים באישור מיוחד. התואר "רופא" הוסר מהם. רופאים יהודיים, בהיותם משוללי רישיון, נודעו מכאן ואילך כ"מטפלים" בלבד.

מעריכים כי לפחות 25% מהרופאים היהודיים הגרמניים נרצחו בשואה, וכי 5% התאבדו.

מקורות:

1. Michael H. Kater, *Doctors Under Hitler* (The University of North Carolina Press, 1989).
2. Saul Friedlander, *Nazi Germany and the Jews. Volume I. The years of Persecution, 1933-1939* (Harper Perennial, 1998).

שאלה:

כיצד ניתן למנוע דעות קדומות גזעניות בקרב אנשי מקצוע רפואיים?

דיון:

יותר ויותר, רובנו חיים ועובדים בחברות רב תרבותיות, הן במונחים של החולים בהם אנו מטפלים, וגם בנוגע לעמיתים איתם אנחנו לומדים ועובדים. בעוד שרופאים צריכים להיות בטוחים כי התקדמות והתפתחות הקריירה שלהם תהיה מבוססת אך ורק על יכולותיהם, יש ראיות לכך שבמקומות רבים גזע עלול להוות מחסום או להיות מכשול להתקדמות. אי שוויון הזדמנויות הוא דאגה שכל מערכת בריאות, וכל איש מקצוע רפואי, צריכים לשקול ברצינות.

אפלייה על רקע גזע, מגדר או נכות מסויימת הינה בלתי מקובלת בעליל. אפלייה עלולה לגרום לחוסר או ירידה במוטיבציה, תסכול וביטחון מופחת. במדינות רבות, גזענות אכן קיימת במערכות בריאות וחשים בה לעתים קרובות רופאים בני מיעוטים אתניים. כך, למשל, מתברר כי לרופאים ממוצא אתניים,

כקבוצה, תנאים של שירות והזדמנויות להתקדמות קריירה גרועים יותר מאשר לרופאים אחרים. המחקר גם הוכיח כי הקבלה לבתי ספר לרפואה הוא גם תחום שבו מופלות קבוצות מיעוט. יש מקרים, שארגונים רפואיים מסויימים ברחבי העולם מנעו מרופאים מקבוצות תרבותיות שונות מלהתקבל כחברים בהם. קוד האתיקה של ההסתדרות הרפואית האמריקאית (The American Medical Association Code of Medical Ethics) קובע כי אסור להפלות אדם הרוצה לעסוק בכל עבודה מקצועית על בסיס גזע, צבע, השתייכות אתנית או מוצא לאומי. ארגון זה (AMA) מעודד דווח לחברות רפואיות מקומיות באם מתקיימת או בחשד לאפלייה על רקע גזעי או אתני.

מקצוע הרפואה אמור להפגין מנהיגות בהוקעת גזענות, ולדרוש הליכי בחירה שקופים ומבוססים על מיומנות בלבד. תרבות של כבוד והגינות חייבת להיות מפותחת, כך שכל אדם יוכל להרגיש מוערך ובטוח שהוא יישפט רק על פי יכולותיו בלבד.

אחת הדרכים בהן ניתן לטפל בגזענות היא להכניס דיונים על שונות תרבותית, ועל דעות קדומות גזעניות (כמו במקרה שהוזכר לעיל) בתכנית הלימודים בבתי ספר לרפואה.

3. חינוך רפואי תחת שלטון נאצי

תאור מקרה:

בשנת 2010, ד"ר Theresa Duello, בעת מחקר בספרייה של אוניברסיטת ויסקונסין במדיסון, גילתה שש תזות של סטודנטים לרפואה גרמניים, שנכתבו בין השנים 1937 ו-1940. התזות הללו הוגשו כעבודות דוקטורט, כדרישה לקבלת תואר ברפואה. בעבודות, דווחו הסטודנטים בפרטי פרטים אודות חמש השנים הראשונות בניסיון הרפואי בעיקור מאות נשים על ידי רופאים בבתי חולים בגרמניה. המחקר של התלמידים נעשה בפיקוח ובאישור רופאים ומנהלי בתי חולים של המוסדות בהם בוצעו העיקורים. תזה אחת, שנכתבה בשנת 1940 על ידי אריך בכר מוירצבורג, ניתחה 210 מקרים של נשים מעוקרות במרפאה הגינקולוגית של בית החולים בעיר פורצהיים. בהקדמה לתזה שלו, בכר כתב: "אני רואה חשיבות עליונה להתמודד במהרה עם כל תסיסה ציבורית העלולה לנבוע מהצעדים שננקטו עקב החוק [חוק העיקור], ולייסד את הרעיון של בריאות תורשתית בקרב האוכלוסייה שלנו בצורה איתנה."

בכר התייחס גם להתנגדויות של מטופלות שנותחו בניגוד לרצון, כמו גם, את בעיית אשפוז חולים מעוקרים יחד עם חולים אחרים באותן מחלקות. הסטודנט מתאר שני מקרים שבהם עוקרו נשים: "במשפחה שבה היה האב אלכוהוליסט והאם סובלת מפיגור (feeble-minded), חמשה משבעת הילדים נזקקו לטיפול במוסד משום ששלושה סבלו מפיגור שכלי קשה, ושניים היו אידיוטים (idiots). בת אחת נשואה. ילד אחד היה בעל אינטליגנציה מתחת לממוצע. הילדה הצעירה ביותר היתה מעל הממוצע ואף קיבלה פרסים מספר פעמים בבית ספרה. טיפול בכל המשפחה כבר עלה לממשלה מעל 50,000 מרק... במקרה אחר, משרד הרווחה הציבורי טיפל ודאג לארבעה ילדים שנולדו מחוץ לנישואים, מארבעה אבות שונים. הילדים האלה סובלים גם הם מפיגור (feeble-minded). יש במשפחה זו מספר ענפים שבהם מקרים רבים של חולשה מנטלית, פיגור ומחלת נפש. בשל התנאים הבלתי אפשריים בביתם, היה צורך להרחיק שישה ילדים מאמם המפגרת בעזרת הרשויות המקומיות מתוך אלה, ארבעה אובחנו כסובלים מפיגור; שתי בנות כבר מעוקרות. הילד השביעי שהאם ציפתה לו, לא נולד לעולם הודות לבית המשפט לבריאות תורשתית."

סטודנט אחר, שטורן, בדק 190 מקרים של עיקור שבוצעו בבית חולים העירוני בעיר שפייר. הוא כתב: "אנו רואים את חובתנו כרופאים להעניק לאנשים שמושפעים על פי החוק [חוק העיקור] את הטיפול הטוב ביותר האפשרי. הדבר החשוב ביותר כיום הוא לשמר חיים... רק הדורות הבאים יוכלו לשפוט את התוצאות האמתיות של החוק; עם זאת, המשימה שלנו, עכשיו כתמיד, ממשיכה להיות הפחתת הסיכונים של הניתוח למינימום תוך שימוש בשיטות אמינות ככל האפשר."

כל שש התזות כללו תיעוד מפורט ביותר אודות הפעולות הכירורגיות השונות שבוצעו והסיכונים בהם הכירורגים נתקלו. לא קיים כל דיון על תהליך אימות ההגדרות של התנאים הרפואיים שהצדיקו פעולות כירורגיות אלו. התיזות שבחו את מעלות חוק העיקור לשיפור העם הגרמני, וציינו לשבח את המדיניות האאוגנית של הרייך השלישי כחיובית עבור האומה.

מקור:

Theresa M. Duello, Misconceptions of "Race" as a Biological Category: Then and Now, in Sheldon Rubinfeld ed, Medicine After the Holocaust. From the Master Race to the Human Genome and Beyond (Palgrave MacMillan, 2010).

רקע:

רפורמה בחינוך הייתה חלק חשוב של המדיניות הרפואית הנאצית. כבר בשנת 1922, החברה להיגיינה גזעית דרשה שהיגיינה גזעית תיחשב נושא לימוד חובה בתכנית הלימודים בבתי ספר לרפואה הגרמניים. היגיינה גזעית שולבה גם כמקצוע חובה בבחינות הממשלתיות, שהיו תנאי הכרחי לקבלת התואר. קורסים על היגיינה גזעית כללו נושאים כגון: מחקר קבוצת דם, מדידות אנתרופולוגיות, מחקר תאומים, גנטיקה, ביולוגיה פלילית, חוקי הגזע ורפואה בעת מלחמה. הפקולטות לרפואה הציבו דגש מופחת על מחקר בסיסי, שינו את תכנית הלימודים הקלאסית וקצרו את משך הלימודים ברפואה על מנת לייצר יותר רופאים עבור המדינה הנאצית.

סטודנטים לרפואה חונכו שקורסים אלה היו חיוניים לחינוך המקצועי שלהם כהכנה לתפקידם כ"יועצי נישואים ושומרי ההרכב הגנטי של האומה". לסטודנטים לרפואה גם נאמר שהם היו אמורים להיות מאומנים כ "חיילים ביולוגיים"; הכשרה זו כללה חינוך צבאי ופרה-צבאי כדי להכין אותם לשרת את האידיאולוגיה הצבאית של המדינה. סטודנטים כתבו עבודות גמר על התוכניות הרפואיות הגזעניות השונות. הדרכה בהיגיינה גזעית שולבה גם בקורסים להשתלמות לאחר קבלת התואר רופא, בדגש על רפואת ספורט, רפואה אורגנית ורפואה בעת מלחמה.

מקורות:

1. Michael H. Kater, *Doctors under Hitler* (University of North Carolina Press, 1989).
2. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology Of Genocide* (Basic Books, 1986).

שאלה:

האם ראוי שחינוך רפואי יהיה מושפע ממדיניות חברתית או פוליטית?

דיון:

בתחילת המאה העשרים, החינוך הרפואי הגרמני נחשב לאחד המפותחים ביותר בעולם. בשנת 1910, לאחר שנודע על שיטת החינוך הרפואית הגרמנית, אברהם פלקסנר פרסם את מה שמכונה "דו"ח פלקסנר", אשר שינה את טיבעו ודרכו של החינוך הרפואי בארצות הברית. הדו"ח אימץ ידע מדעי וקידומו לאתוס המגדיר את הרופא המודרני. דו"ח זה הפך לבסיס לחינוך רפואי בבתי הספר לרפואה ברחבי העולם. כך, שלמעשה, היום חינוך רפואי במרבית המדינות ברחבי העולם מבוסס על השיטה הגרמנית.

אבל, הדבר השתנה בצורה דרסטית בתקופה הנאצית. בגרמניה הנאצית, ההוראה החינוכית הרפואית, ועל כן גם הסטודנטים לרפואה, הושפעו במידה רבה בגלל האקלים הפוליטי של המדינה באותה עת. בעוד שהדבר נכון היה להיאמר לגבי כל סטודנט ובכל עת, מה שהיה שונה בגרמניה הנאצית הוא שהסטודנטים לרפואה חונכו כי המדיניות הנאצית עם האידיאולוגיה הגזענית הייתה מקובלת כרפואה ומדע מוסכמים וראויים. היה מצופה מהסטודנטים לרפואה להיות סנגורים של התכניות הפוליטיות והגזעניות הנאציות, אשר הוכרזו כ"מדע" טוב.

בהקשר פוליטי זה, שהיה למעשה מובנה ומאורגן ביותר, דגש רב הושם על צייתנות, התמסרות ונאמנות לתכניות הפוליטיות של המנהיגים הנאציים. נאמנות לערכים הללו היתה צפויה מהסטודנטים לרפואה גם כן. באקלים פוליטי כזה, חוק העיקור היה מוצדק גם כמדע טוב וגם כפוליטיקה טובה. עבור גרמניה, זו הייתה שיטה להיפטר מכל האנשים ה"בלתי רצויים" או יחידים, שנחשבו כנטל על המדינה. הייתה אמונה

איתנה ובלתי מתפשרת כי "לבריאות" של האומה עדיפות עליונה על פני הטיפול של הפרט. שאלות אתיות הנוגעות לחוקי הגזע האלה לא נלקחו בחשבון. לחלופין, הם הוצגו באופן כזה שבא להוכיח ולתמוך בהשקפת העולם הנאצית. ניתן לראות זאת כסוג של שטיפת מוח פוליטית. אבל האם שטיפת מוח כזו צריכה להיות חלק מחינוך רפואי? האם חשיבה עמוקה וביקורתית אינה אלא מטרת יסוד בסיסית ביותר בתהליך של חינוך רפואי איתן, יצירתי ואיתן?

מה הם היעדים של חינוך רפואי? האם די בידע מדעי כדי לייצר רופאים טובים? האם עלינו ללמד את הסטודנטים להיות רופאים שיהפכו טכנאים בשירות המדע, או רופאים שאמורים לנצל את הידע המדעי שלהם בשירות המטופלים? האם סטודנטים לרפואה (או רופאים) צריכים להיות סניגורי החברה או הפוליטיקה?

מטרותיו של חינוך רפואי הן רבות ותהליך החינוך אמור להמשיך כל חיים, עם רצף למידה שמתחילה בבית הספר לרפואה ומסתיימת במועד הפרישה מעבודה. כשם שמכינים סטודנטים ליישם את הידע המדעי על מנת למנוע, להקל או לרפא תחלואות, חינוך רפואי צריך גם להטמיע בסטודנטים רמות מידה אישיות אתיות של חשיבה והתנהגות, כמו גם חשיבה ביקורתית.

על חינוך רפואי לגרום לסטודנטים לאמץ את מלוא הערך והעוצמה של הכלים העומדים לרשותם כרופאים כדי להבטיח בריאות משופרת ורווחה חברתית. סטודנט נדרש להבנה של בריאות במובן הרחב, שכוללת גורמים סביבתיים, חברתיים, התנהגותיים, פיזיים, כלכליים ופוליטיים אשר כולם תורמים באופן משמעותי לבריאותם ורווחתם של המטופלים. על הסטודנטים גם ללמוד ולהפנים שיהיו להם, כרופאים, את הכח והסמכות בחברה להיות סניגורים בעלי השפעה רבה לטובת המטופלים שלהם. ניתן לראות זאת כסניגוריה פוליטית בנסיבות מסוימות, אבל בראש מעיניהם של הרופאים צריכה להיות, מעל לכל, מטרה המשרתת את בריאותם ורווחתם של המטופל או של החברה.

4. העיתונות הרפואית תחת שלטון הנאצי

תאור מקרה:

אחד מהעיתונאים הרפואיים הגדולים, הנפוצים והאהודים ביותר בגרמניה הנאצית, עם תפוצה מעל 100,000 עותקים, היה Die Volksgesundheitswach (שומר בריאות העם). עיתון זה מצא את מקומו בחדרי ההמתנה במרפאות ובבתי חולים בכל רחבי הרייך. ד"ר אויגן שטאלה (Eugen Stähle), נוירולוג, ודמות מובילה בהסתדרות הרפואית הגרמנית הנאצית, וכן, גם מנהל משרד הבריאות כחבל (מדינת) וירטמברג, כתב מאמר בשנת 1934 שכותרתו: "דם וגזע: תוצאות מחקר חדשות", אשר התמקד בשימוש ובחשיבותו של דם אנושי כאמצעי וכלי לזיהוי גזע:

"בתיאור הגזעים השונים, אנו חייבים שלא להסתפק בצורה החיצונית של הגוף... עלינו ללכת מעבר לזה, לחקור את ההבדלים החשובים באותה מידה באיברים הפנימיים של הגוף, כאלה שעשויים לשקף הבדלים פיסיוולוגיים עמוקים יותר בין הגזעים..."
ד"ר שטאלה שאל את קוראיו:

"... חשבו מה המשמעות העשויה להיות אילו יכולנו לזהות לא -אריים במבחנה! אז לא הטעייה ולא טבילה, ולא שינוי השם, ולא אזרחות, ואפילו לא ניתוח האף יכלו לעזור (ליהודי להימלט מזיהוי). איש אינו יכול לשנות את דמו."

שנים אחדות אחר כך, בשנת 1939, ד"ר שטאלה, מעוטר באותות ממלחמת העולם הראשונה וחבר במפלגה הנאצית, סייע בהקמת המרכז הסודי של "המתת חסד" בטירת גרפנק (Grafeneck), שהיה ממוקם באזור מבודד במחוז מונזינגן. הטירה הפכה למרכז הרג בה נרצחו בעלי מוגבלויות נפשיות בתכנית "T-4" הנאצית. יותר מ-10,000 ילדים נרצחו בגרפנק בפרק זמן הקצר משנתיים. בשנת 1943, לד"ר שטאלה הוענק תואר פרופסור לרפואה על ידי אדולף היטלר. לאחר תבוסתה של גרמניה במלחמת העולם השנייה, הוא נעצר על תפקידו בתכנית "המתת החסד" ומת בכלא בשנת 1948.

מקור:

Robert N. Proctor, Racial Hygiene: Medicine Under the Nazis (Harvard University Press, 1988).

רקע:

לפני עליית הנאצים לשלטון, המדע הרפואי הגרמני היה אחד התוססים והיצירתיים בעולם. העיתונות הרפואית הגרמנית מילאה תפקיד חיוני במסורת זו. בשנת 1933, זמן קצר לאחר שאדולף היטלר הפך לקנצלר, ראשי המערכת הרפואית בגרמניה אחדו שני כתבי עת רפואיים ראשיים להוצאה לאור אחת חדשה, בשם ה-Deutsches Ärzteblatt. כתב עת זה, הפך לכתב העת הרשמי של הלשכה לרופאי הרייך ושל האיגוד לרופאי ביטוח הבריאות הגרמני. איחוד זה סימן נקודת מפנה בשליטת הנאצים על העיתונות הרפואית הגרמנית. מנקודה זו ואילך, כתבי עת רפואיים נצטוו במפורש לקבל את האישור של הרשויות הרפואיות הנאציות, שחבריו היו בעיקר בעלי אידיאולוגיה נאצית ונאמני המפלגה. צנזורה פוליטית שררה בכל רמת פרסום.

ההליכים הללו ציינו את תחילתו של המסע להדיח יהודים, כמו גם קומוניסטים וסוציאליסטים, ממסד הרפואה הגרמני. עורכים ויועצים לעיתונות הרפואית היו מעתה ממוצא גרמני-ארי ותומכים נאמנים של ההשקפות הנאציות בלבד. ה-Deutsches Ärzteblatt פרסם כי העיתונות הרפואית הגרמנית "טיהרה את עצמה מהשפעות שאינן גרמניות", על מנת להחזיר את המקצוע ל"תחושה הגרמנית" ול"חשיבה גרמנית". כתבי עת רפואיים סוציאליסטיים, עם מסורת ארוכה של התבלטות רפואית, נאסרו לפרסום, וכך גם, כל הפרסומים שאפשרו דעות מנוגדות לחזון הרפואי-הפוליטי הנאצי.

משנת 1933 עד לסוף המלחמה, אינספור מאמרים התפרסמו בעיתונות הרפואית על טוהר הגזע ומדיניות ההיגיינה הגזעית. אלה היו חלק ממערכת ההסברה התעמולתית בחסות הממשלה, שנועדו להפיץ ולהטמיע את ההשקפות הנאציות הגזעניות והפוליטיות. אי לכך, המטרה של ההוצאה לאור השתנתה מזו המספקת מידע מדעי בעל ערך, לזו המספקת ומייצגת את מדיניותה של המדינה. כתבי יד נתקבלו לפרסום על בסיס התחייבותם לקדם את המדיניות של הנאצים, ולא לפי איכות המחקר. כתבי עת, מיוחדים, המבוססים על תפיסות פסיאודו-מדעיות, פרו-אריות ואנטישמיות, נוסדו עבור אנשי האקדמיה והציבור הרחב. אחד הנושאים העיקריים של העיתונות הרפואית הגרמנית היה להשריש בקוראים את חשיבות "טוהר דם" לגזע הארי והרייך הגרמני. מאמרים אלה התרועעו מפני הסכנות של "דם מזוהם" הזורם בעורקיהם של נכים, חולים במחלות מולדות, יהודים, שחורים וצוענים. הסכנה שב - "דם רע" לגוף הפוליטי נוצל מאוחר יותר כרציונל פוליטי ורפואי לטיהור אתני.

מקורות:

1. Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide: From Euthanasia to the Final Solution* (University of North Carolina Press, 1995).
2. Michael H. Kater, *Doctors under Hitler* (University of North Carolina Press, 1989).
3. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene: Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).

שאלה:

מה הם הקודים האתיים החלים על העיתונות הרפואית?

דיון:

לפני התקופה הנאצית, כתבי העת הרפואיים הגרמניים נחשבו לעיתונות הרפואית היוקרתית ביותר בעולם, והמחקר שפורסם בכתבי העת הללו נחשב מכובד. מצב זה השתנה במידה ניכרת אחרי שהנאצים השתלטו לא רק על הבמה הפוליטית, אלא גם על העיתונות הרפואית. האתיקה של פרסום רפואי הופרה לחלוטין בעת שהתעוררו ניגודי אינטרסים בין הקהילה הרפואית ולבין האג'נדה הפוליטית של המדינה הנאצית. ברגע שמנהיגים הרפואיים, אנשי האקדמיה והעורכים פעלו בשיתוף עם האג'נדה הפוליטית הנאצית, אף ידיעה או הצהרה המנוגדת למשטר, או כזו שהביעה הסתייגות מהערך המדעי של המחקרים המוצגים, לא פורסמה בעיתונות. מדיניות מעין זו הפרה בעליל את כללי האתיקה, לא רק של העיתונות הרפואית, אלא של העיתונות בכלל. זו הייתה דוגמה נוספת למערכת היחסים הלא בריאה בין הרפואה הנאצית לפוליטיקה הנאצית.

אתיקה בפרסום הינה יסוד חשוב לאמינותו של מחקר מדעי. חשוב לשאול לא רק האם התוצאות פורסמו, ומה טיבן של התוצאות הללו, אלא גם למה וכיצד התוצאות נאספו, פורשו ופורסמו. היום, שורת דאגה רבה בהקשר לניגודי אינטרסים במחקר אקדמי. ניגודי אינטרסים הם אלה, כשמתגלים אחר כך, ייגרמו לקורא הסביר להרגיש שרימו או הטעו אותו. ניגודים אלה עשויים להיות אישיים, מסחריים, אידיאולוגיים, פוליטיים או אקדמיים. ניגודי אינטרסים עולים כאשר יש למחברים, מבקרים, או עורכים אינטרסים שאינם נראים לעין באופן מלא, ושעלולים להשפיע בקביעת מי מפרסם ומה יפורסם, כמו גם העיתוי, ההיקף והשיטה של תהליך הפרסום.

כיום, מקובל לרוב, שמחקר רפואי צריך לעמוד בפני ביקורת עמיתים (peer reviewed) טרם פרסומו. יתר על כן, פרסום צריך גם לקחת בחשבון את כל ההטיות (בין אם בפועל או כאלו העולות להיות בעתיד) בשל אינטרסים מנוגדים. מצופה, בדרך כלל, ממחברים לגלות לקוראיהם את ניגודי האינטרסים

שלהם ושל צוותי העבודה, של בני המשפחה, של העורכים, של המנהלים ושל בעלי ההוצאה. כפי שהצורך באתיקה במחקר הוביל ליצירה של וועדות אתיקה במוסדות הרפואיים, והדרישה כי הצעות מחקר תקבלנה אישור מהוועדות הללו, כך גם, מודעות של הצורך בכללי אתיקה בפרסום רפואי הובילה ליצירתם של כמה גופים המגדירים מהם כללי האתיקה בפרסום. בולטים בקרב קבוצות אלה הם ארגון (COPE) הוועדה לאתיקה בפרסום (WAME) העורכים הרפואיים של ההסתדרות הרפואית העולמית (אשר קבעו קריטריונים מקובלים ICMJE) והוועדה הבינלאומית של עורכי העיתונים הביו-הרפואיים למחברים ברחבי העולם.

הפרות כללי אתיקה בפרסום אינן נפרדות או שונות מהפרות הנורמות האתיות השוררות על הטיפול במטופלים המשתתפים במחקר. על כתבי עת הרפואיים לעסוק בקידום ידע רפואי במטרה לקדם בריאות האדם, ולא כחלק מזרועות השיווק של התעשיות המסחריות. בנוסף, אין להשתמש בפרסום רפואי ככלי לקידום אידיאולוגיות מדיניות ופוליטיות, אלא אם כן, אלה עולים בקנה אחד עם טובתם של המטופלים.

5. נאמנות כפולה של רופאים: המדינה נגד הפרט

תאור מקרה:

ד"ר הנס דוישל (Hans Deuschl) נולד בשנת 1891 בגרפינג ליד מינכן. הוא למד רפואה במינכן, שם הצטרף לאגודת הסטודנטים. כמו חברו, מאוחר יותר פטרונו, היינריך הימלר (שלימים היה למנהיג ה-ס.ס.), דוישל הושפע מרוח אחוות הסטודנטים הזו, מההשפעה של תבוסת גרמניה לאחר מלחמת העולם הראשונה, ומניסיונו כמתנדב ביחידה לוחמת בבואריה. הוא הזדהה עם לאומניות גרמנית כבר בגיל צעיר.

ד"ר דוישל התקדם בקריירה הפוליטית שלו כמנהיג הסניף המקומי של "Volkische Block" (הגוש הלאומני) והיה מועמד לתפקיד של ראש עיריית גרפינג בדצמבר 1924. הוא הצטרף לליגת הרופאים הנאציים (NSDAP) בספטמבר 1929, ול-ס.ס. ביוני 1931. כחבר ס.ס. הוא קיבל מינוי מהיינריך הימלר לפתח ולפקד על השירותים הרפואיים של ה-ס.ס. ד"ר דוישל התמנה למנהל כתב העת של ליגת הרופאים הנאציים, ויצא בהצהרות פוליטיות ציבוריות המעודדות את חבריו הרופאים להצטרף ולשרת את מדינתם. כיושב ראש של הליגה (NSDAP) הוא כתב:

"ארגון זה הוא לא רק ארגון מקצועי של רופאים, אלא בנוסף, ארגון צבאי. חברינו הם נאצים בראש וראשונה, ורק אחר כך רופאים. הם מייצגים את האומה כולה ועליהם להניח לצד את האינטרסים האישיים שלהם ולהפוך למנהיגים אשר שואפים לאינטרסים של העם הגרמני כולו."

ד"ר דוישל היה גם חבר קרוב של ראש ה-NSDAP, ד"ר גרהרד וגנר (Gerhard Wagner). בשנת 1935 התמנה דוישל לראש בית הספר לרפואה המיוחדת, בית ספר ה-"הפיהרר" (Führer School) (ב-Alt-Rhese).

מקורות:

1. Robert N. Proctor, Racial Hygiene. Medicine under the Nazis (Harvard University Press, 2002).
2. Michael H. Kater, Doctors Under Hitler (The University of North Carolina Press, 1989).
3. Wilhelm Boes, Medical Doctorate Dissertation [German] "On the person and the importance of the medical practitioner, Dr. Hans Deuschl (1891 - 1953), with special focus on his career in the period of National Socialism." http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000018876?lang=en

רקע:

זמן קצר לאחר עלייתה לשלטון של המפלגה הנאצית בשנת 1933, האיגודים הרפואיים הגרמניים השונים אוחדו לארגון גג היררכי בשם "ליגת הרופאים הנאציים" (NSDAP). גוף זה היה כפוף למפלגה הנאצית. באחד מנאומיו הראשונים של היטלר לפני ליגת הרופאים, הוא הכריז: "אתם, אתם הרופאים הנאציים, אינני יכול לפעול בלעדיכם לא יום אחד, ולא שעה אחת. אילמלא אתם, אם תאכזבו אותי, אזי הכל אבוד."

האידיאולוגיה של המפלגה הנאצית צוירה לעתים קרובות באופן שמשך את הרופאים. ב-"מיון קאמפף", היטלר הצהיר:

"מי שרוצה לרפא את עידן זה, שהוא בתוך תוכו חולה ורקוב, חייב קודם כל לאזור את האומץ ולהבהיר את גורם המחלה הזו."

בניצול של מטאפורות ביולוגיות ומדעיות, השלטון הנאצי הצביע על מגזרים מסוימים באוכלוסייה כמהווים איום של הדבקה שעלולה "לזהם" ולהחליש את העם הגרמני. רופאים אמורים היו להיות

"השומרים" של בריאות המדינה הגרמנית, ולפעול למניעה ולטיפול ב"הדבקה הזיהומית" בכל מקום ובכל עת שימצאו.

הדמות המובילה בארגון הרפואי הייתה ד"ר גרהרד וגנר, שהיה מוכר בכינוי "פיהרר של ליגת הרופאים". וגנר הצהיר כי:

"טיפול בבריאות אמור לפנות את מקומו להנהגת בריאות; ריפוי רפואי אמור לפנות את מקומו לרפואה מונעת, והיגיינה אישית אמורה לפנות את מקומה להיגיינה גזעית."

לדעתו של וגנר, רופאים אמורים היו להיות רופאים של האומה והם כבר לא נדרשו להיות הרופאים של מטופליהם הבודדים. דרך ואגנר ומנהיגים רפואיים ופוליטיים נאציים אחרים, מקצוע הרפואה כרת ברית, באופן מוחלט, עם הפילוסופיה הפוליטית הנאצית. פילוסופיה זו התבססה על עקרונות ההיגיינה הגזעית האאוגנית, שבה בריאות האומה עלתה בחשיבותה על בריאותו של המטופל האינדיבידואלי.

אחת מהמטרות הפוליטיות של ליגת הרופאים הנאציים הייתה להכשיר רופאים גרמניים באמונתה של המפלגה הנאצית. בית ספר למנהיגות לרופאים גרמניים (Führer School) הוקם ב-Alt-Rhese שבמקלנבורג. בית ספר זה היה ידוע בתור "בית ספר לאופיים של הרופאים הגרמניים". ד"ר הנס דוישל היה מנהלו הראשון של בית ספר זה.

המשימה של בית ספר "פיהרר" הייתה להשלים את ההכשרה הרפואית המסורתית ובמתן דגש חדש על הכשרתם של רופאים להיות "מנהיגי בריאות" נאציים. כל ההרצאות הועברו על ידי נאצים רמי דרג. בית הספר, שהיה מאורגן כמו מחנה אימונים צבאי, כלל שיעורים על מדיניות רפואית ופוליטית נאצית, ניהול בריאות הציבור ורפואה הוליסטית. מדע גנטי וגזעי הפך למוקד המרכזי של ההרצאות. על הסטודנטים היה גם להשתתף במשטר קפדני של אימונים צבאיים ועבודת כפיים. באותה העת, כתבי עת רפואיים רשמיים ציינו כי:

"הרופא החדש בגרמניה נעשה יותר ממרפא החולה; הוא היה עכשיו מרפא של הבריאות הגנטית ומנהיג בריאותי של העם הגרמני."

עד תחילת שנת 1936, קרוב לאלף רופאים הוכשרו בבית הספר של ה"פיהרר". המסר של בית הספר התמקד בעיקר ברופאים הזוטרים שהראו פוטנציאל להנהגה פוליטית בעתיד. רבים מהרופאים הגרמניים הצעירים הללו נמשכו למפלגה הנאצית בהבטחות שהנאצים ישקמו את כוחה של גרמניה. אחרים חשבו שהנאצים ירוממו את כבודו של מקצוע הרפואה. לבסוף, רבים מהרופאים הצעירים והחוקרים חשבו כי המפלגה הנאצית הינה אמצעי להשיג משרות טובות יותר, עמדות אקדמיות נחשבות יותר, כמו גם, קשרים פוליטיים משתלמים ורווחים כלכליים.

רופאים הגיבו בהצטרפותם למפלגה הנאצית מוקדם יותר, ובמספרים גדולים יותר, מכל קבוצה או גילדה מקצועית אחרת. עד שנת 1942, כמעט מחצית ממספר הרופאים של גרמניה היו חברים במפלגה הנאצית. מספר זה היה גבוה בהרבה ממספר בעלי מקצוע אחרים שחברו למפלגה הנאצית כמו מורים או עורכי דין.

מקורות:

1. Robert M. Proctor, Racial Hygiene. Medicine under the Nazis (Harvard University Press, 1988).
2. Michael H. Kater, Doctors Under Hitler (The University of North Carolina Press, 1989).

שאלות:

למי מחויב הרופא?

האם הוא מחויב לארגון / השתייכות פוליטית או קודם כל למטופליו?
אילו כלים זמינים לרופא כדי לפתור בעיות של נאמנות כפולה?

דיון:

הקודים הבינלאומיים הנוכחיים של אתיקה רפואית, בדרך כלל, מחייבים נאמנות מלאה למטופלים. עם זאת בפועל, לעתים קרובות, יש לעוסקים בתחום הבריאות התחייבויות לגורמים אחרים מלבד המטופלים שלהם. בהקשר של התחייבויות אישיות ומקצועיות מתחרות, נאמנות כפולה עלולה להיווצר בין החובות המקצועיות הקליניות למטופל לבין החובות, מפורשות או מרומזות, אמתיות או מדומות, לאינטרסים של צד שלישי.

נאמנות כפולה עלולה להיות בלתי נמנעת ודבר שבשגרה בעבודתם של אנשי מקצוע רפואיים. כמה דוגמאות לכך כוללות משפחת המטופל, המשטרה או רשויות בית סוהר, מוסד רפואי כגון בית חולים או ארגון, מעביד, מבטח, הציבור הרחב, המדינה או הצבא. אי לכך, הבעיה של נאמנות כפולה עשויה להתעורר בנסיבות רבות. קונפליקטים הנובעים מנאמנות כפולה עלולים, בפוטנציאל, לגרום להפרות של זכויות אדם בכל החברות, אפילו גם באלה הנחשבות לפתוחות וחופשיות ביותר. עם זאת, הפרות אלה כנראה חמורות ונפוצות יותר בחברות בהן אין חופש ביטוי וההתאגדות; למשל, במקום שבו נציגי המדינה דורשים מאנשי מקצוע הרפואה, או בתחום הבריאות, לתרום לדיכוי של התנגדות, כפי שהיה נהוג בגרמניה הנאצית.

ייתכן, שאחת הדוגמאות המקוטבות ביותר של נאמנות כפולה עולה בקרב רופאים ואחיות צבאיים. בהישבעם להגן על המולדת, הם עלולים לפעמים למצוא את עצמם פועלים בדרכים הפוגעות באתיקה רפואית.

ארגוני בריאות מקצועיים רבים ניסחו עקרונות אתיים והתוו קווים מנחים להתמודדות עם קונפליקטים של נאמנות כפולה. ההסתדרות הרפואית העולמית (WMA) יצרה כמה הצהרות מדיניות בנוגע לסוגיות האתיות של נאמנות הכפולה, לפיהן רופאים נדרשים לשקול תחילה את נאמנותם למטופליהם. אבל ישנה הכרה בכך, שבמצבים מסוימים, צרכיהם של אחרים יגברו על אלה של החולים שבטיפולם של הרופאים. כאשר זה קורה, חייבים הרופאים לנקוט בכל האמצעים המתאימים כדי להקטין כל נזק למטופליהם. על הרופאים ללמוד לזהות את המצבים שבהם קיימת נאמנות כפולה, ולהיות מודעים להנחיות האתיות והמקצועיות הניתנות על מנת לסייע בידם בהתמודדות עם הדילמות הנובעות מכך.



6. הלחץ הכלכלי על הרפואה

תאור מקרה: העילות הכלכליות עבור תכנית "המתת החסד" של הנאצים הטיעון הנאצי להשמדתם של "חיים שאינם ראויים לחיים" לא היה פשוט רציונל אאוגני להמתת חסד; הוא היה גם מעוגן בהצדקה כלכלית הטוענת שקטגוריות מסוימות של אנשים חולים אשר זקוקים לטיפול רפואי, מהוות נטל כספי גדול מדי על המדינה. בשנת 1934, נציג ליגת הרופאים הנאציים, ד"ר הייליג, פרסם מאמר באחד מכתבי העת הרפואיים, Deutsche Freiheit. הייליג טען כי:

"צריך להיות ברור לכל מי שסובל ממחלה חשוכה מרפא, שהבזבז החסר תועלת של תרופות יקרות הנגרעות מהמלאי הציבורי אינו יכול להיות מוצדק. הורים שחוו את החיים הקשים של ילדם, נכה או מפגר, חייבים להשתכנע, שאף על פי שיש להם חובה מוסרית לטפל ביצורים חסרי המזל הללו, לא ניתן לחייב את הציבור הרחב... לממן את העלויות העצומות הכרוכות באשפוז מוסדי לטווח ארוך."

ד"ר הייליג גם הצהיר כי אין הגיון שלאנשים "על סף זקנה" יינתנו שירותים כגון טיפולים אורתופדיים או טיפולי שיניים מסוימים; שירותים כאלה, לטענתו, היו אמורים להיות שמורים לאנשים בריאים יותר באוכלוסייה. הערותיו של הייליג היו אופייניות בתוך מקצוע הרפואה הנאצית, בו נכתבו מאמרים רבים בכתבי העת הרפואיים ובאלו המוקדשים להיגיינה גזעית, המתארים עלויות אחזקת החולים על חשבון הבריאים.

עם זאת, טיעון כלכלי כזה לגבי טיפול בנכים, חולים במחלות מולדות וחולים במחלות כרוניות, לא היה בלעדי בגרמניה הנאצית. הוא נטען גם במדינות אחרות. בשנת 1927, שופט בית המשפט העליון בארצות הברית, אוליבר וונדל הולמס, הביע את דעת הרוב של שמונת השופטים הנוספים, במקרה של באק נגד בל (Buck vs Bell), כאשר הוא אישר את החוק של וירג'יניה על עיקור. פסק דין זה הקדים במספר שנים את הטיעונים הנאציים בנוגע לנטל החברתי שהונח על מדינה בטיפול בנכים. השופט הולמס כתב:

"ראינו יותר מפעם אחת, כי רווחת הציבור עלולה לעלות בחייהם של אזרחנו הטובים ביותר. מוזר יהיה אם לא נוכל לדרוש מאלו שכבר יינקו מחוזקה של האומה להקריב קורבן מועט יותר... על מנת למנוע את הצפתנו במחוסרי יכולת. עדיף יהיה לכל העולם, שבמקום שנחכה להוצאתם להורג של הצאצאים הפושעים המנוונים, או במקום שנאפשר להם לגווע ברעב בשל איזולתם, החברה תמנע מאלה שאינם כשירים להעמיד צאצאים דומים להם... שלושה דורות של אימבצילים הם די והותר."

מקורות:

1. (Robert N. Proctor, Racial Hygiene. Medicine Under the Nazis (Harvard University Press, 2002)
2. Edwin Black, War Against the Weak. Eugenics and America's Campaign to Create a Master Race (Four Walls Eight Windows, 2003)

רקע:

רעיון העיקור באופן שיטתי ולאחר מכן "השמדת" (הריגת) החולים הסובלים מפגור שכלי צבר תאוצה רחבה יותר לאחר תבוסתה של גרמניה במלחמת העולם הראשונה. אנשי אסכולת ההיגיינה הגזעית טענו כי עלויות אחזקת ה"מפגרים" היתה בעייה רצינית במהלך המלחמה, כאשר הרעב היה בכל מקום. באותה תקופה, כמעט מחצית מהחולים בבתי חולים פסיכיאטריים בגרמניה גוועו ממחלות או מרעב.

בשנת 1920, ד"ר אלפרד הוך (Alfred Hoche), פרופסור לרפואה, ורודולף בינדינג (Rudolph Binding), פרופסור למשפטים, חיברו ופרסמו יחדיו את ספרם "מתן הכשר לסיים חיים שאינם ראויים לחיות" ("Authorization for the Destruction of Lives Not Worthy of Living"). המחברים טענו כי רצוי ליישם את עקרון "הריגה מותרת" בחולים חשוכי מרפא בטענה שיש לחולים מאושפזים במוסדים פסיכיאטריים "חיים שאינם ראויים לחיות". הם הסיקו כי "החיסול" שלהם היה לא רק נסבל, אלא אנושי,

ושצריך היה לעגן אותו בחוק. הם צידדו בסיום החיים של חולים סופניים אשר, לטענתם, היו בעלי זכות למות ללא כאבים. הם גם טענו כי יש להרוויח את הזכות לחיות, ושהזכות הזו צריכה להיות מוצדקת, ולא רק הנחה דוגמטית. יותר מכך, הם טענו

שערך חיי אדם נחשב לא רק לגבי הפרט עצמו, אלא גם בערכו (ו / או נטל) לחברה. לפי דעתו של בינדינג, חולים אלה היו "נטל נורא וקשה" גם על קרובי משפחתם וגם על החברה, ושהם "מעסיקים מקצוע שלם של אנשים בריאים וגורמים לחוסר פרפורציה מוחלט בחלוקת משאבים אנושיים יקרי ערך". הוּך תבע כי "זה מצער שדורות שלמים של אחים ואחיות יתבזבזו ליד מיטתם של קליפות ריקות כאלו, שרבים מהם יחיו עד שבעים שנים ומעלה". הוּך לא קיבל את ההתחייבות המסורתית של שבועת היפוקראטס שלא לגרום נזק, וכינה אותו "שבועת רופא של זמנים עתיקים". המחברים גם עודדו את החקיקה שתגן על רופאים שביצעו "המתת חסד" במטופלים כאלה.

ספרם של הוּך ובינדינג עורר ויכוח לאומי על האם, מתי, ואי פעם, רופא היה צודק בנטילת חיים. במהלך שנות ה-30, הפסיכיאטרים וחלוצים אחרים באסכולת ההיגיינה הגזעית, טענו שעלויות באחזקתם של הנכים חייבות לרדת. רציונל כלכלי זה נוצל גם על ידי קובעי מדיניות ופוליטיקאים כדי להצדיק את הקיצוצים בתקציב לאוכלוסייה זו, וזה והביא להידרדרות בתנאים, במספר אנשי הצוות, בצידוד, במזון ובטיפול רפואי לנכים בבתי החולים הפסיכיאטריים. הקיצוצים בתקציב התרחשו בו בזמן שגרמניה הייתה שרוייה בארגון מחדש של כלכלתה, ועסקה בהשקעה בכוחה הצבאי. הכספים שנאספו כתוצאה מהקיצוצים, שנחשבו כ"חיסכון" על ידי הממונים על המדיניות, נותבו לרמות האזוריות והמקומיות ברחבי גרמניה. אלה יצרו משברים כלכליים שאילצו עיצוב מחדש של סדרי העדיפויות המקומיים, ופגעו בניהול בתי חולים וברווחה הציבורית של הנכים ברחבי גרמניה.

מספר בודד של רופאים גרמניים יצאו נגד מדיניות זו של חיסול למטרות כלכליות, והזהירו מפני ביצועה. בפגישה שנערכה במינכן בשנת 1931, פרופסור לפסיכיאטריה אוסוולד בומקה (Oswald Bumke), אמר: "אם עיקור יכול למנוע את ההתרחשות של מחלת נפש אז אנחנו בהחלט צריכים לעשות את זה, לא כדי לחסוך כסף לממשלה, אלא משום שכל מקרה של מחלת נפש פירושו סבל אינסופי למטופל ולמשפחתו. אבל הצגתה של נקודת המבט הכלכלית הוא לא רק בלתי הולם, אלא אפילו מסוכן, משום שהמסקנה ההגיונית של המחשבה שמסיבות כלכליות יש להשמיד את כל בני האדם האלה, היא מסקנה מפלצתית למדי; אם כך היינו אז צריכים להמית לא רק חולי נפש ופסיכופתיים, אלא את כל הנכים, כולל נכי המלחמה, הרווקות הזקנות שאינן עובדות, כל האלמנות שילדיהם סיימו את לימודיהם וכל אלה שחיים על הכנסתם מהפנסיה. המתה כזו בהחלט הייתה יכולה לחוסך כסף רב, אבל קרוב לוודאי שלא נעשה זאת." מכל מקום, זה לא היה עד שנת 1935, בקונגרס המפלגה הנאצית בנירנברג, שתוכניות מעשיות לחיסול של כל "חיים שאינם ראויים לחיות" נדונו. תומך עיקרי לתכנית היה ד"ר גרהרד וגנר (Gerhard Wagner), אחד הרופאים הבולטים ביותר של גרמניה וה"פיהרר" (המנהיג) של ליגת הרופאים הנאציים. וגנר טען, כי הכסף שהוצא על "נחותים מבחינה גנטית" היה על חשבונם של האנשים הבריאים והנורמליים במדינה. בא בעת, היטלר גם הודיע לוגנר כי "המתת חסד" תיושם ברגע שתחל המלחמה.

עם תחילת מלחמת העולם השנייה, הטיעונים הכלכליים הנאצים לחיסולם של הנכים הפכו תקיפים יותר וקבלו עדיפות עליונה. הנטל הכלכלי שהוטל על המדינה בטיפול באנשים "שאינם ראויים לחיות" הוצג כניגוד לזה של החיילים הגיבורים, הבריאים, המקריבים את עצמם לטובתה של המולדת. יתר על כן, במהלך התכנית הסודית של "מבצע המתת החסד T-4", שבה חולי נפש נרצחו בשיטתיות ברחבי גרמניה ואוסטריה, חושבה סטטיסטיקה כלכלית שהוכיחה את "החיסכון" למדינה בשל חיסולם של מי שנחשבו כ"נטל" על אומה.

מקורות:

1. Henry Friedlander, The Origins of the Nazi Genocide. From Euthanasia to The Final Solution (The University of North Carolina Press, 1995).
2. Robert N. Proctor, Racial Hygiene. Medicine Under The Nazis (Harvard University Press, 2002).
3. George J. Annas and Michael A. Grodin eds., The Nazi Doctors and the Nuremberg Code. Human Rights in Experimentation (Oxford University Press, 1992).

שאלה:

כיצד רופא מוצא את האיזון בין קבלת החלטות רפואיות, סוגיות כלכליות ואתיקה רפואית?

דיון:

ניצול הנימוקים הכלכליים על ידי הנאצים להקמתם של תוכניות הגזענות, מהווה דוגמה קיצונית לאופן בו גורמים כלכליים יכולים להשפיע על מדיניות רפואית ועל תהליך קבלת החלטות. חולים ונכים נרצחו משום שנחשבו לנטל כלכלי למדינה. מותם היה התוצאה של תורות חברתיות נאציות שקידמו "עליונות גזעית" ו"הישרדותם של החזקים". התועלתנות של המשטר הנאצי בכלל, ושל מקצוע הרפואה בפרט, אפשרה הרג של מטופלים אלה בשל "טובת המדינה".

היום, העיקרון של תועלת טוען כי אנו, אנשי מקצועות הרפואה, צריכים, בכל הנסיבות, לשאוף לייצר את האיזון הטוב ביותר האפשרי בסוגיות של ערך חיי אדם במונחים כלכליים ("עלות תועלת" - cost effectiveness). בתחום הבריאות, חשיבה תועלתנית קובעת, כי בכל מקרה בו ניתנת הבחירה בין סוגי טיפולים שונים אך בעלי יעילות דומה, עלינו לבחור את הטיפול בעל התועלת המרבית עבור המטופלים, עם הסיכון הנמוך האפשרי, ובו בזמן בעל העלות הנמוכה ביותר. עם זאת, בעולם מודרני שבו משאבים מוגבלים, כאשר מערכות אספקת שירותי בריאות נתונות תחת לחץ הולך וגובר כדי להכיל את העלויות (או כדי לגרום לחיסכון), האם זה בהכרח לא הוגן להגביל את ההוצאות של המשאבים בטיפול רפואי בקבוצה מסוימת של חולים / או אוכלוסיות?

בשיח אתי רפואי מקובל, צדק הוא אחד העקרונות המרכזיים לו אנשי מקצוע רפואיים צריכים לציית. אחת מזכויות החולה הבסיסיות ידועה כצדק בחלוקת משאבים (distributive justice), שהיא הינה הזכות לקבלת טיפול הוגן, שוויוני וראוי. אבל היום בהווה, לחצים כלכליים גוברים מכריחים את הרופאים לקבל החלטות שעשויות להיות מבוססות על אילוצים כלכליים רחבים יותר, ולא על ההשקפה המסורתית של טובת האינטרסים של המטופל האינדיבידואלי בלבד.

ברחבי העולם, חברות רבות מתמודדות עם השאלה כיצד לספק שירותי בריאות באיכות שוויונית בהקשר של עלויות גוברות והולכות ומשאבים מוגבלים. בדיונים כאלה, חשוב להכיר בכך שחלק מהאוכלוסיות הפגיעות ביותר (נפגעי הנפש, חולים הכרוניים, קשישים ואחרים) עלולים להיות חשופים לסיכון גבוה במיוחד. מתעוררות שאלות: כיצד עלינו לטפל בחולים בחברה שלנו? כיצד עלינו לטפל בחולים הכרוניים? האם יש גבול לכמות המשאבים שאנחנו יכולים להוציא על מטופל אחד, או קבוצה אחת של חולים? האם צריכה להיות הגבלה לפי גיל על חלוקת משאבים או טיפולים רפואיים? אם כן, היכן נתווה את קו הגבול?

בפרקטיקה רפואית של ימינו, התקדמות טכנולוגית ומדעית, בשילוב עם העלויות הגוברות של טיפול רפואי, כמו גם שינויים סוציולוגיים, תורמים כולם לדיון המתמשך והערכה מחדש של היחסים בין רופא

למטופל. ככל שעלויות מערכת הבריאות עולות, והדרישה לתקצוב רפואי מתבקשת, עלינו להיות מאוד מודעים לבחירות המוסריות הכרוכות בכך.

רופאים, יותר מכל קבוצה מקצועית אחרת, נמצאים בחזית הקדמית של השיח החיוני הכלכלי, החברתי והאתי באשר לטובתם של המטופלים. בעוד שרופאים, מתוקף מקצועם ותפקידם בחברה, עלולים להיתקל בבעיות של נאמנויות סותרות בין צרכי המטופלים לבין הצרכים הכלכליים (וכן חברתיים) של המדינה, עליהם לבחור להיות סגורים עיקשים ורגישים של המטופלים שלהם. אם רופאים, ומטפלים אחרים, לא יעשו זאת, מי יעשה? בהיסטוריה יש לנו את הדוגמה הלא מוסרית והרצחנית של הרופאים הנאציים, שמראה מה עלול לקרות לחברה, כאשר רופאים נכשלים במילוי חובתם כנאמני מטופליהם.

7. המתת חסד

תאור מקרה:

ביוני 1942, ד"ר אדולף ווהלמן (Adolf Wahlmann) התמנה לרופא ראשי בהדמר-Landesheilanstalt Hadamar, בית חולים לחולים פסיכיאטריים ונכים בגרמניה. עוד לפני הגעתו של ווהלמן להדמר, 10,000 חולים הסובלים מפיגור שכלי כבר הומתו כחלק מהשלב הראשון של תכנית הנאצים ל"המתת חסד" הידוע בשם T-4. מאוגוסט 1941 היתה הפוגה בהריגה מאחר ותכנית T-4 הופסקה באופן רשמי, ובאוגוסט 1942 ווהלמן מונה לרופא הראשי של המוסד.

באוגוסט 1942, הגיעו משלוחים נוספים של חולי נפש לבית החולים. ואז החל השלב השני של תכנית "המתת החסד", הידוע בשם "המתת חסד פראית" ("Wild Euthanasia"), בבית החולים הדמר. ד"ר ווהלמן הנהיג שיטה של אספות בוקר עם אחיות המחלקה על מנת לנהל את התכנית. בפגישות אלה, ווהלמן והאחיות בדקו את הרשומות ואת ההיסטוריה הרפואית של המטופלים. לאחר מכן, בהתבסס על סקירתם, הם קיבלו את החלטתם לגבי נחיצות ההרג. ההחלטה הסופית היתה בידי ווהלמן. כאשר הוא נתן את אישורו, שתי אחיות כתבו את שמו של המטופל על גיליון נייר, וציינו את כמות הסמים שווהלמן רשם כדי לגרום למותו של אותו המטופל (לדוגמה, תרופות הרגעה כמו מספר הטבליות של לומינל [Phenobarbital]).

הגיליון ניתן לאחיות התחנה, ושימש כאישור להמתת החולים שנבחרו. במהלך הלילה, מטופלים הללו קיבלו מנות יתר משמעותיות של תרופות. אם הטבליות לא פעלו כמצופה והמטופל עדיין היה בחיים למחרת בבוקר, נתנה הוראה להזריק מורפיום, מעשה שבדרך כלל סיים את חייו של המטופל. כאשר נקבע מותו של המטופל, ווהלמן ביצע בדיקה קצרה של הגופה והמציא סיבה ומועד שקריים למוות, אותם רשם בתעודת הפטירה של המטופל.

מאמצע 1942, ועד שהדמר נכבש על ידי הכוחות האמריקאים במרס 1945, 4,400 מטופלים נוספים נרצחו שם באמצעות זריקה קטלנית או מנת יתר של סמים.

במשפטו של ד"ר ווהלמן בפרנקפורט בשנת 1947, בית המשפט של המדינה האשים אותו ברצח, ודן אותו למוות.

מקור:

Michael S. Bryant, *Confronting the "Good Death": Nazi Euthanasia on Trial, 1945-1953* (University Press of Colorado, 2005).

רקע:

גל החקיקה בין השנים 1933 ו-1936 זיהה קטגוריות של "חיים שאינם ראויים", שהפכו בסופו של דבר למטרות מדיניות ההרג של הנאצים בין 1939 ו-1945. הרציונל לחיסולם של אנשים "שאינם ראויים לחיים" נגזר מהחזון הביו-רפואי הנאצי שלאנשים בעלי מוגבלויות ונכים ואחרים עם מחלות מולדות וגנים נגועים לא היו ראויים לחיות. הרעיון היה שאנשים כאלה לא רק החלישו את המאגר הגנטי הארי וגרמו לניוון נוסף של החברה, אלא שהם גם היוו נטל כלכלי משמעותי. קובעי המדיניות הנאצים חשבו שנטל כלכלי זה היה יקר מדי, ושהאומה לא יכלה להרשות לעצמה לשאת אותו, במיוחד בעת מלחמה. בסוף שנת 1938, או תחילת שנת 1939, קרוב משפחה, סביר להניח שמדובר באביו של תינוק בשם גרהרד הרברט קרצמר (Gerhard Herbert Kretschmar) שנולד עיוור וחסר רגל אחת וחלק מהזרוע, פנה ללשכתו של היטלו וביקש לאפשר "המתת החסד" לילד. היטלר הורה לאחד מרופאיו האישיים,

ד"ר קארל ברנדט (Karl Brandt), להתייעץ עם רופאיו של הילד, ונתן את אישורו (לא חייב) להמית את הילד במידה והם ימצאו זאת לנכון. לרופאים אלו הובטח פטור מכל פעולה משפטית העשויה להינקט נגדם. לאחר מכן היטלר הזמין את ד"ר ברנדט וראש לשכתו, פיליפ בוהלר (Philip Bouhler), כדי לאשר אישורים דומים במקרים אחרים.

עד שנות השלושים המאוחרות, אלפי משפחות גרמניות, שלהם קרובי משפחה חולים כבר שלחו עתירות לשכתו של היטלר, בבקשה לבצע "המתת חסד" ליקיריהם. המקרה של הילד קרצמר חנך את "תכנית המתת החסד של הילדים", שנועדה להרוג ילדים שהיו נכים מבחינה נפשית ופיזית. ביוזמה סודית זו (ולא חוקית), הומתו ילדים על ידי שילוב של רעב או תרופות קטלניות.

התהליך להריגה היה כדלקמן: מקרים של יילודים ותינוקות פגועים, שלא היו מאושפזים במוסדות, דווחו על ידי רופאים ומיילדות. הורים ו / או אפוטורפוסים של הילדים הללו שאולצו להכניס את ילדיהם לאחת מהמחלקות המיוחדות לילדים. הרשומות של ילדים אלו, כמו גם ילדים שכבר היו מאושפזים במוסד, נסקרו על ידי צוות של מומחים רפואיים שמונו על ידי פקידים ורופאים נאציים בדרג גבוה יותר. הרופאים שאישו וועדות אלה, ושמעולם לא ראו או בדקו את הילדים, חרצו את דינו של הילד לחיים או למוות.

שיטות ההריגה כשלעצמם, הפכו לשדה ניסויים רפואיים ולמחקר על ידי הרופאים המרצחים. מוחות וחלקי גוף אחרים, לעתים קרובות, נשלחו למרכזים אקדמיים רפואיים למטרות מחקר. כשהילד שנבחר כבר גסס וסוף חייו התקרב, מכתב סטנדרטי נשלח להורים עם ההודעה שהילד חולה אנוש. מכתבים אלה נשלחו, לעתים קרובות, באיחור, בסמוך או אפילו אחרי המוות, כך שלהורים לא היה די זמן לבקר את יקיריהם. רבים מהמוסדות לא היו נגישים לביקורי משפחה בכלל, וחלק מהם אף אסרו על ביקורים של הורים (או אפוטורפוס). לאחר שהילד הומת, זייפו הרופאים את תעודות הפטירה (מועד וסיבת המוות) שנשלחו לאחר מכן למשפחה. הורים גם דווחו כי בשל החשש ממגפות, הגופה נשרפה מיד. במקרים מסויימים, המכתבים גם ציינו כי צוות הרפואי ביצע פעולות "גבורה" כדי להציל את הילד, אך לא צלח. לפעמים, נדחתה ההודעה על פטירת הילד במשך כמה חודשים, כן שהמוסד עדיין יכול היה לגבות תשלומים עבור הטיפול בילד במשך אותו זמן.

לפי ההערכות כ-5,000 ילדים הומתו ברעב או מינון יתר של סמים. תכנית זו אמורה היתה להיות תכנית סודית, כדי לצמצם את ההתנגדות והמחאה בקרב הציבור הגרמני. החולים הומתו ללא הסכמת המשפחה או האפוטורפוסים. זמן קצר לאחר יוזמת תכנית "המתת החסד" של הילדים, התכנית הורחבה על מנת לכלול מבוגרים נכים ומוגבלים ממוסדות אחרים. התכנית הנאצית של "המתת חסד" שהוגדרה: המתת "חיים שאינם ראויים לחיות", יושמה על קבוצות גדולות של ילדים ומבוגרים בעלי מוגבלויות וחולים במחלות כרוניות. המטה הראשי של התכנית היה ממוקם ברחוב טירגארטן 4 בברלין, ומשם שם התכנית: T-4.

תכנית T-4 התפתחה מתכניות ההמתה של תכנית "המתת החסד" של הילדים. מעכשיו, ההמתות בוצעו גם על ידי גז; תחילה באמצעות פחמן חד חמצני (CO), אך גם ניסויים בוצעו באמצעות שיטות המתה בגז אחר, כולל השימוש בציקלון B (שמאוחר יותר היה בשימוש באושוויץ ובמחנות השמדה אחרות). תאי הגז נבנו במיוחד במוסדות נבחרים, לרוב בתי חולים, שתוכננו כמרכזי הרג.

באופן דומה "המתת חסד של הילדים", רופאי ה-T-4 זייפו תעודות פטירה. בנוסף, רופאים ביצעו נתיחות שלאחר המוות ושלחו דגימות פתולוגיות למוסדות רפואיים בגרמניה למחקר.

גם תכנית "המתת חסד" של הילדים וגם T-4 הוו את קרקע המבחן עבור "הפתרון הסופי". רצח על ידי גז, שמאוחר יותר שימש לרצח מיליוני יהודים ומאות אלפי צוענים, נוסה לראשונה על חולי הנפש הגרמניים. הרצח בגז תוכנן, נבדק, נוסה, פוקח ואושר על ידי רופאים של T-4. מתוכניות "המתת חסד"

האלה, צמחו הפרוטוקולים, ההליכים, המנהיגות הרפואית וצוותים רפואיים שמאוחר יותר פיקחו ויישמו את רציחתם של מיליונים במחנות המוות. יותר מ-70,000 אנשים נהרגו בתקופה שבין ינואר 1940 לאוגוסט 1941 בתכנית T-4.

ב-24 לאוגוסט 1941, הורה היטלר על הפסקתה של התכנית "המתת חסד" מאחר והיא כבר לא היתה סודית והפכה לציבורית מדי. המקור העיקרי למחאה הציבורית היה מקרב כמרים פרוטסטנטים וקתולים גרמניים, שגילו את מה שקורה בבתי החולים הללו ברחבי גרמניה.

לאמיתו של דבר, התכנית לא הסתיימה, אלא הפכה לשלב חדש ושונה המכונה "המתת חסד פראית" (wild euthanasia). בשלב זה של "המתת חסד פראית", רציחות הפכו לתהליך מבוזר. מיונים (סלקציות) בוצעו על ידי מספר רב של רופאים ואחיות במוסדות רפואיים רבים באוסטריה, פולין וגרמניה, שם הרציחות בוצעו כחלק משגרת בית החולים הרגילה. רופאים ניצלו את אותן שיטות של "המתת חסד" בהן השתמשו לילדים, והרגו את המבוגרים המוגבלים, הנכים והחולים הכרוניים על ידי רעב ובמתן יתר של תרופות. חולי נפש נכים אחרים, ובמיוחד, בשטחים הכבושים, פשוט נורו.

במהלך שלב "המתת חסד הפראית", קטגוריות של "המתת חסד" הורחבו על מנת לכלול "אנשים שמאיימים על הציבור", פושעים, "אנטי סוציאליים" ומי שנחשבו כנכותי גזע. אפילו קורבנות הלם קרב גרמניים, אזרחים וחיילים, נהרגו, וכך גם עובדים זרים ממזרח אירופה שחלו במהלך ביצוע עבודות כפייה עבור הגרמנים. כ-200,000 אנשים נרצחו בתכנית "המתת חסד הפראית".

בשלב זה, מחנות הריכוז מלאו באסירים, וכן התפתחה תכנית הרג חדשה, בשם "14f13". רופאי המחנה, בדרך כלל אנשי ה-SS, בחרו את הקורבנות הפוטנציאליים על פי הנחיות גזעיות ואאוגניות. יכולתו של אדם לעבוד גם הפכה לגורם קריטי בתהליך המיון. ברגע שקורבנות אלה נבחרו, רופאים "מומחים" מה-T-4 הגיעו למחנות על מנת לאשר את הבחירות של רופאי ה-SS. בשלב זה לא היה עדיין הציד המתאים הדרוש להרג המוני, ולכן הקורבנות הועברו בחזרה למרכזי הרג בגרמניה, ושם נרצחו. בהמשך, נבנו מתקני הגז, במסווה של מקלחות, במחנות ההשמדה עצמם, תוך ניצול הידע והמיומנות של הצוותים הרפואיים של T-4. בין 10,000 ל-20,000 אנשים נרצחו במבצע 14f13.

היסטוריונים חוקרי השואה רואים בתכנית "המתת חסד של הילדים", T-4, 14f13, ו"המתת חסד הפראית" כמבשרים של הרצח של מיליוני יהודים, צוענים ואחרים שנחשבו כלא רצויים.

מקורות:

1. Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide. From Euthanasia to the Final Solution* (The University of North Carolina Press, 1995).
2. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 1986).
3. Patricia Heberer, "Exitus Heute in Hadamar": The Hadamar Facility and "Euthanasia" in Nazi Germany. (Doctoral Dissertation, University of Maryland, 2004).
4. Ulf Schmidt, Karl Brandt. *Medicine and Power in the Third Reich* (Hambledon Continuum, 2007).

שאלה:

מהם כללי האתיקה של המתת חסד (euthanasia) והתאבדות בסיוע רופא (physician assisted suicide)?

מקור המושג "euthanasia" הינו מהמונחים היווניים: "eu" (טוב או שמח) ו-"thanatos" (מוות). פירושו המילולי של "euthanasia" (המתת חסד) הוא "מוות שמח" או "מוות טוב". המועצה של אתיקה וענייני משפט של ההסתדרות הרפואית האמריקנית מגדירה את המונח באופן הבא: "המתת חסד מוגדרת, בדרך כלל, כפעולה המביאה למותו של אדם, החולה ללא תקנה וסובל, באופן מהיר יחסית ונטול כאבים מטעמי חסד".

השימוש במונח "המתת חסד" בהקשר הנאצי הוא, במהותו, שימוש לא מדויק של המילה. בעצם, תכנית "המתת החסד" הנאצית נועדה להוציא מהחברה הגרמנית אנשים מסויימים שנחשבו "לא ראויים לחיות". רבים מהמטופלים האלו לא סבלו כלל, והיום בוודאי לא היו נחשבים אפילו כבלתי כשירים. יתר על כן, הרציחות הללו בוצעו, ללא קשר לכשירות האדם, ללא ההסכמה מדעת, לא מהאנשים עצמם ולא ממשפחתם או מהאפוטרופוסים שלהם. השיטה הנאצית של "המתת חסד" לא הייתה בכל דרך שהיא מתן "מוות טוב", כפי שמציינת המילה, אלא תכנית שיטתית של הרג ללא כל רחמים. כיום, המונח "המתת חסד", מתפרש באופן שונה ומגוון בהתאם להקשר שנעשה בו שימוש. מסיבה זו, מספר הגדרות נוסדו בשיח על המתת חסד. מונחים אלה מסייעים לחלק ולסווג את סוגים שונים של המתות החסד. מספר הגדרות מפתח כוללות: מרצון / לא רצוני ופעיל / סביל.

המתת חסד מרצון (voluntary euthanasia) הינה המתה על ידי אחר, בהסכמתו של האדם ההולך למות. ההסכמה זו יכולה להיות בכתב, כמו צוואה בחיים, או כהנחייה מראש. המתת חסד לא רצונית (involuntary euthanasia) היא מתן המתת חסד לאדם לא כשיר על פי החלטה של בעל משמורת, או אפילו של רופא.

המתת חסד סבילה (passive euthanasia) מאפשרת לחולה למות על ידי הסרת מערכות מלאכותיות תומכות חיים, כגון מכשירי הנשמה וצינורות הזנה, או פשוט הפסקת טיפולים רפואיים נחוצים כדי לקיים חיים.

המתת חסד פעילה (active euthanasia), לעומת זאת, כרוכה בצעדים מפורשים הבאים לסיים את חייו של החולה, בדרך כלל על ידי זריקה קטלנית. הזכות להמתת חסד סבילה גם זוכה לכינוי "הזכות למות", ויש מדינות שבהן ישנם חוקים המגנים הבאים להגן על זכות זו.

התאבדות בסיוע רופא (physician assisted suicide), אשר מתרחשת כאשר רופא מספק סיוע למטופל כדי שיוכל להתאבד, שונה מהמתת החסד. המתת חסד והתאבדות בסיוע שונים במידה שרופא, או צד אחר, משתתף בפעולה שמובילה למוות. המתת חסד כרוכה בזה שרופא, או מישהו אחר, מבצע את הפעולה הגורמת לסיום מיידי של החיים. התאבדות בסיוע מתרחש כאשר רופא, או אדם אחר, מקל על מותו של מטופל על ידי מתן האמצעים, ו / או מידע, הדרושים כדי לאפשר למטופל לבצע את מעשה המסיים חיים.

הצהרה אודות המתת חסד של ההסתדרות הרופאים העולמית (WMA Declaration on Euthanasia), שאומצה על ידי העצרת הרפואית העולמית ה-38, במדריד, ספרד, בשנת 1987 מצהירה: "המתת חסד, הפעולה בכוונה תחילה הבאה לסיים את חייו של מטופל, גם על פי בקשתו של המטופל עצמו או על פי בקשת קרובי המשפחה, אינה אתית. עם זאת, על הרופא לכבד את רצונו של המטופל המבקש לאפשר לתהליך הטבעי של המוות לקרות בשלב הסופני של מחלה." הצהרת ה-WMA אודות התאבדות בסיוע רופא אומצה על ידי העצרת הרפואית העולמית ה-44, במרבלה, ספרד, בשנת 1992 גם כן קובעת:

"התאבדות בסיוע רופא, כמו המתת חסד, אינה אתית ועל מקצוע הרפואה לגנותו. כאשר הסיוע של הרופא הוא בכוונה מתחילה מכון על מנת לאפשר לאדם לסיים את חייו/חייה, הרופא פועל באופן לא

אתי. אולם, הזכות לסרב טיפול רפואי הינה זכות בסיסית של המטופל, והרופא אינו פועל באופן לא אתי גם אם כיבוד בקשה כזו מוביל בסופו של דבר למותו של המטופל".

ההסתדרות הרפואית העולמית, ציינה כי הפרקטיקה של המתת חסד פעילה בסיוע רופא התקבלה בחקיקה במדינות מסוימות.

כיום, כאשר דנים על המתת חסד ועל התאבדות בסיוע רופא, לעתים קרובות עולות האנלוגיות לתכנית הנאצית. אבל, אסור לשכוח כי התכנית הנאצית מעולם לא הייתה המתת חסד; זה היה רצח.



8. משמעותה של שבועת היפוקראטס

תאור מקרה 1:

ד"ר אלינה ברוידה (Alina Brewda), גינקולוגית ומילדת יהודייה, נולדה בוורשה בשנת 1905. בשנת 1940, היא נכלאה בגטו ורשה, שם עבדה כרופאה. באביב 1943, ד"ר ברוידה השתתפה במרד יהודי גטו ורשה, ודאגה ליהודים פצועים וגוססים בבונקרים נסתרים, מנהרות סודיות, במרתפים ובתעלות הביוב. היא שרדה את המרד, אך נתפסה על ידי ה-ס.ס. וגורשה למחנה ריכוז מיידנק. מאוחר יותר היא נשלחה לאושוויץ, שם היא הפכה לאסירה מספר 62761.

באושוויץ, התועדה ד"ר ברוידה לניסויים הגינקולוגיים שביצעו הרופאים הנאציים. משום שהיא הייתה גינקולוגית מנוסה, לא היה לה ספק שתתבקש לבצע ניתוחים אלה. בזיכרונותיה, היא כותבת: "כבר ידעתי שניתוחים מסויימים בוצעו על בנות יהודיות, וידעתי גם שהגרמנים כעסו מאוד כשהיא [רופאה עמיתה אסירה] סירבה לשתף פעולה. נראה לי סביר מאוד, שאצטרך להתמודד עם אותה הדילמה. אני לא טיפוס הרואי. אני רק יודעת מה נכון ומה לא נכון. לנגד עיני עמדה תמיד שבועת היפוקראטס שנשבעתי כשהוסמכתי כרופאה, וניסיתי תמיד להתנהל לפי אותה אמת מידה בכל עבודתי כרופאה וכמנתחת. כמובן, שידעתי שייתכן וירו בי או אשלח לתאי הגז אם אסרב לשתף פעולה." כפי שחששה, ד"ר ברוידה, נשלחה לעבוד בבlook 10 (בlook 10 באושוויץ היה ידוע לשמצה בשל הניסויים הרפואיים שבוצעו בו). היא הופקדה על הטיפול הרפואי של החולות, שכללו נשים יהודיות צעירות שעברו את הניסויים. למרות שהניסויים היו סודיים, קרבתה לקורבנות איפשרה לה ללמוד פרטים על ההליכים האכזריים, כמו גם, להיות עדה להשפעות המזעזעות על החולות. במקרים רבים, היא צוותה על ידי הרופאים הגרמניים, אדוארד וירטס (Eduard Wirths) והורסט שומן (Horst Schumann), לבצע ניתוחים ניסיוניים. היא סירבה. לחלופין, ולמרות שלא היו לה ציוד או מכשור רפואי לטפל בהם, היא עשתה כל מה שנותר בידיה לנחם ולסייע לקורבנות חסרי הישע. בנוסף, היא ניסתה למצוא עבודות שירות שונות למטופלות שלה כדי למנוע מהן להיבחר לניסויים.

כפי שעשתה בגטו ורשה, הצטרפה ד"ר ברוידה לתנועת המחתרת באושוויץ. אחת מפעילויותיה היתה גניבת תרופות עבור הבנות בבlook 10 ממחסן התרופות של ה-ס.ס. שנים לאחר מכן, אחת ממטופלותיה תיארה את עבודתה של ברוידה:

"לולא ד"ר ברוידה, לא הייתי שורדת. היא היתה לצידי ברגעים החשובים ביותר בחי. אני אזכור זאת עד יום מותי. במהלך הניתוח, לקראת סופו, היתה לי בחילה והתחלי לצעוק 'אוי אמא!': ד"ר ברוידה אמרה: 'הניתוח הסתיים, ילדה קטנה שלי. זה נגמר' ושוב אני זוכרת את ד"ר ברוידה יושבת ליד ראשי, כמו אמא." אחרי המלחמה ד"ר ברוידה היגרה לאנגליה, שם היא המשיכה בעבודתה בגינקולוגיה.

מקור:

R.J Minney, I Shall Fear No Evil. The Story of Dr Alina Brewda (William Kimber and Co, 1966).

תאור מקרה 2:

ד"ר אלה לינגנס-ריינר (Ella Lingens Reiner) נולדה כלא יהודייה בווינה, בשנת 1908. אחרי קבלת תואר דוקטור במשפטים, היא למדה רפואה באוניברסיטה המקומית. במהלך המלחמה במשך מספר חודשים בשנים 1941-2, היא ובעלה, ד"ר קורט לינגנס, החביאו מספר חברים יהודיים בדירתם. ב-13 באוקטובר 1942, בני הזוג נעצרו על סיוע לחבריהם היהודים. קורט לינגנס צורף ליחידת חיילים שנשלחו לחזית הרוסית כסוג של עונש על עבירות שונות. בעודו בחזית, הוא נפצע באורח קשה. אלה,

אשתו, נכלאה תחילה למשך כארבעה חודשים בכלא של הגסטפו בווינה, נחקרה שם שוב ושוב, ולאחר מכן גורשה לאושוויץ, שם היא נשלחה לעבוד כרופאה של אסירי המחנה. בזיכרונותיה, שנכתבו בשנת 1948, היא נזכרת בשיחה שהייתה לה עם רופא נאצי ד"ר פריץ קליין (Fritz Klein). "בהתחלה הוא הפגין איזו שהיא התחשבות בחולים הלא-היהודיים שלו, מה שגרם לכך שמעשיו האכזריים, שאין מילים לתארם, כלפי האסירים היהודיים בלטו עוד יותר. אמרתי לו שאני התביישתי להיחשב כגרמניה. הוא שאל בתמימות: "מדוע?" הצבעתי על ארובת המשרפות ועניתי: "כי צד אתה יכול לשאול - אתה, רופא?... השאלה היחידה כאן היא: האם אין לך, כרופא, כבוד לחיי אדם? איך אתה יכול, כרופא, ליישב את זה עם שבועת היפוקראטס שלך?"

ד"ר קליין בשום פנים ואופן לא היה נבון. הוא רק אמר:

"כמובן שאני רופא ואני רוצה לשמר חיים. מתוך הכבוד לחיי אדם, הייתי מסיר את האפנדיקס המוגלתי מגוף חולה. היהודים הם האפנדיקס הנמקי בגופה של האנושות."

ד"ר אלה לינגנס-ריינר נשלחה בצעדת מוות מאושוויץ למחנה דכאו, והצליחה לשרוד את המלחמה. היא נפטרה בווינה בשנת 2002. ב-3 בינואר 1980, הכיר יד ושם ברופאים, קורט ואלה לינגנס, כחסידי אומות העולם.

מקורות:

1. Ella Lingens-Reiner, Prisoners of Fear (Victor Gollancz Ltd, 1948)
2. Robert J. Lifton, The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide (Basic Books, 1986)
3. Michael Grodin, Historical Origins of the Nuremberg Code, in John J
4. Michalczyk ed, Medicine, Ethics and the Third Reich: Historical and Contemporary Issues (Sheed and Ward, 1994).

שאלות:

מהי משמעותה של שבועת היפוקראטס?
האם שבועת היפוקראטס עדיין רלוונטית היום?

דיון:

הרופא היווני היפוקראטס (377-460 לפנה"ס) נחשב, באופן מסורתי, כמייסד הרפואה המדעית והאתיקה הרפואית. שבועת היפוקראטס, שנשבעו בה לראשונה רופאים בימי יוון העתיקה וגם בימי הביניים, דורשת אמות מידה אתיים גבוהים מרופאים. גם היום, עקרונותיה נחשבים חשובים בחינוך המקצועי והאתי של רופאים.

השבועת שבועת היפוקראטס מתרחשת בזמן קריטי בהתפתחותם המקצועית של הרופאים. היא מניחה את אבני היסוד לקריירות העתידות שלהם ולטיפול העתידי על ידם כרופאים. בעוד שהשבועה אינה מחייבת מבחינה משפטית, היא מוכרת כרגע מכונן בקריירה שלהם כרופאים. היא מהווה סמל של חשיבות אישית, רצינות, והתחייבות ארוכת ימים לטיפול אתי ורחום במטופלים. באימוץ השבועה, רופאים הולכים בדרכו של היפוקראטס והדורות הרבים של רופאים שקדמו להם, כמו גם דורות העתידיים של רופאים שילכו בעקבותיהם. שבועת היפוקראטס שרדה במשך מאות רבות של שנים. היא עמדה במבחן הזמן שכן, היא עוסקת בטבעה המהותי של הרפואה, כמו גם בכלליה האתיות. למרות ששפתה נראית על פניו מיושנת, תקנותיה תקיפות גם היום כפי שהיו בימיו של היפוקראטס.

ההשפעה של שבועת היפוקראטס בפרקטיקה רפואית מוכרת כאוניברסלית. עם זאת, ישנם רופאים הממשיכים להעלות שאלות על תוקפה, כמו כן, ישנם בתי ספר לרפואה שכבר לא משתמשים בה בטכסי הענקת תארים. בנוסף, גרסאות חדשות נכתבו בניסיון לעדכן ולהתאים אותה כרלוונטית יותר לרופאים של היום. יש הטוענים שכיום, שבועת היפוקראטס אינה מספקת כדי להתמודד עם המציאות של רפואה מודרנית, ושיש לשנותה באופן קיצוני או לנטוש אותה לחלוטין. עם זאת, יש לשער שרוב הרופאים, כמו גם הציבור הרחב, מאמינים שמשלח יד של רופא צריך לכלול מחויבות לעקרונות היפוקראטס (גם אם מיושן או מודרני) של ריפוי ואי גרימת נזק.

המקרים לעיל מדגימים כיצד רופאים שונים עשויים לתפוס את עיקרי השבועה. ניתן להכיר בהשפעה הניכרת של הערכים הפוליטיים והתרבותיים של החברה על ידי שתי הגישות השונות בעליל זו מזו לשבועה. תפיסתם של הרופאים האסירים באשר לשבועה, כפי שהובעה בעדויותיהם, היתה שהשבועה הציגה אתיקה באופן כללי. הם ראו בשבועה כסמל לקודים המוסריים האישיים והמקצועיים שלהם. אפילו בנסיבות הקשות ביותר במחנה, רופאים אסירים אלה לרוב מצאו את הדרך להישאר נאמנים לעקרונות הללו.

מהצד השני, נקודת ראותם של הרופאים הנאציים על השבועה ייצגה תחושה מעוותת של ערכים אתיים רפואיים, אשר הציבה קדימות גדולה יותר למטרות הגזעניות והפוליטיות הנאציות, על פני אלו של בני אדם ומטופלים בודדים. השקפתו וערכיו של הרופא הנאצי שקפו את האידיאולוגיה וההתנהלות של מקצוע הרפואה הנאצי. רוברט ליפטון, בספרו "הרופאים הנאצים", אומר לנו שרופאי ה-ס.ס. נשבעו שבועת אמונים להיטלר כקציני צבא ה-ס.ס. שבועה זו החליפה, וביטלה למעשה, את שבועת היפוקראטס המסורתית, שנתפסה כפולחן מרוחק ומיותר שהיה בעבר מקובל בבית ספר לרפואה.

היום זה לא ברור איזו השפעה, אם בכלל, יש לשבועה על רופאים בפרקטיקה שלהם. מספר מחקרים הראו כי אחוז קטן בלבד של רופאים מאמינים כי לשבועה, לה נשבעו בבתי הספר לרפואה, השפעה על שיטות העבודה שלהם.

יש לתת את ההזדמנות לסטודנטים לרפואה לנתח את תוכן שבועת היפוקראטס, ולהבין כיצד ערכיה קשורים למצבים קונקרטיים של פרקטיקה רפואית בעבר ובהווה. על ידי למידה וזיהוי מגבלותיה של שבועת היפוקראטס, ושבועות וקודים רלוונטיים אחרים, יוכל הסטודנט להעריך את העקרונות העתיקים והמסורתיים שגיבו והוחדרו לאתיקה ופרקטיקה הרפואית למשך מאות רבות של שנים.

בדבריו של ד"ר אנדרו אייבי (Andrew Ivy), אחד מהעדים המומחים הרפואיים העיקריים במשפט הרופאים בנירנברג בשנת 1947:

"האחריות המוסרית שמכתיבה, או צריכה להכתיב, את התנהגותו של רופא, צריכה להיטמע במוחם של רופאים באותה מידת אחריות מוסרית אחרת. כל רופא צריך להכיר את העקרונות הללו, שבאופן ברור מתוארים או מובעים בשבועת היפוקראטס. על פי מיטב ידיעתי, היא מייצגת את 'כלל הזהב' של מקצוע הרפואה. היא קובעת כיצד רופא היה רוצה להיות מטופל על ידי רופא אחר במקרה שהוא עצמו חולה. ובדרך זו, רופא צריך לטפל במטופליו שלו, כמו גם בנבדקים בניסוי. עליו להתייחס אליהם כאילו הוא משרת אדם פגיע."

9.1 סודיות רפא- מטופל

תאור מקרה:

הלן לבל, שגדלה כקתולית בווינה, אוסטריה, החלה לסבול לראשונה, בהיותה בת תשע עשרה, מסימנים של מחלת נפש. מצבה הורע והיא נאלצה לוותר על לימודי המשפטים שלה ועל עבודתה כמזכירה משפטית. בשנת 1936, היא אובחנה כחולה בסכיזופרניה ואושפזה בבית החולים הפסיכיאטרי שטיינהוף בווינה.

במרץ של 1938, גרמניה סיפחה את אוסטריה. מצבה של הלן השתפר בבית החולים, ונשלחה הודעה להוריה שהיא תועבר בקרוב לבית חולים קרוב יותר למגורי המשפחה. במקום זאת, הועברה הלן לבניין שהיה בית הסוהר לשעבר בברנדנבורג שבגרמניה, שם היא הופשטה, עברה בדיקה גופנית, הובלה ל"חדר מקלחת", והומתה באמצעות גז קטלני.

מקור:

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

רקע:

באוגוסט 1939 יצרו הנאצים ארגון בשם "ועדת הרייך לרישום המדעי של מחלות תורשתיות חמורות" שהפיץ תקנון סודי ביותר בעל הכותרת "חובת דיווח יילוד פגוע". ההנחייה קבעה כי "להבהרת שאלות מדעיות בתחום של מומים מולדים ופיגור שכלי, נדרש רישום של כל הילדים מתחת לגיל שלוש שסבלו מכל המחלות התורשתיות החמורות הבאות: אידיוטיות (idiotcy) תסמונת דאון (Down syndrome), מיקרוצפלוס (microcephaly), הידרוצפלוס (hydrocephalus), מומים פיזיים וצורות של שיתוק ספסטי" הן מיילדות והן רופאים חויבו לדווח על ילדים כאלו. לרופאים הראשיים של כל המרפאות למיילדות נשלחו הודעות שההוראה לדווח הגיעה ישירות מהרייך, והרופאים המחוזיים היו אחראים על אישור הדיווחים. בטופס נדרשו למלא פרטים עם מידע דמוגרפי, וכן תיאור מפורט אודות המחלה, אשפוזים בבית חולים, תוחלת חיים צפויה, כמו גם סיכויים להחלמה. מאוחר יותר, השאלונים הוארכו וכללו פרטים אחרים אודות ההיסטוריה של המטופל ומשפחתו, לרבות מחלות תורשתיות, שימוש באלכוהול וניקוטין, פרטים על התפתחות פיזית ונפשית, כמו גם תיאורים של פרכוסים.

נוסח השאלונים הוביל רופאים רבים להאמין כי רישום הילדים הללו נועד רק למטרות סטטיסטיות ולמחקר. הצו לא חשף, בכל צורה שהיא, את הסיבות האמתיות לדרישה לדווח על הילדים המוגבלים. צווי הרישום פורסמו בכתבי עת רפואיים רבים. רופאים ומיילדות שנענו לצו קיבלו תשלום עבור כל מקרה של רישום.

הטפסים נשלחו לוועדת הרייך בברלין, שם הם עובדו על ידי פקידים ולאחר מכן, נשלחו הלאה לשלושה רופאים מומחים: פרופ' לפסיכיאטריה ורנר קאטל (Werner Catel), ד"ר ארנסט ונצלר (Ernst Wentzler), פסיכיאטר ילדים וד"ר הנס היינצה (Hans Heinze) מנהל מוסד פסיכיאטרי בגורדן. שלושת הרופאים האלה, היו תומכים מושבעים של "המתת חסד" ואף חברים בוועדת התכנון. הם בססו את החלטותיהם הרפואיות אך ורק על בסיס השאלונים הללו, מבלי לבדוק את הילדים, ללא התייעצות עם האפוסטרופוסים, ומבלי לקרוא את הרשומות הרפואיות כלל. השאלונים שלפיהם ילדים נבחרו למות

סומנו בסימן פלוס; אלו שבהם הילדים הורשו לחיות סומנו בסימן מינוס. ילדים שבשאלוניהם סומנו בסימן פלוס, הועברו לאחד מעשרים ושמונה מוסדות, שצויידו במהירות במתקני השמדה. בין "מרכזי ההרג" הללו נמנו כמה מבתי החולים הוותיקים והמכובדים ביותר בגרמניה. להורים נמסר שההעברה היתה נחוצה כדי לשפר את הטיפול בילדיהם.

מקורות:

1. Robert J. Lifton, The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide (Basic Books, 1986).
2. Robert N. Proctor, Racial Hygiene. Medicine under the Nazis (Harvard University Press, 1988).
3. Henry Friedlander, The Origins of Nazi Genocide. From Euthanasia to The Final Solution (The University of North Carolina Press, 1995).

שאלה:

מהי המשמעות של סודיות רופא - מטופל?

דיון:

סודיות היא לא רק עקרון אתי בעצמו, אלא ניתן לראותו כאחד החובות של הרופא כלפי מטופליו. בתמצית, חובתו של הרופא לשמור על סודיות פירושה, שהוא אינו רשאי לחשוף כל מידע רפואי הנמסר לו על ידי המטופל עצמו, או שהתגלה על ידי רופא בדרך אחרת בהקשר לטיפול במטופל.

באופן כללי, קודים אתיים רפואיים קובעים כי המידע שנמסר לרופא במהלך מערכת היחסים בין רופא למטופל הוא חסוי במידה מרבית. המטרה של החובה האתית של הרופא לשמור על סודיות המטופל היא לאפשר למטופל להרגיש חופשי לגלות לרופא מידע באופן מלא וכן, בידיעה שהרופא יגן על אופיו הסודי של המידע שנמסר. בתמורה ליושרו של המטופל, הרופא בדרך כלל נדרש שלא לחשוף את הקשר או את המידע הסודי ללא הבעת הסכמה מפורשת של המטופל, אלא אם כן הרופא נדרש לעשות זאת על פי דין.

לכלל זה, יש מספר יוצאים מן הכלל, כגון מקרה שבו מטופל מאיים לגרום נזק לעצמו או לזולת. יש מספר מדינות שבהן חוקים המחייבים על פי דין דווח על ידי רופאים, או ספקי שירותי בריאות אחרים, לרשויות הבריאות או לסוכני אכיפת החוק, מקרים של מצבים רפואיים מסוימים, או מקרים של פציעות ידועות או חשודות כנגרמות על ידי דרכים מרושעות. הקבוצה הראשונה כוללת את המטופלים עם פרכוסים, אירועים של איבוד הכרה, מחלות מידבקות, כמו גם, מטופלים החשודים בנהיגה בזמן שכרות. הקבוצה השנייה כוללת קורבנות של התעללות בילדים, תקיפה מינית, או אלימות במשפחה, ומטופלים עם פציעות מתקריות אלימות. רופא שלא פועל לפי חוקים אלה יישא בתוצאות הפליליות או האזרחיות. ישנה סוגייה של ניגוד אינטרסים במקומות בהם קיימים חוקי דווח חובה כאשר החולה מסרב שמצבו ידווח. בנסיבות כגון פרכוסים, איבוד הכרה, או HIV בבן/בת זוג, הטענה היא כי החובה להגן על החברה עולה על האינטרס של המטופל האינדיבידואלי. לפיכך, העקרונות של הטבה עם המטופל (beneficence) ושוויון (distributive justice) גוברים על העקרונות של מניעת נזק מהמטופל (nonmaleficence), אוטונומיה ושמירה על סודיות. אמנם זה לעתים קרובות מוצדק, אבל במצבים הללו הרופא נמצא בעמדה בעייתית בה הוא משרת כסוכן של המדינה ולא של המטופל האינדיבידואלי. מצב זה עלול להרתיע מטופלים מסוימים מלבקש טיפול.

בהווה, עם ההתקדמות הטכנולוגית של הרשומות הרפואיות הממוחשבות, גישה למידע סודי הפכה נפוצה יותר. אחד האתגרים העכשוויים לרופאים הוא לנצל טכנולוגיה חדשה ומתפתחת זו, ובקביל לכבד את סודיות המטופל.

הרופאים הנאציים הפרו את חובת סודיות רופא - מטופל, כאשר הם דיווחו על המטופלים שלהם לצד שלישי ללא קבלת הסכמתם או הסכמתם של האפוטרופוסים. המידע הרפואי, שאמור היה להיות חסוי, נוצל לרעה כנגד המטופלים, ללא ידיעתם, והוביל לרצח בחסותה של המדינה בגלל "הצרכים התועלתיים" שלה.

בתחילה, ייתכן וחלק מהרופאים לא היה מודע, או מיודע, אודות הייעוד האמתי או הסופי של דיווחים אלה. אף על פי כן, בקנה אחד עם המסורת המקובלת, וארוכת השנים, של סודיות רפואית בין רופא למטופל, על הרופאים היה לשאול ולברר את הסיבות שעמדו מאחורי הבקשה לדיווח, לפני שהם חשפו את המידע הרפואי של מטופליהם.



9.2 הסכמה מדעת בניסויים בבני אדם

תאור מקרה:

ניסויים בעיקור נערכו בעיקר במחנות הריכוז אושוויץ ורוסברוק, ממרץ 1941 עד לינואר 1945. ניסויים אלה, שנערכו על ידי הגינקולוגים ד"ר קרל קלאוברג (Carl Clauberg) וד"ר הורסט שומאן (Horst Schumann), היו ניסיונות לפתח שיטה של עיקור יעילה לעקר מיליוני אנשים בתוך טווח זמן מינימלי. המטרה של העיקורים היתה למנוע התרבות של הגזעים שנחשבו, על ידי הנאצים, כ"נחותים", מזהמים או נגועים גנטית.

רוזלינד דה ליאון, ניצולת שואה יהודייה מהולנד, שהיתה באושוויץ, העידה נגד קלאוברג ב-26 ביולי, 1956: "מנהיגת הבלוק [Blockälteste] אמרה לנו באופן כללי שד"ר קלאוברג התכוון לבצע בנו ניסויים מדעיים ואם לא נצית, נישלח לבירקנאו [מיקומם של תאי הגז]. אמרנו, שאנחנו נעדיף להישלח לבירקנאו ושממילא כבר ידענו שנהרג. איני יכולה להיזכר באף אישה אחת שהסכימה לניסוי כלשהו - להיפך, ד"ר קלאוברג ביצע ניסויי עיקור בי ללא הסכמתי. אני לא מחיתי, כי לא היה טעם לעשות זאת. זה קרה בכל מקרה. שתי אחיות סיעו לו - אחת היתה בעצמה אסירה. העיקור נעשה על ידי הזרקה עם מזרק גדול מאוד שבאמצעותו הוזרק לתוך הנרתיק שלי ויחומר שהוזרק לאחר מכן לתוך גופי. סביר להניח שחומר זה הוזרק לרחם שלי. אורכו של המזרק היה כ-30 ס"מ. קיבלתי זריקות כאלו שלוש פעמים עם הפסקות של 3 - 4 חודשים. לאחר כל הזרקה, היתה לי בבטן תחושת צריבה איומה. נלקחו צילומי רנטגן אחרי כל הזרקה וצילום נוסף נעשה ביום למחרת. לאחר הזריקה, הייתי צריכה להישאר במיטה במשך שבוע אחד. עד כמה שאני זוכרת, הכאב היה אותו הכאב אחרי כל זריקה, והזריקות היו כל כך כואבות שהאחיות היו צריכות לשבת על זרועות הקורבנות."

בספרה של לור שלי (Lore Shelley), "ניסויים פליליים בבני אדם באושוויץ ומעבדות מחקר בזמן המלחמה", אסירה לשעבר של בלוק 10, רנה דורינג מאמסטרדם, תיארה כיצד גבר אמר להן, בהגיען לבלוק, שעליהן "להירשם לבדיקות גופניות מסוימות" או שיומתו. בספר, דורינג מצרפת דוגמה של "טופס ההסכמה" שעליה היא חתמה. לדבריה: "כמעט כולנו חתמנו על פיסת נייר זו. חלק מהנשים שעברו את זה טוענות היום כי הן מעולם לא חתמו על משהו עבור הנאצים, אבל הן אכן עשו זאת; כל מי שנשארה בבלוק 10 ושימשה כחיית המעבדה עשתה זאת אם הן רצו להישאר בחיים." דורינג נזכרת באישה אחת שסירבה לחתום והועברה לאחר מכן לבירקנאו. אישה זו שרדה את המלחמה. מקורות:

1. Susan Benedict and Jane M. Georges, Nurses and the sterilization experiments of Auschwitz: a postmodernist perspective. *Nursing Inquiry* 13(4): 277-288 (2006).
2. Lore Shelley, *Criminal Experiments on Human Beings in Auschwitz and War Research Laboratories* (Mellen Research University Press, 1994).

רקע:

הרופאים הנאציים ידועים לשמצה בשל הניסויים הרפואיים האכזריים שבצעו. ניתן לחלק את הניסויים הרפואיים הנאציים לשלוש קטגוריות עיקריות: (1) ניסויים שבוצעו כדי לחקור אמצעים לשפר את הישרדותם של אנשי הצבא הגרמני. (2) ניסויים בבני אדם שבדקו תרופות ושיטות טיפול לפציעות ולמחלות בהן לקו חיילי הצבא הגרמניים בשדה קרב. (3) ניסויים רפואיים שנעשו כדי לקדם את העקרונות הגזעניים והאידיאולוגיים של השקפת העולם הנאצית. היו לפחות 70 תכניות שונות של ניסויים במחנות ריכוז נאציים, בהן היו מעורבים אלפי אסירים ומאות

רופאים שעבדו במערכת הבריאות הנאצית, כמו גם אלה, שעבדו באופן ישיר במחנות הריכוז. חוקרים נאציים אלו ניהלו קשרים מקצועיים וקשרי מחקר הדוקים עם מוסדות מובילים רפואיים ומדעיים, חברות תרופות, ואוניברסיטאות ברחבי גרמניה. חלק מהנתונים שנגזרו מהניסויים בבני האדם נוצל להצגות אקדמיות, פרסומים, ולקידום מקצועי.

קורבנות הניסויים רפואיים נאלצו לעבור הליכים אכזריים וכואבים מאוד, ללא כל צורה של הסכמה מדעת. יתר על כן, האסירים האלו חיו בחד מתמיד וחששו לחייהם, בין אם מהניסויים עצמם, או בגלל העובדה שהם ידעו יותר מדי. מרביתם המכריע של הנבדקים מתו כתוצאה מסיבוכים של הניסויים, נרצחו על ידי זריקות קטלניות, או שנשלחו לתאי הגז.

היו מספר קורבנות ניסויים בבלוק 10 (בלוק ניסויים הידוע לשמצה באושוויץ) שגם נזכרו שהם היו צריכים לחתום על "טפסי הסכמה". בהתחשב באופיים של הניסויים הללו, הסיכונים, כמו גם איום המוות על אלו שלא חתמו, פיסות נייר אלו בוודאי לא נחשבו כטיפסי הסכמה.

הניסויים הרפואיים מהווים חלק קטן מהתוכניות הרפואיות הנאציות הנרחבות. עם זאת, היו אלו הניסויים הרפואיים, שבוצעו ללא הסכמה מדעת, אשר הובילו לייסודו של קוד נירנברג. בשנת 1946, במהלך "משפט הרופאים", עשרים ושלושה נאשמים (20 רופאים גרמנים ו-3 עובדי ציבור בכירים) הועמדו לדין בשל פשעי מלחמה ופשעים נגד האנושות. משפט זה העניק הזדמנות לניתוח מהותי של אמות מידה אתיות רפואיות. פסק דינו של משפט זה מכיל הוכחות מתועדות של הפשעים הרפואיים, ובהמשך, דן בנושא הרשאת ניסויים רפואיים בכלל. הוא מסכם בפרוט קוד המונה עשר נקודות של אתיקה בניסויים בבני אדם הידועה כיום בשם "קוד נירנברג". עקרונות הקוד מהווים את בסיס הקריטריונים האתיים המודרניים לניסויים בבני אדם, אשר עקרון הסכמה מדעת הוא החשוב ביותר. (ראה נספח 1)

עוד טרם הצהרת קוד נירנברג, היו קיימות בגרמניה תקנות מפורשות על רווחתם וזכויותיהם של אנשים הנחקרים בניסויים בבני אדם. בשנת 1900, שר הממשלה הפרוסית לענייני דתות, חינוך ובריאות הוציא את התקנה הראשונה המתייחסת לניסויים בבני אדם. (ראה נספח 2) תקנה זו חוברה כתגובה לדיון ציבורי שהתנהל אודות ניסויים בבני אדם באותה התקופה. היא הורתה לרופאים שכל ההתערבויות הרפואיות, שאינן לצורך אבחון, ריפוי וחיסון, אסורות בכל הנסיבות, אם "הסובייקט האנושי היה קטין או לא כשיר מסיבות אחרות", או, אם הנחקר לא נתן את "הסכמתו החד משמעית", וזאת, רק לאחר "הסבר ברור של ההשלכות השליליות האפשריות" של ההתערבות. יתר על כן, כל התערבויות המחקר יכלו להתבצע רק על ידי המנהל הרפואי או באישורו.

אמנם, הקווים המנחים האלו לא היו מעוגנים בחוק, ומעט מאוד ידוע על השפעתם בפועל על ניסויים בבני אדם, הם היו חשובים ביותר בהיסטוריה של התפתחות ההנחיות כאשר לניסויים בבני אדם שלא לצורך טיפולי. התקנה הזו, לא בלבד שקבעה אמות מידה אתיות להתנהלות במחקר, אלא גם הכילה פרטים מפורטים על מנת להבטיח אחריות בעריכתם של ניסויים מסוג זה.

כמה עשורים מאוחר יותר, בשנת 1931, בעקבות ביקורת בעיתונות ובפרלמנט הגרמני על ניסויים לא אתיים בבני אדם, כמו גם, בהקשר של רפורמה פוליטית של החוק הפלילי בגרמניה, פרסמה ממשלת הרייך הנחיות מפורטות שנקראו "קיום מנחים לטיפול חדש וניסויים בבני אדם". (ראה נספח 3) הנחיות אלה הבחינו באופן ברור בין מחקר לצורך טיפולי (therapeutic research) ובין מחקר למטרות לא טיפוליות (human experimentation) והתוו אמצעי זהירות והגנות קפדניים למשתתפים בניסוי. בנוסף לעקרונות של הטבות עם המטופל (beneficence), ומניעת נזק (non-maleficence), התקנות התבססו על אוטונומיה של מטופל והעיקרון המשפטי של הסכמה מדעת. במקרים מסויימים, היו תקנות אלו מחמירות ומפורטות במידה רבה יותר מאלה של קוד נירנברג בהצהרת הלסינקי שחוברו שנים מאוחר יותר. (ראה נספח 4)

1. Aly Gotz, Peter Chroust and Christian Pross, *Cleansing the Fatherland: Nazi Medicine and Racial Hygiene* (The Johns Hopkins University Press, 1994).
2. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide*. (Basic Books, 1986).
3. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene: Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).
4. Paul J. Weindling, *Nazi Medicine and the Nuremberg Trials: From Medical War Crimes to Informed Consent* (Palgrave MacMillan, 2004).
5. Vivien Spitz, *Doctors from Hell: The Horrific account of Nazi Experiments on Humans* (Sentient Publications, 2005).
6. <http://www.ushmm.org/wlc/en/article.php?ModuleId=10005168>
7. Irene Strzelecka, *Voices on Memory Series, volume 2. Medical Crimes: Medical Experiments in Auschwitz* (Auschwitz-Birkenau State Museum, Oswiecim, 2008).

שאלות:

מה הם הצווים האתיים לקבלת הסכמה מדעת?
האם יש מקום לכפייה בקבלת הסכמה מדעת?

דיון:

הניסויים הרפואיים הנאציים נועדו לסייע למאמץ המלחמתי הגרמני, כמו גם, לקדם את האידיאולוגיה הגזענית של המשטר הנאצי. מורכב מאוד להבין את הסוגייה כיצד הרופאים הגרמנים הצדיקו ויישבו את הניסויים המתועבים האלה עם ההנחה הרפואית הבסיסית ביותר של עקרון היפוקראטס של "אי גרימת נזק".

הנאצים הצדיקו את מעשיהם בנימוקים תועלתניים וכלכליים. הם סימנו את חולי הנפש, הפושעים, אלו הסובלים מפיגור שכלי, הנכים, והחולים במחלות כרוניות כאנשים שחיים חיים ש"אינם ראויים לחיות". לפי ההשקפה הנאצית, לגיטימי היה להקריב אנשים אלה, בשל טבע מחלתם והעלויות הכלכליות המכבידות הכרוכות בטיפול בהם, על מנת לשפר את איכות החיים והבריאות של מרבית האוכלוסייה. הצדקה תועלתנית זו גם התנהלה במחנות הריכוז, שם התייחסו לאסירים לא כבני אדם אינדיבידואליים, אלא פשוט כחומר אנושי שניתן לנצל למזימות של "מחקר רפואי" ל"טובת המדינה" ולתועלת הגזע הארי. מאחר והרופאים בגרמניה הנאצית הודרכו על ידי עקרונות מוסריים תועלתניים, הם לא היו צריכים לשקול את עקרון ההסכמה מדעת. אם ניתן היה להשיג את טובת החברה ללא הסכמתו של הפרט, זה נתפס כלגיטימי מבחינה מוסרית.

אחרי המלחמה, כאשר נחשפו הניסויים המחרידים האלה ב"משפט הרופאים" בנירנברג, עלה צורך בינלאומי להגנה על המעורבים בתוכניות מחקר בבני אדם. כחלק מפסק הדין, חבר השופטים נסח את "קוד נירנברג" אשר נחשב כקוד הבינלאומי הראשון של אתיקה של ניסויים בבני אדם. הקוד מתחיל בפשטות עם משפט אחד שנבדל מכל השאר:

"ההסכמה מרצון של הסובייקט האנושי היא חיונית באופן מוחלט".

בהמשך, קוד נירנברג מפרט יסודות אחרים חשובים ביותר הגלומים בעקרון של הסכמה מרצון. מאז ניסוחו של קוד נירנברג, קודים נוספים נכתבו כמו הצהרת הלסינקי ואחרים, בניסיון להגדיר בצורה ברורה יותר את המושג "הסכמה מדעת". הקודים החדשים האלה היו הכרחיים, משום שניסויים בבני אדם המשיכו להתבצע ללא הסכמה מדעת של בני אדם הנחקרים ושל המטופלים.

במסגרת טיפול רפואי, הסכמה מדעת הינה הליך שבו מטופלים כשירים מסכימים מרצון, או מסרבים, להתערבות רפואית מסויימת. ההסכמה הזו מבוססת על הספקת מידע באופן גלוי ומעמיק, על ידי איש מקצוע רפואי, אודות מהות וסיכונים אפשריים של ההתערבות המוצעת. העיקרון האתי העיקרי המשמש כבסיס להסכמה מדעת הינו עיקרון האוטונומיה. הסכמה מדעת תומכת ומכבדת את זכותו של המטופל לקבל החלטה, ולבחור בדרכי טיפול. היא גם מאפשרת ומעודדת את מעורבותו של המטופל בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות. עקרון האוטונומיה מדגיש, כי למבוגרים כשירים תמיד שמורה הזכות להחליט מה מותר ומה אסור לעשות להם, ובלבד שמימוש זכות זו אינו פוגע בזכויות הזולת. לפי כל אמות מידה אתיות, הסכמה מרצון נעדרה בחתימה על "טופסי הסכמה" בבלוק 10. לא האוטונומיה של האסירות, וגם לא צרכיהן הרפואיים, כובדו או נלקחו בחשבון. במקום זאת, כפייה בצורתה החמורה ביותר, הייתה גלוייה לעין בצורה ברורה.

היום, עדיין קיימת כפייה במצבים מסוימים, אם כי, לא תמיד באופן גלוי. לדוגמה, נושא מחקר פוטנציאלי עשוי לשכנע, או לפחות להיות אופטימי מאוד, שניסוי קליני יניב תועלת אישית כאשר למעשה ההסתברות לכך נמוכה מאוד. עם זאת, השתתפות במחקר עשויה להיות המקור היחיד לתקווה לנחקר ולמשפחה.

דוגמה נוספת היא כאשר אנשים מקבלים תשלום כדי להשתתף במחקר. אפילו תשלום מועט או מתנות יספיקו כדי לפתות אנשים על מנת להיות נושאים במחקר. ניתן לראות בתגמול כספי במקרה של אדם במצוקה כלכלית, כצורה של כפייה. במקרים כאלה, יש לאדם בהחלט את החופש שלא להשתתף. עם זאת, אם הוא מובטל או במצוקה כלכלית קשה, נכונותו להשתתף עשויה להיות יתר על המידה.

בעוד הניסויים הנאציים מהווים את הדוגמאות הקיצוניות ביותר של הפרת הסכמה מדעת למחקר בבני אדם, כל מקרה של ניצול בבני אדם אך ורק כנושאים בניסוי אינו מקובל ואף פוגע. עם זאת, גם לאחר שפשעי הנאצים נחשפו לעולם, המשיכו מדענים לערוך מחקרים מבלי לקבל הסכמה מדעת. בשנת 1966, הנרי ביצ'ר, פרופסור להרדמה באוניברסיטת הרווארד, פרסם מאמר בכתב העת הרפואי ניו אינגלנד, שכותרתו "אתיקה ומחקר קליני". המאמר הסב את תשומת לב הקוראים לעשרים ושתיים דוגמאות של מחקרים קליניים בלתי אתיים, בהם חייהם של משתתפי המחקר היו חשופים לסכנה. ניסויים אלה כללו ניסוי Tuskegee על העגבת, כמו גם, מחקרים אחרים שבהם אסירים, ואנשים אחרים שלא הייתה להם הזכות של בחירה חופשית או מתן הסכמתם, עברו ניסויים מזיקים.

למרות כל התוויות, הקודים וההנחיות האתיים שפותחו בעבר, יש למדע ולרפואה היסטוריה ארוכה של התעלמות או שימוש לרעה בעקרונות האתיים המורים על כך שבני אדם ישתתפו במחקר אך ורק אם הם חופשיים ובעלי בחירה מודעת.

9.3 הסכמת הורים לטיפול רפואי

תאור מקרה 1:

פרידריך ס. נולד בגרמניה בשנת 1937. לפני יום הולדתו הרביעי הוא סבל מדלקת קרום המוח ולאחר מכן פיתח [התכווצויות מוחין] אפילפסיה. הוריו שוכנעו לאשפז את בנם בבית החולים לחולי נפש באייכברג (Eichberg). במכתבו של מנהל המוסד לאם הילד הוא כתב: "מצבו של בנך הקטן טוב. זהו מקרה של נזק מוחי, שאת סיבתו אנחנו עדיין לא מסוגלים לקבוע בוודאות, שכן, היה לנו זמן קצר מדי כדי לבחון אותו. במידה, ונוכל לקבוע משהו אחר, או יחמיר מצבו של בנך, אנו נודיע לך באופן מיידי. אינך צריכה לדאוג. התחלנו לאחרונה במהלך טיפול תרופתי."

ההורים ביקרו את הילד בבית החולים ביום הולדתו הרביעי ב-21 באוקטובר, 1941. בזמן הביקור הוריו שמו לב שהוא היה מכוסה חבורות ונראה סובל מתת תזונה. הרופא אסר עליהם להוציא את הילד בטענה שהם עדיין מטפלים בו. נאמר להם לחזור בעוד כחודש. אחרי שבועיים, האב כתב לבית החולים. הוא קיבל תשובה שנשלחה ב-14 לנובמבר, 1941, שבנם הקטן, פרידריך, מת זה מכבר.

תאור מקרה 2:

מרגוט א. נולדה ביום ה-28 בינואר, 1941. היא סבלה מפגיור שכלי. בעצתו של רופא המחוז, נשלחה מרגוט למוסד לחולי נפש קאופברן (Kaufbeuren). נאמר לאם שלא לבקרה במשך חמשת השבועות הראשונים, כדי לעזור לילדה להסתגל לסביבתה החדשה. לאחר שמנהל המוסד לחולי הנפש קיבל מכתבים רבים של תשובות לשאלות באשר לרווחתה של הילדה, הוא הודיע בסופו של דבר לאם שמרגוט הייתה "מוטרדת ושהיא בכתה ללא הפסק." בהתכתבות אחרת הוא הודיע לה שמרגוט "החלה לשחק עם חפצים ושהחלה לומר מספר מילים." באותו המכתב, המנהל גם כתב:

"לצערי מצבי איננו מאפשר לי לדווח לך כל ארבע עשר יום. אם לוקחים בחשבון שיש לנו 1,300 חולים, אם נצטרך לדווח כל ארבע עשרה ימים על כל אחד מהם, לא יישאר לנו זמן לפעילות רפואית." חמישה ימים לאחר מכן הילדה נפטרה. כשהגיעה לבית החולים, לאם לא נמסרה סיבת המוות והיא גילתה כי גופתה של הילדה, שסבלה כנראה מתת תזונה קשה, עברה כבר ניתוח לאחר המוות.

מקור:

Michel Burleigh, *Death and Deliverance. 'Euthanasia' in Germany 1900-1945* (Cambridge University Press, 1994).

רקע:

כחלק מתכנית "המתת החסד" של הילדים, אלפי ילדים חולים במחלות נפש או מחלות פיזיות נשלחו ממרפאות ילדים שונות בגרמניה ל"מוסדות הרג", שם הם הורעבו למוות או קיבלו מנות יתר של סמים נרקוטיים. בחלק מהמקרים, היוזמה לאשפז את הילד באחד ממחלקות הילדים הללו בגרמניה באה מההורים. במקרים אחרים, אחיות ורופאים של מערך בריאות הציבור הנאצי המליצו על אשפוז, תוך שכנוע המשפחות, שילדיהם יזכו לטיפול טוב יותר ומקצועי יותר במוסדות אלה.

לרוב, ההורים לא קיבלו הודעה כלשהי על העברת ילדיהם מהמחלקות בהן הם היו מאושפזים ל"מרכזי ההרג". במקרים בהם הודעה אכן נשלחה, נמסר לבני משפחה שהם אינם מורשים לבקר. לאחר שחלף פרק זמן, צוות המוסד הודיע למשפחות שילדיהם היו חולים מאוד. במציאות, הילד היה כבר מת,

ולהורים או לאפוטרופוסים לא ניתנה הזדמנות לבקר את יקיריהם. המשפחות גם נאלצו לשאת בעלויות ההלוויות.

מעולם לא נדרשה ולא התקבלה הסכמה מצד ההורים או האפוטרופוסים של הילדים. (למקורות מידע ופרטים נוספים היסטוריים על התכנית הנאצית של "המתת חסד" ראה את הרקע במקרה של "המתת חסד").

שאלה:

האם מותר לרופא לטפל במטופל קטין, או לא כשיר, ללא הסכמה הורית/ אפוטרופוסית?

דיון:

הצהרת הלסינקי של ההסתדרות הרפואית העולמית (World Medical Association) קובעת כי אנשים שהם בלתי כשירים מבחינה פיזית או נפשית לקבל החלטות מבחינה חוקית, בין אם קטינים או מבוגרים, לא ישתתפו במחקר אבחנתי, שיקומי, או טיפולי, אלא אם מתקיימים התנאים הבאים: (1) ההליך המחקרי הינו הכרחי על מנת לקדם את בריאותה של האוכלוסייה המיוצגת. (2) הליך זה לא יכול להתבצע באנשים כשירים מבחינה חוקית. אם שני התנאים הללו מתקיימים, אז על הרופא / החוקר לקבל את ההסכמה המודעת מן האפוטרופוס החוקי, בהתאם לחוקים בינלאומיים. הסכמה זו חייבת לעמוד בכל התנאים המקובלים להסכמה מדעת. (ראה נספח 4)

כמו בסוגיות אתיות אחרות, הבעיות המורכבות והבלתי פתורות של הסכמה מדעת מסובכות יותר כשמדובר בילדים. ההנחה שהורים יכולים לתת הסכמה מדעת לילדיהם נשענת על ההנחה כי הם מסוגלים לספק אותה עבור עצמם. עם זאת, יש ראיות לכך, שלעיתים קרובות, מבוגרים משכילים וכשירים, אינם מיוודעים כראוי לתת הסכמה בעלת תוכן משמעותי. לפיכך, יש מקרים בהם זכותו של אפוטרופוס לדבר בשמם של אחרים, עומדת למבחן. זה קורה לעתים, לא בגלל חוסר אינטליגנציה או מוטיבציה מצד ההורה, בן המשפחה או האפוטרופוס, אלא בגלל גורמים מורכבים יותר המעורבים במקרה. גורמים אלו כוללים גורמים חוקיים, ניגוד אינטרסים, טבעה של המחלה, הלחץ והחרדה הנגרמים בשל המחלה, הצורך בקבלת החלטה מהירה, חוסר מידע מספיק, הסביבה המאיימת של בית החולים, כמו גם, תחושות של יראת כבוד, אמון ותלות ברופא. כל הגורמים הללו עלולים לתרום ליצירת מצב שבו, למעשה, מתן ההסכמה אינה מודעת באופן מלא. סוגיות אלה עלולות להיות מורכבות במידה רבה יותר באם המטופלים הם בלתי כשירים או סובלים ממחלות נפש.

בנוסף, מקובל בנסיבות מסוימות, שהילדים עצמם יהיו מעורבים באופן פעיל בתהליך ההסכמה. בהתאם לגילם, אפשר לטעון שילדים מסוגלים להיות שותפים בתהליך קבלת החלטות על הטיפול בהם, ושיש להם זכויות לקבלת מידע, להישמע, כמו גם, לתת או למנוע הסכמה במידה והם כשירים לעשות זאת.

במקרים המתוארים לעיל, המטופלים היו גם קטינים וגם מאובחנים כחולי נפש (אפילפסיה נחשבה אז כמחלת נפש). מטופלים אלה אושפזו ו"טופלו" תוך התעלמות מוחלטת מהסכמה כלשהי של ההורים, האפוטרופוסים החוקיים או מהמטופלים עצמם. גם הרשומות הרפואיות זויפו כדי להסתיר את הפשעים. בעוד אלו מקרים קיצוניים של הפרה ובזוי הסכמת הורים או אפוטרופוס, הם מהווים לקחים חשובים של ההיסטוריה הרפואית, שמזכירים לנו מה עלול לקרות כאשר מתעלמים מזכויותיהם של מטופלים, הורים ואפוטרופוסים חוקיים.

9.4 תועלתנות (Utilitarianism) במחקר קליני

תאור מקרה:

במשפט הרופאים בנירנברג בשנת 1946, חלק מהרופאים הנתבעים טענו טענות אתיות כחלק מהבעת תמיכתם בניסויים שביצעו במחנות הריכוז. חלקם השתמשו בנימוק שהיה זה סביר להקריב את האינטרסים של המיעוט לתועלת הרוב.

אחד הרופאים שניצל טיעון זה היה ד"ר גרהרד רוז (Gerhard Rose), רופא אקדמי ומומחה עולמי לרפואה טרופית, שהיה ראש "מכון קוך" (Koch Institute) לרפואה טרופית בברלין. הוא שירת כיועץ לבריאות למפקח הרפואי של חיל האוויר הגרמני, וקודם לדרגה של תת אלוף במילואים. הוא היה בנוסף, היועץ הרפואי של ד"ר לאונרדו קונטי (Leonard Conti), מנהיג בריאות הרייך. רוז ביצע ניסויים על אסירים במחנות ריכוז דכאו ובוכנוואלד. בעוד שבתחילה הוא התנגד לניסויים קטלניים בבני אדם ליצירת חיסונים כנגד מחלת הטיפוס, רוז הגיע למסקנה כי:

"אין הגיון בכך שלא לסכן את חייהם של מספר מאות גברים כאשר אלף חיילים גרמניים מתים ממחלת הטיפוס בכל יום בחזית המזרחית."

בנוסף, עקב גילוי של רוז, כי שיעור התמותה בקרב נבדקי המחקר שלו היה נמוך מזה של אוכלוסיית האסירים הכללית, הוא טען שהסיכויים להישרדות בקרב הנחקרים שלו היו, למעשה, גבוהים יותר מאשר לאסירים האחרים. לפיכך, רוז גם הצדיק את הניסויים שלו בבני האדם ברציונל כי הם עשויים להגדיל את הסיכויים להישרדותם של נחקריו.

במהלך משפטו, העיד רוז:

"מה היה מותם של מאה גברים בהשוואה לתועלת האפשרית של קבלת חיסון מונע המסוגל להציל עשרות אלפים?"

מקור:

George J. Annas and Michael A. Grodin, *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code: Human Rights in Human Experimentation* (Oxford University Press, 1992).

רקע:

במהלך המלחמה, מחלת הטיפוס היתה שכיחה ביותר בקרב החיילים. חוקרים צבאיים ואזרחיים גרמניים ניסו לפתח חיסונים ותרופות למניעה וטיפול במחלה. בכנס בשנת 1941, פקידים רפואיים גרמניים בכירים הגיעו למסקנה כי "היות וניסויים בבעלי החיים אינם יכולים לספק הערכה מספקת של חיסוני טיפוס, ניסויים בבני אדם צריכים להתבצע."

בתחילה, פרופסור גרהרד רוז התנגד לרעיון של שימוש באסירים לניסויים, אך ד"ר לאונרדו קונטי, מנהיג הבריאות של הרייך והרופא בעל הכח הרב ביותר בגרמניה הנאצית, טען כי בריאות הציבור הגרמנית הייתה על כף המאזניים. רוז הסכים ויזם מחקר על חיסון של כבד מעכברים, שלאחר מכן נוסה על אסירים במחנה הריכוז בוכנוואלד.

במשפט הרופאים בנירנברג, התביעה נתקלה בקשיים מסוימים עם טיעוניו של רוז. צוות ההגנה של רוז טען שבעלות הברית בעצמן הצדיקו את גיוס החובה של גברים לשירות צבאי במהלך המלחמה, בידיעה, שרבים לבטח יהרגו, בנימוק שההקרבה של המעטים כדי להציל את הרבים היתה צודקת ומוסרית. יתר על כן, סנגוריו ציינו גם כי לאורך ההיסטוריה חוקרים רפואיים במדינות מערב השתמשו בגרסאות של

תועלתנות כדי להצדיק ניסויים באסירים ואנשים ממוסדים סגורים אחרים. כחלק מטעונוי ההגנה שלו, רוז האשים גם את האמריקאים בבצוע ניסויים בכפייה במלריה בבתי כלא של המדינה. בעוד שמחקר בבני אדם זה אכן בוצע, ד"ר אנדרו אייבי (Andrew Ivy) יועץ האתיקה של הסתדרות הרפואית האמריקנית במשפט, עמד על כך, שהניסויים הללו היו ניסויים מרצון ולא בכפייה. ד"ר גרהרד רוז הועמד לדין בשל פשעי מלחמה ופשעים נגד האנושות, ונידון למאסר עולם. לאחר ערעור, עונשו הופחת ל- 15 שנים. רוז שוחרר מהכלא בשנת 1955. הוא נפטר בשנת 1992.

מקורות:

1. Arthur L. Caplan, How Did Medicine Go So Wrong? In Arthur L. Caplan ed. When Medicine Went Mad. Bioethics and the Holocaust (Humana Press, 1992)
2. Nuremberg Trials Project. A Digital Collection. http://nuremberg.law.harvard.edu/php/docs_swi.php?DI=1&text=overview
3. Naomi Baumslag, Murderous Medicine. Nazi Doctors, Human Experimentation, and Typhus (Praeger Press, 2005).
4. Paul J. Weindling, Nazi Medicine and the Nuremberg Trials. From Medical War Crimes to Informed Consent (Palgrave MacMillan, 2004).

שאלה:

האם תועלתנות הינה סיבה אתית לניסויים בבני אדם?

דיון:

ההסתדרות הרפואית העולמית (WMA) הגדירה את המונח consequentialism כקבלת החלטות אתיות המנתחת את ההשלכות או תוצאות הסבירות הנובעות מבחירות ופעולות שונות. ב-consequentialism, הפעולה הנכונה היא זו שמפיקה את התוצאות הטובות ביותר. כמובן שיכולה להיות מחלוקת לגבי מה נחשב כתוצאה טובה.

תועלתנות (utilitarianism) היא אחת הצורות ידועות ביותר של consequentialism. במסגרת פילוסופית זו, תועלתנות מוגדרת כ"הטוב ביותר למספר הגדול ביותר". על פי עקרונות תועלתניים, מקובל שהחלטה בבחירת מעשה מסויים צריכה לקחת בחשבון את כל היתרונות והנזקים הפוטנציאליים בצורה מאוזנת מראש. נוצר קונפליקט כאשר קיים סיכון לפגיעה בקבוצה מסוימת, או שלא צפויה לה כל תועלת, כפי שלפעמים קורה בניסויים במחקרים קליניים.

הסיכון הפוטנציאלי של פגיעה במשתתפי ניסויים הוביל להסכמה רחבה שסטנדרטים אתיים מהימנים חייבים להישמר במחקר קליני, ללא קשר להטבות הנראות. התוצאות לבדן, טובות ככל שתהיינה, אינן מהוות הצדקה מספקת לאמצעים העלולים לפגוע במעורבים.

בתקופה הנאצית, הנבדקים בניסויים היו לרוב אסירי מחנות שנחשבו תת-אנושיים, נחותים מבחינה גזעית, או חיים "חיים שאינם ראויים לחיות". מנקודת המבט הנאצית, האנשים האלה לא היו ראויים או זכאים לזכויות אדם. חלק מאנשים, כגון האסירים היהודיים במחנות ריכוז, היו בסיכון כפול; הם נכללו ביותר מקטגוריה אחת של "תת אנושים". לא רק שהם סומנו כבלתי רצויים בין בני אנוש, ובתור כך נידונו למוות ב"הפתרון הסופי", הם נתפסו בנוסף, כקבוצה זמינה כחומר מחקרי נטול זכויות לחלוטין.

העובדה שהיו שבויים רבים שיכלו להוות קבוצה פוטנציאלית למחקר, יחד עם הדגש ששמה לפניה גרמניה על בריאות האוכלוסייה כעיקרון חשוב יותר מבריאותו של הפרט, יצרה את השילוב המושלם לבדיקה האולטימטיבית של ערכים תועלתניים, עם תוצאות הרסניות.

מונחים על ידי עקרונות מוסריים תועלתניים, הרופאים הנאצים לא נדרשו לשקול הסכמה מדעת. על פי האתיקה הרפואית הנאצית, התועלת שהופקה עלתה בחשיבותה על הנורמה האתית של קבלת הסכמה לניסויים. מבחינתם זה נתפס כלגיטימי מנקודת מבט מוסרית.

שימוש הרופאים הנאציים בעיקרון התועלתנות על מנת להצדיק את הניסויים האכזריים והבלתי אנושיים, מהווה דוגמה צינית לאופן בו עיקרון זה עלול להיות מנוצל. הניסויים נערכו על אסירים פגיעים ביותר, תוך התעלמות מוחלטת מכל העקרונות האתיים המצופים מחוקרים קליניים. שימוש בנימוק התועלתנות היה רק אחד מהתירוצים בהם השתמשו במשפטים שלאחר המלחמה.

ידוע, על דוגמאות רבות אחרות במקומות שונים בעולם, של ניצול לרעה של עיקרון התועלתנות באוכלוסיות פגיעות. ניסויים נעשו על אוכלוסיות אלו תוך ההצדקה שהניסויים בוצעו "למען טובתה של החברה בכללותה". עצירים בבתי כלא, חיילים, מיעוטים אתניים, אזרחי עולם השלישי וחולים במוסדות היו לעתים קרובות קורבנות של ניסויים כאלה. בעשור האחרון, מתנהל שיח רב בספרות הרפואית אודות ניסויים במחקר קליני במדינות מתפתחות, בעיקר, על ידי חברות התרופות המבקשות לנצל בני אדם בעלי מחלות שכיחות שלא טופלו לפני כן (drug naive). בקרב אוכלוסיות אלה, תפיסה תועלתנית של פרויקטים מחקריים קליניים צריכה להכתיב, שטובתם של הנחקרים גוברת על פני האינטרסים הקשורים לרווחי בעלי המניות של חברות התרופות המעורבות בניסויים.

9.5 שמוש בחלקי גוף שנרכשו בדרכים לא אתיות

תאור מקרה:

ד"ר אוגוסט הירט (August Hirt), פרופסור לאנטומיה, היה דיקן בית הספר לרפואה באוניברסיטת שטרסבורג. הוא גיבש פרויקט מחקר אנתרופולוגי על גולגולות בתקווה להוכיח בצורה אמינה כי גולגולות אריות נבדלות באופן מובהק מגולגולות יהודיות. כדי לקבל אישור, מימון ותמיכה למחקר ד"ר הירט יצר קשר עם אגודת אהננרבה (Ahnenerbe Society), ארגון שייעודו היה לסייע למחקר במטרה להוכיח את האידיאולוגיה הנאצית. ראש האגודת היה ולפרם סיברס (Wolfram Sievers), אשר יחד עם היינריך הימלר, ראש ה.ס.ס, אישר את הפרויקט הסודי.

התכנית הייתה בנוייה כדלקמן: החוקרים הנאציים בראשותו של ד"ר הירט, קבעו כי אוסף שלדים היה נחוץ על מנת להוכיח את ההשערה שלהם. הם החליטו שהשלדים יילקחו מאסירים באושוויץ. בחודש יוני, 1943, ד"ר ברונו בגר (Bruno Beger), פילוסוף - רופא וסרן ב-ס.ס, בחר שמונים ושישה אנשים בעודם בחיים, שהשלדים שלהם נועדו לשמש במחקר. באושוויץ, האסירים האלה בודדו משאר אוכלוסיית המחנה ובנוסף חולקו על פי מגדרם, נבדקו לאחר מכן ואושרו כמתאימים לפרויקט על ידי ד"ר בגר. אדולף אייכמן היה אחראי להובלתם של אנשים אלו, בעודם בחיים, מאושוויץ למחנה ריכוז נאצוילר-שטרוטהוף (Natzweiler-Struthof).

בהגיעם לנאצוילר, הנבדקים הופשטו ונדחפו עירומים לתאי גז, שם הם הומתו. ביולי 1943, הגופות הועברו במהירות למכון האנטומי של הירט בשטרסבורג. הם אוחסנו במיכלים מיוחדים שניבנו לצורך המחקר, שם הם נשארו במשך למעלה משנה מבלי שנגעו בהם. למעשה, בדיקת הגולגולות מעולם לא נעשתה.

עם התקדמות בעלות הברית לגרמניה, הגופות הנטולות בשר נתגלו על ידי הצרפתים. התמונות שצולמו שימשו כראייה במשפט פשעי מלחמה. ד"ר הירט נעצר ונכלא על ידי כוחות צרפתיים. הוא התאבד ב-2 ביוני 1945. סיברס הורשה בכצוע פשעים רפואיים במשפט הרופאים בנירנברג, ונתלה.

ב-11 בדצמבר, 2005, אבן זיכרון הנושאת את שמותיהם של שמונים ושישה הקורבנות נחנך במכון האנטומיה של בית חולים שטרסבורג, וכן גם בבית הקברות היהודי קרוננבורג בצרפת. בטקס הנחת אבן הזכרון נוכחו קרובי משפחות הקורבנות של הירט מסלוניקי, לונדון, גרמניה, ישראל וצרפת. על השלט נכתב:

"Souvenez-vous d'elles pour que jamais la medecine ne soit devoyée"
(זכרו אותם לעד כדי שהרפואה לא עוד תושחת")

רקע:

השימוש באסירים מתים ו / או בגופותיהם שנוצלו לניתוחים לאחר המוות, איור, ומחקר אנטומי הוא פרק ארוך בהיסטוריה האנושית שראשיתו בהרופילוס במצרים ב-300 לפני הספירה. בימי הביניים, בשל חוקים דתיים שאסרו על חילול גופה, גוויות הושגו לעתים קרובות שלא כדין עבור ידע רפואי ותיאור אומנותי. במאות ה-17 וה-18 המקור החוקי היחיד להשגת גופות היה מאנשים שהוצאו להורג. עם התרחבות מקצועות הרפואה והקמת בתי ספר לרפואה, נוצר צורך גדול עוד יותר לגוויות. על כן, חקיקה חדשה נדרשה לקביעת נהלים לאיסוף גוויות. בארצות הברית בשנות 1830, מסצ'וסטס הייתה המדינה הראשונה לחוקק חוקים המתירים שימוש בגופות שלא נלקחו על ידי קרוביהם, לניתוחים לאחר המוות ולמטרות לימודי אנטומיה. בעקבות חקיקה זאת, מדינות אחרות אף חוקקו חוקים דומים

שאפשרו שימוש גופות שלא נלקחו על ידי קרוביהם, מבתי חולים, מוסדות לחולי נפש ובתי סוהר לצורך מחקר רפואי.

בשנת 1908, אויגן פישר (Eugen Fischer), גרמני ותומך נלהב באסכולת האאוגניקה, הגיע לדרום מערב אפריקה (כיום נמיביה), שהייתה תחת כבוש גרמניה. הצבא הגרמני כלא שם רבים מהמקומיים במחנות ריכוז. גופותיהם של אסירים שהוצאו להורג במחנות אלה נשלחו לגרמניה לניתוחים לאחר המוות. מאמציו של פישר להוכיח את נחיתותם הגזעית של התושבים המקומיים פורסמו בשנת 1913 כמאמר בשם: "ממזרי רחובות" ("Die Rehoboth Bastards"). למאמר היתה השפעה עצומה בגרמניה. בשנת 1921, פרסם פישר ביחד עם ארווין באור (Erwin Baur) ופריץ לנץ (Fritz Lenz) עבודה בשם: "היגיינה גזעית ותורת התורשה האנושית". היטלר הושפע עמוקות מעבודה זו ושימש בו כמקור השראה בספרו "מיין קאמפף" ("Mein Kampf") כך, שלמעשה הייתה לעבודה זו השפעה מכרעת על הדוקטרינה הנאצית הגזענית. בשנת 1927, פישר התמנה למנהל מכון קייזר וילהלם לאנתרופולוגיה, התורשה האנושית, ואאוגניקה בברלין. בו התמקד בעיקר בפיתוח בסיס ביולוגי לאנטישמיות.

בגרמניה הנאצית האוניברסיטאות היו תחת פיקוח ישיר של משרד הרייך למדע, חינוך ותרבות (REM). משרד זה היה אחראי על פינוי הסגל "הלא ארי" ובנוסף, על חיבור המדע עם הדוקטרינה הנאצית. משרד זה היה הגוף האחראי על המוסדות האנטומיים בבתי הספר לרפואה, כולל אספקת הגוויות. חוק פרוסי משנת 1877 וחוקים אחרים העניקו למכונים לאנטומיה את הזכות להשתמש בגופות של מוצאים להורג לנתיחה במידה, וקרובי המשפחה לא דרשו לקבל את הגופות. חוקים אלה חודשו מחדש בשנת 1933 וגם בשנת 1939. האנטומיסטים התלוננו על הצורך ליידע את המשפחות, וכך בשנת 1943, פסקו שאין חובה לבקש מהמשפחות של מוצאים להורג, הסכמה לניתוחים שלאחר המוות. בנוסף, אסור היה למסור למשפחות גופותיהם של יהודים, פולנים ואלה שהוצאו להורג בשל בגידה.

הוקצה לכל אתר של ההוצאה להורג מכון מסוים לאנטומיה, שקיבל הודעה על הוצאות להורג המצופות, כך שתהליך העברת הגופות למכון לאנטומיה היה יעיל מאוד. היו שלושים ואחת מחלקות לאנטומיה בגרמניה, אוסטריה, צ'כוסלובקיה ופולין. אחוז גבוה מאוד של חוקרי אנטומיה היו חברים במפלגה הנאצית (כמו מרבית הרופאים באופן כללי). רבים מהם לימדו בקורסים בבתי הספר לרפואה על היגיינה גזעית כחלק מתכנית הלימודים הרגילה. אוגוסט הירט, דיקן בית הספר לרפואה בשטרסבורג, היה קצין ס.ס. ותמך בפרויקטים רבים של מחקר רפואי עבור המשטר הנאצי. פרויקטים אלה תמכו ואישרו את החשיבה האאוגנית ופותחו כחלק מ"מאמץ המלחמתי". הירט ביצע ניסויים רפואיים קטלניים עם גז חרדל על אסירים במחנה נאציונלר בנוסף לפרויקט אוסף ה"שלדים".

יוהן פול קרמר (Johann Paul Kremer) היה פרופסור לאנטומיה שעבד באושוויץ. הוא השתתף ב"סלקציות ברמפה", כמו גם, עסק במחקר על ההשפעות של רעב על גוף האדם. למחקרים אלה, הוא בחר אסירים לפני הוצאתם להורג על ידי זריקות פנול תוך לבביים, וקצר רקמות מגופם לאחר המוות. קרמר נשפט במשפט אושוויץ בנובמבר - דצמבר 1947, נמצא אשם בשל פשעי מלחמה ונידון למוות. גזר דינו הומר למאסר עולם מאוחר יותר.

מקורות:

1. Alfred Pasternak, Inhuman Research: Medical Experiments in German Concentration Camps (Akadémiai Kiadó, Budapest, 2006).

2. Alexander Mitscherlich and Fred Mielke, Doctors of Infamy. The Story of the Nazi Medical Crimes (Henry Schuman, 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 (2005), 35 (3)

שאלה:

האם אנו יכולים להשתמש בחלקי גוף שהושגו באופן לא אתי למחקר רפואי, ללימודים או למאמצים אחרים?

דיון:

מקרה זה, מעלה שאלה לגבי השימוש בגוף וחלקי גוף למטרות טיפול, מחקר או למטרות רפואיות אחרות.

בחקיקה בעבר (לדוגמה החוק האמריקאי של שנת 1968 "Uniform Anatomical Gift Act") הוצהר כי תרומת גופה היא זכות המבוססת על הבחירה החופשית של התורם. על פי חוק זה, יש לכבד את רצונו של התורם, אפילו במידה ובני משפחה וקרובי משפחה יתנגדו לתרומה. חוק זה, שתוקן בשנת 1987, אוסר על מכירת איברים ורקמות להשתלה, אך מתיר שימוש בהם בהוראה ובמחקר. עם זאת, היה, ועדיין קיים, תחום אפור נרחב בו רופאים ומדענים שמשיגים, מחזיקים, ומשתמשים בחלקי גוף מבני אדם מבלי להתחשב באתיקה.

בשנים האחרונות, ההתרחבות המתמדת של מחקר קליני הדורש דגימות דם ורקמות, כמו גם, ההתפתחות המהירה של כמות המידע האישי שניתן להשיג מחלקי גוף, מעלות את הסוגיות של החזקה כדין, קבורה בכבוד, הסכמה מדעת, ופרטיות ביולוגית לרמות אחרות של בחינה מחדש ומודעות ביקורתית יותר. לדוגמה, השימוש הטיפולי בחומרים ממקור אדם, מעירווי דם ועד להשתלת תאי מוח עובריים היה, וימשיך להיות, שנוי במחלוקת.

תמריצים כספיים למתן או קבלת איברים ורקמות מפרים את האתיקה של תרומה מרצון ואינם עולים בקנה אחד עם העקרונות של צדק. ארגון הבריאות העולמי (WHO) וההסתדרות הרפואית העולמית (WMA) הכריזו על איסור בסחר של איברים אנושיים, כי פעולות אלו מהוות "הפרת זכויות אדם וכבוד אדם". אולם, כיום, צורך רפואי הינו הדרך המשכנעת ביותר להפוך את השימוש ברקמות ממקור אנושי למקובל. עם זאת, הפנייה ל"מדע" טמונה באי בהירות רבה. מה שעשוי להיחשב "טוב למדע" על ידי אנשים מסויימים, יכול להתפרש על ידי אחרים כהליך שלא מכבד את גוף האדם. הטיעון שבצורך בחלקי גוף למטרות חינוכיות, כמו גם, הצורך בגוויות עבור סטודנטים לרפואה, נופל איפשהו באמצע. היום לימוד אנטומיה על גוויות נחשב, מקובל ומוצדק כחלק אינטגרלי בתהליך הכשרתם המקצועי של סטודנטים לרפואה.

השאלה הנשאלת היא מדוע האנטומיסטים בגרמניה הנאצית נהגו כפי שנהגו. מדוע הם עסקו בהיגיינה גזעית, לימדו היגיינה גזעית, וניצלו גופות של קורבנות נאציים לנתיחות? באותה עת, גופותיהם של אסירים היו חשובות ביותר במחקרם, ובכך, גם בקריירה שלהם. החוקים הנאציים, כמו גם, תהליך הדה-הומניזציה שנגרמה על ידי המלחמה, סיפקו לאנטומיסטים הנאציים הזדמנות נדירה "לבחון" את

התיאוריות הגזעניות שלהם, בלי שום נקיפות מצפון, ללא תקנות או הגבלות. בני אדם פשוט הפכו לנתונים מדעיים, תוך התעלמות מוחלטת מהגינות אנושית בסיסית ומאתיקה. בתחילת ימיו של הממשל הנאצי, נתיחות גופות אדם התנהלו לפי המסורת המקובלת ששררה באותם השנים בגרמניה ובמדינות אחרות. נהלים אלה לא רק אושרו מחדש על ידי המשטר הנאצי, אלא הורחבו באופן קיצוני, בשל המספרים הכמעט בלתי מוגבלים הזמינים של בני אדם (וגופות), הן במחנות הריכוז, וכן, במוסדותיהם הרפואיים. בשעתו, היגינה גזעית הייתה מקובלת כמדע בגרמניה. אם לרופאים או לחוקרים היו ספקות לגבי המדיניות הנאצית, הם לרוב שתקו. הרופאים והאנטומיסטים הנאציים הצדיקו את בחירותיהם ופעולותיהם בטיעון של קידום בריאותו של העם הגרמני, שבמסגרת התרבות של גרמניה הנאצית, נחשבו מבחינה אתית כמוסריים.

כיום, איסוף, אחסון, ושימוש ברקמות אדם עבור מגוון רחב של יעדים הפכו למנהג נפוץ ברפואה המערבית. עם זאת, פרספקטיבה היסטורית עשויה להזכיר לנו, בצורה חדה, שמנהגים מסויימים בדרך כלל, מבטאים ערכים תרבותיים (גלויים או סמויים), וכי ערכים תרבותיים אלה משתנים במידה ניכרת בקרב אוכלוסיות שונות ובתקופות זמן שונות. כדי ליצור קווים מנחים אתיים, הוגנים, אנושיים ורגישים לניצול חומרים אנושיים במדע, עלינו לקחת בחשבון את מגוון האמונות והמנהגים בחברה פלורליסטית. יתר על כן, חיוני עד מאוד, שכל חברה תפעל למען כבודו של האדם, בין אם חי או מת. על כל חברה לפקח על הנהלים הרפואיים והמחקריים שעלולים לגרום לדה-הומניזציה או לפגוע באדם, ללא הבדל של גזע, מין, אידיאולוגיה או מעמד. ברור, ששיקולים אתיים כאלה לא נלקחו בחשבון בניסויים הנאציים שתוארו לעיל, ושניתן להסביר חלק מהרציונליזציה של התנהגות לא אתית זו במונחים תרבותיים.



9.6 זיוף רשומות רפואיות

תאור מקרה:

בקטע מעדותו של האדם זכארכסי, אסיר לשעבר מספר 18293, שהועסק ב"בית החולים" לאסירים במחנה הראשי באושוויץ נכתב:

"עבדתי בבית החולים הזה... כלומר אני עבדתי במפעל לכל המסמכים המזויפים האלה, שנכתבו בהוראת שלטונות ה.ס.ס. ומשרדו של מפקד המחנה... שצויינו בהם סיבות מוות. הגורמים היו: מוות טבעי, מוות בגז, זריקה, הוצאה להורג בכלוק 11. ברצוני להדגיש, שתעודות אלו היו מזויפות למעשה כי כל האנשים הללו היו מטופלים בבית החולים... היו ארבעה אסירים, שבמיוחד השיגו שלמות בטכניקה של כתיבת תעודות כוזבות. לכל אחד מהם היה בהישג יד ספרון שהכיל עד עשרים סוגים של מחלות. כמו כן, הם השתמשו בספר לימוד גרמני, 'Innere Medizin', ממנו העתיקו סוגים שונים של מחלות, מהלכן ותסמיניהן... ברשומות הרפואיות של כל מקרה היה צורך לתעד את התהליך מתחילתו, מהרגע שבו המטופל נכנס לבית החולים, עם הסימפטומים של מחלה, החום, התרופה שניתנה והזריקות שקיבל... חלק מהמקרים היו קומיים וטרגיים עבורנו. אני זוכר את אירוע שבו 120 נערים צעירים הגיעו למחנה, ילדים בני 8, 12, ו-14 מאזור זמושץ'. הילדים הופרדו מהוריהם אשר נשארו בבירקנאו, והם עצמם נשלחו למחנה הראשי. ואז אני זוכר את הרגע הטרגי, שכמעט הסתיים במוותו של האסיר שעשה טעות בבחירת האבחון ורשם כאבחנה לילד בן 8: 'Alterschwache-... תשישות סנילית'."

מקורות:

Irena Strzelecka, Voices of Memory Series, Volume 3. Medical Crimes: The Hospitals in Auschwitz (Auschwitz-Birkenau State Museum in Oswiecim, Oswiecim, 2008).

רקע:

זיוף רשומות רפואיות לא החל באושוויץ. זה היה נוהג מקובל בשתי תכניות "המתת החסד", גם של הילדים וגם של המבוגרים (T-4). שיטות בלתי אתיות ובלתי חוקיות אלה, שנועדו להסתיר את המצב הרפואי האמיתי של החולים, כמו גם, את סיבות המוות, הועתקו מהמוסדות הרפואיים למחנות הריכוז. רבים מהרופאים והמנהלים שהיו ממונים על תוכניות "המתת חסד", היו אחראים על התכנון, היישום, וההפעלה הלכה למעשה במחנות הריכוז.

האסירים הנבחרים שנשלחו לעבוד במשרדי בית החולים באושוויץ נצטוו לנהל רשומות נרחבות. רשומות אלו עזרו לרופאי ה.ס.ס. בפיקוח ובסלקציות שלהם. כמו כן, נוהג זה סיפק את הבסיס לתיעוד המזויף של הרשומות, ששימש כהסוואת פונקציית ההשמדה באושוויץ, כמו גם, בבתי כלא ובמחנות ריכוז אחרים. האסירים שהיו "שומרי הרשומות" ניהלו רשומות של אסירים חולים ושל אלה ששוחררו מבית החולים. עם זאת, המשימה החשובה ביותר שלהם היתה יצירת תיעוד לאחר המוות לאסירים שמתו בבתי החולים או במקומות אחרים. תיעוד מסוג זה נעשה גם עבור אסירים שנורו, מתו בעינויים או באמצעות ניסויים בבני אדם, כמו גם, אלה שנהרגו בתאי הגז או על ידי זריקות קטלניות.

התיעוד מנה בדרך כלל גם סיבה פיקטיבית של מוות או ללא סיבה בכלל. סיבות מוות נלקחו מתוך רשימה של מחלות שהוכנה במיוחד לשימושם של הפקידים על ידי רופאי ה.ס.ס. אלה כללו התקף לב, דלקת ריאות, אלח דם, אי ספיקה כלילית ועוד. ברוב המקרים, הדוח של הרופא כלל תיאור נרחב, פיקטיבי של מהלך המחלה, וציין גם כי האסיר הגיע למחנה במצב בריאותי ירוד ביותר ללא סיכוי לשרוד,

למרות קבלת טיפול רפואי מסור. במקרים והאסירים נהרגו בקבוצה גדולה יותר, תאריכי הפטירה זויפו בתיעוד שלאחר המוות כך, שישתרע על פני תקופה של מספר שבועות, עם מספרים שונים של אסירים הרשומים כמתים בכל יום.

עדים במשפט הרופאים בנירנברג בשנת 1946, ציינו כי אילו הנאצים לא היו נכנעים, משקיף בלתי תלוי הלומד את ההיסטוריה מפרוטוקולים על תחלואה וטיפול באסירים, היה יכול להסיק כי אושוויץ היה מודל של תברואה טובה ורפואה איכותית, וכי האסירים קיבלו טיפול שגילם את ההישגים המתקדמים של המדע והרפואה.

מקור:

Irena Strzelecka, Voices of Memory Series, Volume 3. Medical Crimes: The Hospitals in Auschwitz (Auschwitz-Birkenau State Museum in Oswiecim, Oswiecim, 2008).

שאלה:

האם יש מקרים שזיוף רשומות רפואיות הינו מקובל?

דיון:

המקרה לעיל, הוא מקרה קיצוני המעיד על הדרך בה הרופאים הנאציים במחנות ביזו את האתיקה הרפואית ואת כללי המוסר, כאשר הם הורו על זיוף הרשומות. זה היה רק היבט אחד של השימוש לרעה באתיקה הרפואית על ידי הרופאים הנאציים ושל "ההילה הרפואית" בבתי החולים במחנות הריכוז, אבל משמש כדוגמא לאופן בו אתיקה רפואית עלולה להיות מנוצלת לרעה.

שינוי מכוון, זיוף או השמדה של רישומים רפואיים הם בניגוד לכל הסטנדרטים של האתיקה הרפואית, ונחשבים לרשלנות עם השלכות משפטיות חמורות, גם אם לא נגרם נזק למטופל המדובר. רשומות רפואיות נחשבות כמסמכים אישיים מאוד, ואמורים להיות מדויקים מבחינה רפואית, אתית ומשפטית. גם אם טעויות מתרחשות בתהליך של טיפול רפואי, קיים הכרח כי הן תיחשפנה למטופלים או לבני משפחתם, וכי הרשומות לא ישונו או יזויפו. ישנן סיבות טובות לגילוי טעויות, שכוללות שמירה על מערכת יחסים תקינה של אמון הדדי בין המטופל והרופא, ובנוסף, ישנה האפשרות שגילוי הטעות עשוי למעשה להפחית את מספר הטעויות הרפואיות בעתיד.

אין לשנות בשום פנים רשומות רפואיות כדי להסתיר טעויות או כל רציונליזציה אחרת של תהליך הטיפול.

9.7 האם להשתמש בנתונים שהתקבלו מהרופאים הנאציים?

תאור מקרה:

אדוארד פרנקופף (Eduard Perknopf) קיבל את תואר הרופא שלו מבית הספר לרפואה של וינה בשנת 1912, ושירת כרופא בצבא במלחמת העולם הראשונה. בשנת 1933, בהיותו כבר פרופסור לרפואה ומנהל מכון האנטומיה בווינה, הצטרף למפלגה הנאצית. שנה לאחר מכן הוא הצטרף לפלוגות הסער ובמשך כל שנות השלטון היה תומך נלהב של המפלגה. ד"ר פרנקופף התמנה לרקטור של אוניברסיטת וינה בשנת 1943, והיה עורכו של אחד מספרי האנטומיה החשובים והידועים ביותר, *Topographische Anatomie des Menschen* (אטלס הטופוגרפי ויישומי האנטומיה). האטלס פרנקופף, על שבעת כרכיו, מכיל יותר מ-800 ציורים של הגוף האדם. מבחינה רפואית ומבחינה אומנותית, העבודה מהווה הישג עילאי באיור ובאמנות אנטומיים.

פרנקופף החל לחבר את אטלס האנטומיה שלו בשנת 1933, והעבודה הושלמה לאחר מותו בשנת 1955. הוא שכר אמנים לאייר את הספר, שרבים מהם היו גם תומכי נאצים נלהבים. בין האמנים אלה היו אריך לפייר (Erich Lepier), פרנז בטקה (Franz Batke) וקרל אנדרססר (Karl Endtresser), אשר לעתים קרובות הפגינו את נאמנותם למפלגה על ידי חתימה על האיורים שלהם עם סמלים נאציים. לפייר חתם את שמו לעתים עם צלב קרס. אנדרססר חתם את שמו עם סמל "ס.ס." בציור של נתיחה אנטומית של הירך של זכר שכנראה נימול. לחתימתו של בטקה מתלווה סמל "ס.ס." בעבודתו על נתיחה של הצוואר. אלה הם רק חלק מן הדוגמאות שבהן סמלים נאציים מופיעים במהדורות הגרמניות של הספר. בשנת 1938, מיד לאחר הסיפוח הגרמני של אוסטריה, ד"ר פרנקופף התמנה לדיקן הפקולטה לרפואה באוניברסיטת וינה, וגם לעורך הראשי של כתב העת הרשמי של אגודת הרופאים הווינאיים. לאחר המלחמה, אם כי לא הורשע בשום פשע, הוא נכלא במשך שלוש שנים. עם שחרורו מהכלא, הוסרו כל התארים מפרנקופף, אך הוא המשיך לעבוד על האטלס שלו. הוא מת בשנת 1955, והכרכים הסופיים של ספרו הוצאו לאור לאחר מותו.

מהדורות חדשות יותר של הספר מכילות את אותם איורים, אבל לרוב, ללא הסמלים והחתימות הנאציים. כיום, הסטודנט, או המנתח, המשתמש בגרסאות החדשות יותר של האטלס של פרנקופף לא ידע אודות האהדה הנאצית של אדוארד פרנקופף ואמניו.

רקע:

במשך עשורים רבים לאחר המלחמה נאמר או נכתב מעט מאוד על תולדותיו האישיים של פרנקופף או על מקורות האטלס. בשנות השישים של המאה הקודמת, צלבי הקרס הוסרו מלוחות ההדפסה של האיורים והאטלס תורגם לשפות אחרות.

בשנת 1990, ביקורת של האטלס בכתב העת הרפואי *New England Journal of Medicine* קבעה כי "ספר יוצא מן הכלל זה צריך להיות בעל ערך רב לחוקרי אנטומיה ולמנתחים" ו "הוא בעל ערך בפני עצמו וימשיך להיות מוערך כמקור מידע, גם אם עלותו הגבוהה ופירוט הרב שבו אינם מאפשרים רכישה על ידי סטודנטים לרפואה". סקירה נוספת משנת 1990, מתוך כתב העת של ההסתדרות הרפואית האמריקאית, הצביעה על כך שאטלס זה הוא "קלאסי בין האטלסים של אנטומיה" וכי הוא "יהיה שימושי ביותר למומחי אף אוזן וגרון, מנתחים פלסטיים, מנתחי ראש וצוואר, רופאי עיניים, מנתחים פה ולסת, ואורתופדים".

ניתן למצוא כרכים של האטלס של פרנקופף במרכזים רפואיים מובילים ברחבי העולם. אין ספק,

שאוטלס האנטומיה הקלאסי זה, סייע רבות בהוראת אנטומיה, ושימש עזרה רבה למנתחים ולרופאים אחרים במשך עשרות שנים רבות.

בשנת 1985, ג'רלד וייסמן פרסם מאמר על נאומו של פרנקופף על "נאציזם ומדע", שהתמקד ברטוריקה הלאומנית והגזענית הארסית שלו, כמו גם, את מעשיהם של רופאים נאציים אחרים באותו הזמן. בשנת 1988, דיוויד ויליאמס כתב מאמר על ההיסטוריה של האטלס בו גילה פרטים ביוגרפיים מפורטים על פעילותו הפוליטית של פרנקופף. בשנת 1995, מאמר בכתב עת *Annals of Internal Medicine*, סיפר על ההיסטוריה של אוניברסיטת וינה בשנת 1938. שם תוארה בפרוטרוט הפעילות המנהלית והפוליטית של פרנקופף ועבודתו בפרסום האטלס האנטומי. האטלס, כך נכתב, הכיל חומרים שנלקחו מילדים שנהרגו בבית חולים בווינה, וכן, שהמכון של פרנקופף לאנטומיה השתמש בגופות של אנשים שהוצאו להורג למטרות הוראה.

מאמרים אלה, כמו גם מחקר נוסף על הנושא, הובילו לבקשה רשמית, בשנת 1995, על ידי רשות הזיכרון לשואה ולגבורה, יד ושם, שאוניברסיטת וינה תנהל חקירה רשמית לרקע של אטלס של פרנקופף. המאמר שהצית את המחלוקת הנוכחית אודות האטלס של פרנקופף, היה מכתב למערכת של *JAMA* בנובמבר שנת 1996, חתום על ידי פרופסור לכירורגית שיניים מאוניברסיטת קולומביה, ד"ר הווארד ישראל, ופרופסור לרפואת המשפחה מאוניברסיטת טורונטו, ד"ר ויליאם סידלמן. הם ציינו במפורש כי חלק מהתמונות הכיל ביטויים של אהדה לנאצים (צלבי הקרס ואותיות "SS" בחתימותיהם של האמנים). המכתב כינה את האטלס של פרנקופף כמורשתו של העידן הטרגי בו ערכי הרפואה הופרו על ידי כל אנשי הרפואה הגרמניים.

הדו"ח הסופי של הוועדה באוניברסיטת וינה פורסם ב-1 אוקטובר, 1998. בחקירה דווח כדלקמן: "המכון לאנטומיה קיבל לפחות 1,377 גופות של אנשים שהוצאו להורג, כולל 8 קורבנות ממוצא יהודי... על בסיס צו כללי של 18 פברואר 1939, הגופות של האנשים שהוצאו להורג הוקצו למחלקה לאנטומיה של האוניברסיטה הקרובה ביותר למטרות מחקר והוראה... לא נמצאה כל הוכחה כי הגופות שהובאו למחלקה לאנטומיה בווינה הגיעו ממתחם מחנות מאוטהאוזן... ההנחות והחשדות שחלק מהאיוורים עשויים להיות של שבויי מלחמה, או קורבנות יהודיים, מבוססים בעיקר, על התרשמותו של הצופה הביקורתי. עם זאת, במקרים אלה, החקירה לא הצליחה להוכיח וגם לא להפריך את החשדות. בגלל ההרגל השיטתי של ביצוע דגימות אלמוניות, סביר להניח כי הבהרה סופית של החשדות האלה לא תהיה עוד אפשרית."

הניצול העצום לרעה של כח על ידי הרופאים הנאציים מתועד היטב. במהלך מלחמת העולם השנייה, פשעים נוראיים בוצעו נגד אנשים חפים מפשע על ידי הנאצים. חלק מפשעים אלה היו הוצאה להורג, בעוד שאחרים היו עינויים איטיים, כרוכים בייסורים שהו חלק מחיי היומיום או מניסויים רפואיים נאציים. הסוגיה של הניסויים הרפואיים הנאציים מהווה מחלוקת גדולה בתחום הרפואי המתקדם של היום. שאלות רבות הועלו האם להשתמש, או לא, בנתונים הנאציים שהתקבלו מניסויים על אסירים ואחרים ללא הסכמתם, לשם קידום הידע הרפואי בתחומים מסויימים. לדוגמה, הניסויים הידועים לשמצה של ד"ר זיגמונד ראשר (Sigmund Rascher) בדכאו, על היפו-תרמיה, לא היו פרי עבודת מחקר של אדם מטורף ומופרע שעבד בסביבה מבודדת של מחנה ריכוז. הניסויים של ראשר, שהיו כרוכים בטבילה של אסירי מחנה הריכוז במים קפואים, בוצעו עבור חיל האוויר הגרמני. עד היום התוצאות של ניסויים הללו מצוטטות לעתים בספרות הרפואית.

המדע של הרפואה הגרמנית גם תפס את הרציחות שהתבצעו בתקופתו של היטלר, כהזדמנות לנצל את

שרידיהם של המתים. היו משלוחים קבועים מתאי ההוצאה להורג של בתי הכלא של הגסטפו למוסדות האנטומיה של האוניברסיטאות. ככל הידוע היום, כל המחלקות לאנטומיים בבתי ספר לרפואה בגרמניה, ללא יוצא מן הכלל, קיבלו את הגופות הללו ברצון וללא היסוס.

נכון להיום, יש מידה רבה של מחקר המבוצע על מקומה של אתיקת החוקרים לאנטומיה הגרמניים בתקופת הרייך השלישי, ועל השימוש שלהם בגופותיהם של הקורבנות שהוצאו להורג.

מקורות:

1. Michel C. Atlas, Ethics and Access to Teaching Materials in the Medical Library: the Case of the Pernkopf Atlas. Bull Med Libr Assoc. 89(1): 51-58 (January 2001).
2. Robert L. Berger, Nazi Science: Comments on the Validation of the Dachau Human Hypothermia Experiments. In Arthur L. Caplan, When Medicine Went Mad. Bioethics and the Holocaust (Humana Press, 1992).
3. S. Hildebrandt, Anatomy in the Third Reich: Outline, Part 1. National Socialist Politics, Anatomical Institutions and Anatomists. Clinical Anatomy. 22:883-893(2009).
4. Howard A. Israel, William E. Seidelman, Nazi Origins of an Anatomy Text: The Pernkopf Atlas. JAMA 276(20):1633-1633 (1996).
5. Sabine Hildebrandt, Christoph Redies, ed. Special Issue: Anatomy in the Third Reich. Annals of Anatomy. 194 : (3)225-314(2012).

שאלה:

האם זה אתי להשתמש בנתונים הרפואיים הנאציים?

דיון:

המקרה של פרנקופף כרוך בשימוש באטלס לאנטומיה, שהכיל איורים של קורבנות של פשעי הנאצים. האטלס חובר עשרות שנים לפני שתמונות אנטומיות ממקורות אחרים היו זמינים, והיה בשימוש ברבים, אם לא ברוב הפקולטות לרפואה. לפיכך, התרומה המשמעותית של האטלס לאנטומיה הקלאסי הזה למקצועות הבריאות במשך השנים נותרת ללא עוררין. עם זאת, החקירה אודות הרקע של אדוארד פרנקופף והאמנים שלו, ובמיוחד, כיצד עבודה זו הופקה, מעלה שאלות משמעותיות של ביו-אתיקה רלוונטיות מאוד גם היום. מספר מהשאלות שעולות במקרה זה הם: האם יש חשיבות לקבוע את מקור הגופות של פרנקופף? האם זה מתאים ונכון להשתמש במידע זה? כיצד להתייחס לנתוני מחקר כלשהם, שהושגו באופן לא הולם? ישנן עמדות רבות בדיון אתי זה:

- 1) יש להשתמש באטלס ובנתונים אחרים, בעת הצורך, למחקר רפואי ולחינוך, ללא הגבלות או צנזורה. כעת, אין ביכולתנו לעשות דבר בעניין הדרך בה נתקבלו הגופות. ידע מדעי יכול לעתים, להתקבל בתנאים (לדוגמה, מלחמות) שאינם תמיד אידיאליים או אתיים. בשימוש בנתונים של האטלס כיום, ניתן להפיק תועלת חיובית, להציל חיים או לאפשר למנתח לבצע עבודה מיומנת יותר.
- 2) על הנתונים לשמש את המדע לצרכי מחקר וחינוך בהגבלות וצנזורה מסוימות. חלק מההגבלות יכולות לכלול: א) חקירה בנושא, ב) הנצחת הקורבנות; ג) הודאה אודות ההיסטוריה של פרנקופף במהדורות חדשות של האטלס; ד) צנזורה מוגבלת (האטלס לא יהיה זמין על מדפים ציבוריים).

3) יש הטוענים כי הימנעות משימוש בנתונים הללו מאפשרת לאלו המכחישים את השואה לחזק את טענותיהם, ובנוסף, גורמת לכך שאנו שוכחים את הקורבנות החפים מפשע שעברו את הניסויים. יש המאמינים כי על ידי פרסום הנתונים, אנחנו לא רק יכולים להוכיח שמעשי הזוועה הללו אכן קרו, אלא שגם אם נזכור אותם, אנו עוזרים למנוע שהם יתרחשו שוב. יש הסבורים שעל ידי שימוש בנתונים, אנחנו מכבדים את הקרבת הקורבנות.

4) חלק מניצולי הניסויים מאמינים שאכן, יש להשתמש בנתונים, והיות והם העדים ממקור ראשון שיכולים לדבר בשמם של אלה שלא היו ברי מזל כמותם.

5) אחרים עשויים לטעון כי המטרה האמתית של המדע היא לשרת את האנושות על ידי הקלת סבל ושיפור איכות החיים. הניסויים הנאציים, והדוגמה של האטלס האנטומי, בוצעו ללא כל צורה של הסכמה, אלא באמצעות שיטות אכזריות לא מוסריות או על ידי עינויים. תומכי דעה זו מצביעים על כך שמדע ואתיקה הם בלתי נפרדים ולא ניתן להצדיק את השימוש בנתונים מדעיים שנתקבלו מרופאים שניצלו לרעה את הקוד האתי בביצוע מחקר שבו נגרם סבל אנושי בלתי נתפס.

6) יש שמחשיבים את הרקע המוסרי והאתי של החוקרים (במקרה זה האמנים) לגורם חיוני בניסויים רפואיים. הם טוענים שעלינו "להפריד את העבודה מהאיש". אחרים יטענו שאנחנו לא צריכים להפריד את העבודה מהאדם.

7) אחרים טוענים כי שימוש בנתונים מדעיים שהופקו מהפשעים הנאציים יוצר אווירה שמאפשרת חזרה על הפרות אתיקה ביו-רפואיות, שבה קיימת אפשרות הצדקה ורציונליזציה לניסויים רפואיים לא אתיים בשם קידום מחקר מדעי.

8) חשש נוסף שנשמע הינו מהות הערך המדעי של הניסויים הנאציים.

9) רציונל נוסף להימנעות משימוש בנתונים מצהיר, כי על מנת שניסוי יתבצע בצורה נכונה, יש לוודא שניתן יהיה לחזור עליו. כמובן, שמצב זה הינו בלתי אפשרי בהקשר של הניסויים האכזריים שנעשו על ידי הנאצים.

תאור מקרה:

ג'ורג' אנדרה קוהן נולד בפריז ב-23 באפריל, 1932. באוגוסט 1944, הוא נשלח לאושוויץ ונכלא בבלוק מס. 11, שבו שהו תשע עשרה ילדים יהודיים מכל רחבי אירופה, בגילאים שבין חמש לשנים עשר שנים. רופאים נאציים תכננו להשתמש בילדים אלה בניסויים רפואיים.

בסוף נובמבר 1944, כשהצבא האדום התקדם לכוון אושוויץ, ג'ורג' יחד עם תשע עשרה הילדים האחרים, הועבר למחנה ריכוז נוינגמה (Neuengamme) ליד המבורג. בנוינגמה, רופא ס.ס. קורט הייסמאייר (Kurt Heissmeyer) ביצע ניסויים רפואיים אכזריים נוראיים בילדים; תחילה הוא הדביק אותם בשחפת, מחלת ריאות קטלנית. לפני חג המולד, כל הילדים היו חולים מאוד. ג'ורג' היה חלש במיוחד, לא הצליח לקום בכוחות עצמו, כפי שדווח מאוחר יותר על ידי רופאים אסירים צרפתיים ואחיות אסירות הולנדיות. רופאים ואחיות אסירים אלו טיפלו בילדים כאילו היו הוריהם המאמצים.

ד"ר הייסמאייר הסיר לאחר מכן את בלוטות הלימפה של הילדים משום שהאמין שהן מכילות חומרים מסויימים שנוצרו על ידי הגוף כדי להגן מפני שחפת. לאחר שהסיר את כל בלוטות הלימפה מהילדים, הם צולמו. הילדים הרימו את זרועותיהם כדי להציג צלקות הניתוח אל מול המצלמה.

באפריל 1945, כשסיומה של המלחמה התקרב במהירות, רופאי הס.ס. ומנהיגי מחנה נוינגמה חששו שאם מעשי הזוועה שלהם יתגלו על ידי בעלות הברית, הם ייענשו. כדי לחפות על הניסויים שלהם, מנהיגות ה-ס.ס. לקחה את הילדים, יחד עם האחיות לבית הספר בבולנהוזר דאם (Bullenhuser Damm). ששכן בקרבת העיר המבורג המופצצת והנטושה. ב-20 באפריל 1945, הס.ס. תלו את כל הילדים במרתף בית הספר. גופותיהם הועמסו על המשאית והוחזרו לנוינגמה, שם הם נשרפו. המלחמה באירופה הסתיימה שבע עשרה ימים לאחר מכן.

רקע:

קורט הייסמאייר למד רפואה במרבורג, שם הצטרף לאחוזה אנטישמית בשם Arminia. הוא הוסמך לעסוק ברפואה בשנת 1933 ועבד כרופא בית בבית החולים אוגוסט-ויקטוריה בברלין. בשנת 1937, ד"ר הייסמאייר הצטרף למפלגה הנאצית, ושנה לאחר מכן, מונה לתפקיד רופא בכיר ואחר כך למנהל של ספא צפונית לברלין בשם הוכנלייצן (Hohenlychen). שנוהל על ידי הצלב האדום.

כדי להגשים את מטרתו להיות פרופסור לרפואה, הייסמאייר הציע לבצע ניסויים בשחפת. למרות שהידע שלו אודות המחלה היה מוגבל מאוד, בהיותו מקורב לחוגים הנאציים, קיבל אישור לבצע את ניסוייו על אסירי מחנה הריכוז. בחודש יוני 1944, הוא החל את הניסויים בנוינגמה, שם ערך תחילה ניסויים במבוגרים באמצעות זן חיידקי שחפת חיים, ולאחר מכן, המשיך לנצל ילדים כנושאי מחקר. בכל יום רביעי, הוא נסע 165 מייל מהוכנלייצן על מנת לנהל את הניסויים על אסירי מחנה נוינגמה.

אף על פי שרשומות רפואיים של 32 מבוגרים בלבד נשמרו, משערים שהייסמאייר ביצע ניסויים ביותר ממאה בני אדם. הילדים נבחרו ממחנה ריכוז אושוויץ. הם התפלגו לעשר בנות ולעשרה בנים, בגילאים שבין חמש עד שנים עשר שנים. מסעם בן היומיים מאושוויץ לנוינגמה, היה ברכבת. הייסמאייר הקצה שפן ניסיונות לכל אחד מהילדים, ואז שניהם הוזרקו באותו החיידק. לאחר חודש אחד של זריקות תת עוריות של חיידקי שחפת, כל הילדים חלו.

כשמצבם הורע, הייסמאייר חשב שיהיה מועיל לבדוק את תגובת בלוטות בתי השחי של הילדים לנוכחות חיידקים. כיוון שלא היה רופא מנתח, הוא הורה למנתח, אסיר צ'כי, דוקליק, לבצע את ניתוחים על

בלוטות הלימפה. הניתוחים האכזריים האלו בוצעו בהרדמה מקומית, והפצעים נשאו פתוחים ולא נתפרו. שבוע לאחר הניתוח, הוסרו החבישות. תוך שבועיים, כל ילד עבר ניתוח להוצאת בלוטות לימפה מבית השחי משני הצדדים. הבלוטות נשמרו בפורמלין, וכאשר כל הניתוחים הושלמו, הדגימות נשלחו לפתולוג.

לאחר בצוע הניתוחים, הילדים נחלשו קשות והיו מרותקים לבלוקים שלהם. בהמשך הייסמאייר התעמת עם דילמה: מה לעשות עם עשרים ילדים יהודיים חולים וגוססים? כדי להסתיר את הראיות, הוחלט לרצוח את הילדים. בערבו של יום הולדתו של אדולף היטלר (אפריל 20), נתלו הילדים. ד"ר הייסמאייר ברח מהוכנליצן ב-21 באפריל 1945. בסופו של דבר התיישב במגדבורג, כמומחה למחלות ריאה. במשך 18 שנים, הוא נהנה מפרקטיקה משגשגת כמנהל המרפאה לשחפת הפרטית הבלעדית בגרמניה. בשנת 1966, הוא נידון למאסר העולם בבאזן. ארבע עשרה חודשים לאחר מכן, הוא נפטר מהתקף לב.

אחרי התנגדות ראשונית רבה, בית הספר בבולנהוזר דאם הפך בסופו של דבר לאתר הנצחה לילדים שנרצחו. כיום, הוא נקרא בשם "בית הספר יאנוש קורצ'אק", על שם רופא יהודי שניהל בית יתומים בוורשה ונרצח יחד עם יתומיו בטרבלינקה באוגוסט, 1942.

מקור:

Gunther Schwarberg, The Murders at Bullenhusen Damm. The SS Doctor and the Children (Indiana University Press, 1980).

שאלה:

האם השתתפות רופא בעינויים הוא אתי?

דיון:

בתקופת הנאצים, כללי אתיקה רפואית הוחלפו לעתים קרובות על ידי אידיאולוגיה גזענית, כמו גם על ידי מדיניות פוליטית, כלכלית וצבאית. לפי השקפת העולם הנאצית, עינויים נחשבו כמעשה לגיטימי, כמו גם השמדתם של חולים, מפגרים, ואחרים. הרציונל של העינוי, וכן גם של שיטותיו, פותח לעתים קרובות על ידי הרופאים בעצמם. מספר רופאים אף היו שותפים פעילים בעינויים. הדבר בא לידי ביטוי במיוחד בניסויים הרפואיים הבלתי אנושיים של הנאצים בהם אלפי קורבנות נפצעו ונהרגו.

בעוד שהזוועות שבצעו הנאצים לפני יותר מחצית המאה, נחשבות לדוגמאות הבולטות ביותר של הפרת זכויות אדם בתודעה העולמית, עינויים ומעשים בלתי אנושיים אחרים עדיין מתבצעים היום. עינויים עדיין מוצדקים במדינות רבות, והם אף נתפסים כהכרחיים ב"מלחמה בטרור" הגלובלי. בעוד שקשה לדמיין כיצד ניתן לקשר רופאים לעינויים, יש ראיות מתועדות כי במקומות מסוימים בעולם, מעורבות רופאים בעינויים עדיין קיימת היום. רופאים מאומנים ומתחנכים כדי להקטין את הסבל ולהציל חיים; עינויים, לעומת זאת, כרוכים בגרימה מכוונת של סבל, לפעמים עד כדי מוות. כיצד אנו יכולים ליישב עם השתתפות הרופא בעינויים?

רופאים באים במגע עם עינויים בדרכים רבות. קורבנות עינויים זקוקים לעתים קרובות לטיפול רפואי, בין אם בבית הסוהר, בית המעצר או בבית החולים. כך שרופאים לעתים קרובות ניצבים בשורה הראשונה של גילוי מקרי עינויים, כפי שהם הראשונים שבודקים את הקורבן. מבצעי העינויים לפעמים

מבקשים את העזרה והיעוץ של רופאים. דיווחים ממדינות שונות מצביעים על כך, שרופאים היו נוכחים בעת התרחשות עינויים ולעתים, רופאים פעלו כיועצים או מפקחים רפואיים על העינויים. רופאים גם השתמשו במיומנות שלהם כדי לספק טיפול רפואי בעת עינויים על מנת לקיים את הקורבנות או להחיות אותם. במקרים אחרים, רופאים נתבקשו לספק דוחות רפואיים לאחר העינויים, ובמקרים מסוימים לספק תיעוד הרפואי כוזב או לא מדויק. העינויים מתבצעים בדרך כלל בבתי כלא, בתי מעצר משטרתיים ומוסדות צבאיים. משום כך, לרופאי בתי סוהר, משטרה וצבא הסיכוי הגבוה ביותר להיתקל ולהיחשף למקרים של עינויים.

למעורבותם של רופאים בעינויים יכולות להיות סיבות רבות, החל מנאמנות למקום עבודה, איומים של אלימות, אמונות לאומניות או אידיאולוגיות, סיבות דתיות, ובמקרים אחדים אולי אפילו סדיזם. לסוגיות אתיות ברפואה יש לעתים רחוקות פתרונות של שחור או לבן, נכון או לא נכון. עם זאת, במקרה של עינויים, התשובות המתקבלות לסוגיות הללו כמעט וודאיות. מעורבותם של רופאים בעינויים, בכל צורה ובמידה, היא מנוגדת תמיד לכללים של אתיקה רפואית. קביעה זו נקבעת כעקרון ביסודם של כל הסטנדרטים של זכויות אדם הבינלאומיים והאזוריים.

המציאות מוכיחה כי מרבית הרופאים מנסים בעקביות לפעול לטובת האינטרסים של המטופלים שלהם. הם מתייחסים לעינויים בתיעוב, ומסרבים לסייע או להשתתף בהם בדרך כלשהי. עם זאת, למרות מניעים וחששות אלו, כפי שמוצג לעיל, רופאים עלולים למצוא את עצמם בנסיבות שבהן יכפו עליהם לפעול בדרכים שהן בניגוד לכללי אתיקה רפואית.

כל רופא חייב לסרב לשתף פעולה בעינויים. ובכל זאת, יש בו כדי להכיר בכך שבמצבים ובנסיבות טעונות מתח רב, הטלת הנטל הבלעדי של סירוב הרופא הבודד יכולה להיות החלטה קשה. סירובו של הרופא להשתתף בעינויים יעשה לאין שיעור קל יותר אם המשקל הקולקטיבי של המקצועות הרפואיים והמשפטיים יעמדו מאחורי סירוב כזה.

11. השתתפותם של רופאים ברצח עם

תאור מקרה:

אימפריד גיאורג רולף אברל (Imfried Georg Rolf Eberl) נולד בברגנץ שבאוסטריה בשנת 1910. הוא החל את לימודי הרפואה שלו באינסברוק, והצטרף למפלגה הנאצית בשנת 1931. לאחר שסיים את בית ספר לרפואה, הוא עבר לדסאו, גרמניה, שם הוא שימש כראש של שירותי בריאות הציבור. בשנת 1939, למרות הכשרתו המוגבלת בפסיכיאטריה, ד"ר אברל התמנה למנהל מתקן ברנדנבורג (Brandenburg) בית כלא שהפך לאתר הראשון בתכנית "המתת חסד" T-4.

בברנדנבורג, ד"ר אברל היה אחראי על ארגון וביצוע "המתות חסד" של מטופלים חולי נפש. לאחר מכן, התמנה לראש בית החולים הפסיכיאטרי ברנברג (Bernberg), שם הוא הורה שוב להקים תכנית "המתת חסד", שכללה המתה בגז. בנוסף, ד"ר אברל היה בעל תפקיד מרכזי בשמירה על סודיותה של התכנית, כולל זיוף תעודות פטירה. במהלך תכנית "המתת חסד" T-4, 9772 חולים בברנדנבורג ו-8601 חולים בברנברג מתו ב"כיסוי" של "המתת חסד". בסך הכל 70,273 בני אדם נהרגו בשלב זה של תכנית T-4 שנמשך כשנה וחצי (1939-1941).

באפריל 1942, ד"ר אברל התמנה לנהל את הקמתו של טרבלינקה, מחנה השמדה שנבנה במטרה הבלעדית לביצוע רצח המוני של יהודים. ב-23 ביולי 1942, הגיע המשלוח הראשון של יהודים מגטו ורשה. זמן קצר לאחר מכן הגיעו קרונות רכבות בשגרה יום יומית כשהן עמוסות במאות אלפי קורבנות תמימים. בסוף אוגוסט 1942, ד"ר אברל הושעה מתפקידו בטרבלינקה ולמרות שבמשך תקופת כוהנתו נרשם מספר שיא של אנשים שנרצחו, הוא הואשם בניהול בלתי יעיל של סילוק הגופות.

על פי הערכה, כ-280,000 בני אדם נרצחו בטרבלינקה במהלך שישה שבועות תחת פיקודו של ד"ר אברל. מיולי - 1942 עד נובמבר 1943, נהרגו בין 870,000 ל-925,000 בני אדם במחנה המוות טרבלינקה. בשנת 1944, ד"ר אברל הצטרף לצבא הגרמני, שם הוא שירת עד תום המלחמה. הוא נעצר בינואר 1948 ותלה את עצמו בתא ב-15 בפברואר 1948.

מקורות:

1. Rael Strous, Dr. Irmfried Eberl (1910-1948): Mass Murdering MD. IMAJ, VOL 11, April (2009).
2. Yitzak Arad, Belzec, Sobibor, Treblinka: The Operation Reinhard Death Camps (Indiana University Press, 1987).

רקע:

מבצע "T-4", תכנית הרצח ההמוני הראשונה הנאצית, היתה מכוונת נגד אזרחים גרמניים שכללה מפגרים, חולי נפש וחולים עם מומים מולדים, שנחשבו כולם כ- "לא ראויים לחיים" וכנטל כלכלי על המדינה. תכנית "המתת חסד" זו יסדה את כוח האדם הארגוני והפרוטוקולים, כמו גם, את המנגנונים הבירוקרטיים והמדעיים לרצח המוני יעיל.

חלק מהרופאים ואנשי המקצוע הטכניים, שצברו ניסיון בהריגתם של חולים פסיכיאטריים בגרמניה, הועברו מאוחר יותר לפקח וליישם את רצח העם היהודי והצוענים במחנות ההשמדה רובם היו בשטח פולין. מחנות אלה כללו את חלמנו, בלזץ, טרבלינקה, מיידנק ואשוויץ.

השתתפותם של רופאים ברצח עם לכשה צורות רבות. רופאים מסוימים, כגון ד"ר אימפריד אברל, היו אחראים על הקמה, ארגון וניהול מתקני ההשמדה. במקרים אחרים, רופאים שימשו כיועצים לכימאים

ולמדענים ומהנדסים אחרים, בפיקוח ושכלול הטכניקות המיוחדות של ההריגה, בין אם באמצעות הזרקה, הרעבה, או בתאי גז.

רופאים הם שקבעו את "הסלקציות של חיים ומוות" מבין האסירים, גם בהגיעם למחנות וגם מאוחר יותר, אחרי שהאסירים היו כבר במחנה מספר ימים, שבועות, חודשים, או במקרים מסוימים, אפילו שנים. רופאים החליטו מי בין האסירים היו כשירים לעבודה, ומי ישלח לתאי גז. רופאים יעצו כיצד לנהל את הסלקציות על מנת שתתבצענה ללא תקלות. נועצו ברופאים באשר לתפעול יעיל של המשרפות. רופאים קבעו את הסיבות הפיקטיביות למותם של קורבנות, ורופאים היו אחראיים לזיוף של תעודות הפטירה. במקרים רבים, רופאים נאציים נתנו זריקות קטלניות בעצמם ובמקרים אחרים הם הורו לאחיות לבצע את ההרג. רופאים היו אחראים על ייזום וביצוע של ניסויים ברבריים, אכזריים ובלתי מוסריים בבני אדם. בפועל, רופאים לקחו חלק פעיל בתהליך הרצח מתכננו המחושב ועד לנתיחה שלאחר מותם של חלק מהקורבנות.

מקורות:

1. Robert J. Lifton, The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide (Basic Books, 2000).
2. Robert N. Proctor, Racial hygiene: Medicine under the Nazis (Harvard University Press, 1988).

שאלה:

האם יש בכלל תפקיד לרופאים בהרג בחסות מדינה?

דיון:

איך מיישבים רופאים את שבועת היפוקרטס שלהם עם מנדט של רצח עם? כמו בקבוצות מקצועיות רבות אחרות, רופאים הם בו זמנית חלק מחברה, וגם מחויבים לקוד המוסרי החברתי והאקלים החברתי. אבל, רופאים גם חונכו לפעול על פי עמדות אתיות מקצועיות שלהם. ברוב החברות, רופאים נחשבים למשרתי ציבור; הם גם זוכים לאמון וכבוד של רוב האוכלוסייה בקהילה או באומה. לפעמים, הרשויות הפוליטיות מנסות לנצל רופאים כסוכנים המקנים מסגרת לגיטימציה לפעולות שננקטות על ידי המדינה. כאשר אומה מאמצת מדיניות של לאומניות קיצונית, בה חלקים של החברה אינם מקובלים, כל אזרחיה, כולל רופאים, יכולים למצוא עצמם משני צדי המתרס. בנסיבות כאלה, רופאים יכולים למצוא את עצמם במצב של אי בהירות מקצועית ואתית. למי נאמנותם שמורה? למטופלים או ללאום? בין אם כשותפים מרצון, או כשותפים מחוסר רצון, במדינות רבות רופאים היו מעורבים בתכנון ובביצוע של רצח המוני.

בשנת 1915, מספר רופאים תורכיים עותמניים ערכו ניסויים רפואיים, השתתפו בגירושים המוניים, וקידמו את האידיאולוגיה הרצחנית שהביאה לרצח עם של האוכלוסייה הארמנית. פחות משני עשורים מאוחר יותר, רופאים בגרמניה הנאצית גם ביצעו מעשי זוועה במערכת שהגיעה לשיאה בשואה. טבח אנושי התרחש גם כאשר רופאים משבט ההוטו פעלו נגד חולי שבט הטוטסי במהלך רצח העם ברואנדה. כמו כן, בית דין בינלאומי תבע רופאים סרביים בבצוע פשעי מלחמה על תפקידם בטיהור האתני בבוסניה ובקוסובו. אלו הן רק מספר דוגמאות של מעורבות רופאים במקרים של רצח עם.

גם במצבים פחות קיצוניים מרצח עם, רופאים נדבו את מיומנותם הרפואית במאמץ להסיר או להגביל אלמנטים "לא רצויים" של האוכלוסייה. לדוגמה, אנשי צוות רפואיים בארגנטינה, בוליביה, צ'ילה, עיראק,

ובמקומות אחרים לקחו חלק בעיניים ובמותם של מתנגדי המשטר ואיבי המדינה. דוגמה נוספת של מעורבות רופא בהרג בחסות ממשלתית היא במקרה של הוצאות להורג, כולל אלה שמבוצעות בארה"ב. ישנן תיאוריות רבות, המציעות נקודות מבט שונות כדי להסביר כיצד רופאים עשויים להצדיק ולאשר תכניות, שלכאורה עומדות בניגוד לתפקידם כמרפאים. תאוריה אחת טוענת כי רופאים לא נוטים את האתיקה הרפואית כאשר הם משתתפים בפעילות אאוגניות או ברצח עם, אלא, הם מפרשים מחדש את כללי האתיקה על מנת שיעלו בקנה אחד עם סדר היום הפוליטי הדומיננטי הרווח באותה התקופה. תאוריה שנייה מקדמת את הרעיון של השתתפות דרך "המדרון החלקלק", לפיה, עבירות של קודים רפואיים מוסריים, אתיים וחברתיים מתחילות בקנה מידה קטן, אבל מתעצמות בהדרגה, כך שבסופו של דבר יוצאות משליטה.

תאוריה שלישית טוענת כי רופאים לוקחים חלק במעשים ברצח עם מאחר והם אינם יכולים למצוא דרך לסרב מבלי לסבול נזק אישי, מקצועי, או לפעמים אף פגיעה גופנית.

לפי תאוריה נוספת חלק מהרופאים אף מחפשים באגרסיביות להשתתף בפעולות הקשורות ברצח עם או בתכניות אאוגניות אחרות. המוטיבציה של הרופאים האלה נעה בין רצון אופורטוניסטי למטרות רווח אישי או מקצועי, לבין אמונה מושרשת באידיאולוגיה של ההשמדה, שמנוהלת על ידי הכוחות והסמכויות הפוליטיים.

חשוב ורלוונטי לשקול אם יש או אם אין בכלל תפקיד לרופאים ואחיות בהרג בחסות המדינה. ההסתדרות הרפואית העולמית מחייבת רופא למוסר עקבי, שלא מבחין בין עתות מלחמה ועתות שלום. על פי הנחיותיה, כללי אתיקה רפואית בעת סכסוך מזוין זהים לכללי אתיקה רפואית בעתות שלום. החובה העיקרית של הרופאים היא למטופליהם; בביצוע חובתם המקצועית, על הרופאים להיות נאמנים למצפונם האישי, כמו גם, למסורת האתית ארוכת השנים.

אין ספק, שמעשיו של אימפריד אברל, ורופאים אחרים תחת המשטר הנאצי, היו לא אתיים בבצעם הרג בשם המדינה. חלק מטיעוני ההגנה שלהם כללו את הבאים: (1) הם רק מלאו פקודות; (2) המתת חסד הקלה עם הסבל של החולים; ו- (3) הם הבריאו את האומה על ידי השמדת מגזרים לא בריאים. אחדים מהרופאים הורשעו בפשעיהם ונענשו. חלק, כמו אברל, העדיף להתאבד ולא לעמוד למשפט. רוב הרופאים הנאציים המשיכו בחייהם לאחר המלחמה מבלי לשלם מחיר כלשהו על מעשיהם.

12. האתיקה של חברות תרופות במחקר רפואי

תאור מקרה:

סרן ס.ס. ד"ר הלמוט וטר (Helmuth Vetter) נולד בשנת 1910, ברסטנבורג, טורינגן, והועסק במשך שנים רבות על ידי חברת התרופות באייר קבוצה (Bayer) WI1 (שהיתה חברת בת של תאגיד התעשייה אי.ג. פארבן (I.G. Farben Industry Inc., Leverkusen)). הוא עבד כאיש מכירות בשיווק תרופות. כחלק מתפקידו, הוא נסע לאושוויץ, מאוטהאוזן ומחנות אחרים על מנת לפקח על הניסויים הרפואיים שנעשו באמצעות התרופות על אסירים במחנות. בין השנים 1942 ו-1944, נסע וטר בין אושוויץ ומאוטהאוזן לפקח על מחקרים קליניים של השפעות מוצרי חברת באייר במחלות שונות כגון טיפוס, טיפוס הבטן, פרה-טיפוס, שלשול, שחפת, שושנה ומחלת השנית.

במטרה להשיג בני אדם לצורך מחקרו, וטר בחר באסירים שסבלו ממחלות מסוימות. אסירי המחנה נבחרו להשתתף במחקר, כמו גם קבוצות בקרה, על בסיס קריטריונים שונים, ואשר היו בשלבים שונים של מהלך המחלה. הקורבנות קיבלו מינונים שונים של התרופות כדי לבדוק את מידת רעילותם ויעילותם של התרופות הללו. באושוויץ בלבד, וטר השתמש ב-150-250 אסירים חולים לצורך ניסויים אלה. הוא תיעד כל מקרה בפוטורט. לא נתבקשה או נתקבלה כל צורה של הסכמה מהאנשים שנבחרו לניסויים. ניסויים תרופתיים אלו לא נועדו לסייע לחולים. אלא, הכוונה היתה להתבונן ולתעד את תגובותיהם של החולים לתרופות. גם כאשר היה ברור שהתרופות היו רעילות, גרמו לכאבים קשים, ושלא היתה שום השפעה טיפולית, הניסויים נמשכו על מנת לאסוף נתונים מדעיים עבור חברת התרופות. התאגיד השתמש בנתונים אלה לייצור, להפקה ולמכירת תרופות חדשות. אחוז גבוה של האסירים הללו מתו בשל הניסויים.

ד"ר הלמוט וטר הורשע בפשעי מלחמה בשנת 1947. הוא הוצא להורג בשנת 1949.

רקע:

אי.ג. פארבן, חברת הכימיקלים הגדולה בעולם באותה העת, היה קרטל רב עוצמה של חברות גרמניות שכלל BASF, באייר (Bayer), הוכשט (Hoechst), וחברות כימיקלים ותרופות גרמניות אחרות. אי.ג. פארבן, היה גם התורם הגדול ביותר למסע הבחירות של אדולף היטלר, ותרם 400,000 מרקים זמן קצר לפני שהוא נבחר לקנצלר. תמיכתה במכונת המלחמה הנאצית אפשרה לחברת אי.ג. פארבן ושלוחותיה להפוך לאחת מספסרי המלחמה הגדולים ביותר.

בחלק ממחלקות התרופות של קרטל אי.ג. פארבן השתמשו באסירים בניסויים בבני אדם כדי לבחון פיתוחם של תרופות וחיסונים חדשים. הגז ציקלון ב', שימש תחילה כחומר הדברה, ובפיתוח מאוחר יותר שימש כשיטת המתה בגז לרצוח מיליונים, הופק מאחת החברות הקשורות לקונצרן העסקי אי.ג. פארבן, בשם Deutsche Gesellschaft für Schädlingsbekämpfung.

באייר לברקוזן, חברה בת אחרת, שילמה עבור 150 אסירות באושוויץ למטרות ניסויים. התכתבות בין מפקד מחנה אושוויץ ובין חברת באייר גילתה כדלקמן:

"באשר לניסויים המתוכננים עם תרופות השינה החדשות, היינו מעריכים אם תוכל להעמיד לרשותנו מספר אסירים... אנו מאשרים את תגובתך, אלא לדעתנו המחיר של 200 מרקים לאישה הוא מחיר גבוה מדי. אנו מציעים לשלם לא יותר מ-170 מרקים לאישה. אם זה מקובל עליך, הנשים תוצבנה ברשותנו.

אנחנו זקוקים לכ-150 נשים... אנו מאשרים את הסכמתך לעסקה. נא להכין עבורנו 150 נשים במצב בריאות הטוב ביותר הניתן... התקבלה ההזמנה ל-150 נשים. למרות מצבן הירוד הן משביעות רצון. נעדכן אותך בהתפתחויות באשר לניסויים... הניסויים בוצעו. כל הנבדקות מתו. ניצור איתך קשר בהקדם לגבי משלוח חדש."

אסיר אושוויץ לשעבר, העיד גם הוא על הניסוי הזה בחסותה של חברת באייר: "הייתה מחלקה גדולה של חולי שחפת בבית 20. חברת באייר שלחה תרופות באמפולות לא מסומנות וללא שם. חולי השחפת קיבלו זריקות מאמפולות אלו. האנשים האומללים האלה לא מתו בתאי הגז. היה צריך רק לחכות שהם ימותו, וזה לא לקח זמן רב... 150 נשים יהודיות שנקנו מהמחנה עבור באייר... שימשו לניסויים בתכשירים הורמונליים בלתי ידועים."

במאי 1943, שני רופאים נאציים בעלי השפעה רבה, קארל גבהרט (Karl Gebhart) ופריץ פישר (Fritz Fischer), כיבדו את האקדמיה לרפואה צבאית בברלין על תמיכתה בתרופות החדשות שנוצרו על ידי קבוצת באייר של תעשיית אי. ג'. פארבן. הרופאים דיווחו על מחקרו של ד"ר הלמוט וטר שנערך על 200 אסירות באושוויץ. הדו"ח שלהם חשף כיצד וטר הזריק לריאות של הנשים גז או חיידקים, שגרם להן למות מבצקת ריאות. מחקרו, שהוצג במחנה הריכוז רוזנבריק, פורסם ותוצאותיהם של הניסויים הופצו בקרב אנשי רפואה הגרמניים.

ד"ר וולדמאר הובן (Waldemar Hoven) רופא ס.ס. מבוכנוואלד, שהיה אחד הנאשמים במשפט הרופאים נירנברג בשנת 1947, העיד על תפקיד אי. ג'. פארבן בניסויים בבני האדם שנערכו על אסירים במחנות ריכוז:

"צריך לדעת בדרך כלל זה, ובמיוחד, בחוגים מדעיים גרמניים, שלס.ס. לא היו מדענים בעלי שם לרשותו. ברור שהניסויים במחנות הריכוז עם תכשירי אי. ג'. נעשו על פי האינטרסים של אי.ג' בלבד, אשר חתר בכל האמצעים כדי לקבוע את מידת היעילות של תכשירים אלה. הם נתנו לס.ס. להתמודד עם - הייתי אומר - העבודה השחורה במחנות הריכוז. לא היה כוונתו של אי.ג' לחשוף את העבודה הזו, אלא ליצור מסך עשן סביב הניסויים כך ש... הם יכלו לשמור את כל הרווחים לעצמם. לא הס.ס., אלא אי.ג' נקטו את היוזמה לניסויים במחנה הריכוז."

בנוסף לתפקידה בניסויים בבני אדם ובייצור של גז ציקלון ב', חברת אי. ג'. פארבן ניצלה עשרות אלפי אסירים כעובדי כפייה לבנות ולעבוד במחנה בונה - מונוביץ באושוויץ (Buna- Monowitz). עבודת כפייה נוצלה על ידי המפעלים הללו, שעיקר פעילותם בתקופת המלחמה היתה ייצור גומי ודלקים סינתטיים.

בשנת 1946, בית דין צבאי אמריקאי פתח בהליכים פליליים נגד עשרים ושלושה רופאים מובילים ומנהלים גרמניים בשל השתתפותם מרצון בפשעי מלחמה ובפשעים נגד האנושות. בין ההאשמות היו שהרופאים הגרמניים ערכו ניסויים רפואיים באלפי אסירי מחנה ריכוז ללא הסכמתם. רוב הקורבנות האלה מתו או נותרו נכים בעקבות הניסויים. כתוצאה ישירה של המשפט, נוסח קוד נירנברג בשנת 1947, שקבע כי:

"ההסכמה מרצון חופשי של הנחקר חיונית באופן מוחלט".
הקוד הבהיר כי נושאי מחקר צריכים לתת את הסכמתם, וכי תועלת המחקר חייבת לעלות על סיכוניו. למרות שזה לא עוגן בחוק, קוד נירנברג היה המסמך הבינלאומי הראשון שהתייחס לניסויים בבני אדם ודגל בהשתתפות מרצון ובהסכמה מדעת. (ראה נספח 1)

באוגוסט 1947, עשרים וארבעה מנהלים של אי.ג' פארבן הואשמו ונשפטו על פשעי מלחמה, שכללו

בין השאר האשמות של שוד/ ביזה בעת מלחמה, עבדות ורצח. משפט אי. ג'. פארבן הוביל להרשעה של שלושה עשר ממנהליה הבכירים. אחד עשר נאשמים אחרים זוכו. בהתבסס בשינוי הפוליטי שלאחר המלחמה, רבים מהמנהלים שהורשעו ריצו את עונשם לתקופת זמן קצר בלבד ושחררו מוקדם ממאסרם. בשנת 1951, קרטל אי. ג'. פארבן פורק למספר חברות גדולות, שכללו את באייר, Hoechst, BASF, ואחרות. עד אמצע שנות השבעים, שלוש חברות אלה היו, פעם נוספת, מהתאגידים הגדולים ביותר בעולם.

בשנת 1964, ההסתדרות הרפואית העולמית ייסדה המלצות מנחות לחוקרים במחקר ביו-רפואי בו מעורבים בני אדם. ההמלצות האלה מוכרות כהצהרת הלסינקי. ההצהרה מסדירה אתיקה מחקרית בינלאומית, ומגדירה כללים ל"מחקר משולב עם טיפול קליני" ו-"מחקר שאינו למטרה טיפולית". הצהרת הלסינקי תוקנה בשנת 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2002, 2004, 2008 ו-2013. והיא נחשבת למסמך הדפיניטיבי על האופן בו ייערכו מחקרים קליניים כיום. (ראה נספח 4)

מקורות:

1. Robert J. Lifton, The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide (Basic Books, 1986).
2. Naomi Baumslag, Murderous Medicine. Nazi Doctors, Human Experimentation, and Typhus (Praeger Press, 2005).
3. Diamuid Jeffreys, Hell's Cartel: IG Farben and the Making of Hitler's War Machine (Metropolitan Books, 2008).

שאלה:

מהם הנושאים האתיים העולים כאשר חברות תרופות מעורבות במחקר רפואי?

דיון:

מקרים כמו אי. ג'. פארבן מדגימים כיצד, בעבר, חברות תרופות נטשו את כל העמדות האתיות וערכו מחקר ללא התחשבות במטופלים המעורבים.

כיום ישנה חשיבות רבה ביותר למחקר פרמקולוגי ברפואה. רופאים רבים וארגוני בריאות מתבקשים יותר ויותר להיות שותפים במחקר רפואי שממומן על ידי התעשייה. עלות המחקר הרפואי היא עצומה, וכך, מחקר רפואי לעתים קרובות תלוי בתמיכה הכספית של חברות תרופות. אחד הקונפליקטים הטבעיים בשותפות של רופא עם תעשיית התרופות הוא הפוטנציאל להפוך פשוט ל"זרוע" של התעשייה על חשבון המטופלים. לאור מציאות כלכלית זאת, רופאים, בתי חולים ומוסדות מחקר יוקרתיים משתפים פעולה עם תעשיית התרופות, וחברות אחרות, על מנת לקדם את הרפואה, אך בו בזמן, גם למקסם את הרווחים של החברות.

כללי אתיקה של מחקר חלים על כל המעורבים במחקר רפואי, בין אם זה חוקר בודד או חברת תרופות. מטרת המחקר צריכה להיות זו המשרתת את טובתם של המטופלים. עם זאת, מחקר הממומן על ידי תעשייה משפיע, באופן יסודי, הן על מערכת היחסים בין רופא למטופל, כמו גם על סוגיות אתיות שמעלה המחקר הקליני. חברות תרופות בדרך כלל מתמקדות ביצירת רווח ועליית מחיר מניותיהן ונתחם בשוק. אכן, חברות התרופות מחויבות לבעלי המניות שלהם ועליהן להציג הגדלת נתח שוק ושגשוג מחירי המניות. גישה זו, עלולה להוביל חברות לשקוד על יצור טיפולים רפואיים חדשים שבהם

פוטנציאל קטן, אם בכלל, של שיפור מצב הבריאות הכללית ורווחת המטופלים.

על מנת לשכנע הן מטופלים והן רופאים להשתתף במחקר, תעשיית התרופות לעתים קרובות משלמת לרופאים כיועצים או מספקת להם סוגים של תגמולים כספיים או אחרים (כנסים, נסיעות חינוך, מלונות, מזון, קשרים עסקיים, מקומות עבודה לבני משפחה, וכו'). לרופאים, המקבלים תשלום או טובות הנאה מחברות התרופה, יש פוטנציאל גדול יותר לעמוד מול דילמות של ניגודי עניינים בין מערכת היחסים שלהם עם התעשייה, לאחריותם וטיפולם במטופליהם. מערכת יחסים דו ערכית זו עלולה גם להשפיע לרעה על מטרות המחקר של המדען וממצאיו. כמו כן, במערכת כזו, יש סבירות גבוהה יותר להשפיע או לעוות את שיקול הדעת, באופן שמתנגד לטיפול נאות במטופלים, כמו גם להגנה על נחקרים.

לעתים, תעשיית התרופות גם מספקת תמריצים כספיים או תשלומים למטופלים. למרות השכיחות הגבוהה של הנוהג זה, ניתן להתייחס לתשלום למטופלים המשתתפים במחקר כנוהג העלול לפגוע בהגנה האתית של הסכמה חופשית ומדעת.

תקנות אתיות של מעורבות חברות התרופות בניסויים קליניים קיימות ומשתנות ממדינה למדינה. מספר איגודים רפואיים פרסמו קווים מנחים אתיים ברורים באשר למערכת היחסים בין רופאים לחברות תרופות, על מנת להבטיח איזון בין האינטרסים השונים, תוך שמירה על שקיפות ויושרה מרבית של כל הצדדים המעורבים.

קשר זה בין הרופאים, מצד אחד, וחברות התרופות מצד השני, מורכב ודורש פיקוח וקודים נוקשים של התנהלות אתית עבור שני הצדדים המעורבים. חיוני שרופאים לא יהיו תלויים בגורם כלשהו העלול לפגוע במערכת היחסים בינם לבין מטופליהם.



13. מצפון רפואי (Medical Conscience) ו- Whistle Blowing

תאור מקרה:

ב-15 באוגוסט 1940, גוטפריד אוולד (Gottfried Ewald), פרופסור לפסיכיאטריה ומנהל בית חולים הממשלתי בגוטינגן, הוזמן לברלין והתבקש לשמש כמנהל הפרויקט הסודי הנאצי "T-4" - המתת חסד מבוגרים. המשרה שהוצעה הצריכה שימוש של שקול דעת אודות המתת מטופלים מסוימים על ידי הצוות הרפואי. בהיותו מוקף ברופאים בכירים ומנהלים אחרים סרב ד"ר אוולד לקחת חלק בפרויקט בשל מה שהוא כינה "מצפון רפואי" ו"צורך פנימי". עקב כך התבקש לעזוב את הפגשה. אוולד טען: "בעיקרון לא הייתי נותן את ידי לחסל, בדרך זו, מטופלים הנותנים בי אימון." הוא גם הדגיש שחולי סכיזופרניה לא היו "ריקים וחסרי תקווה" כפי שהוצהר, וכי הם יכלו להפיק תועלת מטיפולים חדשים שזה עתה פותחו.

בהמשך לכך, כתב ד"ר אוולד מכתב מחאה לדיקן הפקולטה שלו באוניברסיטת גוטינגן, וכן למנהלים רפואיים נאציים בכירים אחרים, תוך הדגשת התנגדותו ל"המתת החסד" בחסות המדינה. הוא טען שהמתת חסד, בהגדרתה, אמורה היתה להיות ל"מטרה רפואית וכללית נעלה" לגבי מטופלים סופניים שמבקשים מוות רחום. הוא הדגיש, כי הקשר בין הורים לילדים ולאהובים האחרים של המטופלים ראוי תמיד לכבוד ולהגינות ולכן התכנית הנאצית של "המתת חסד" לא היתה מקובלת עליו: "אינני יכול לבחור מקצוע שעיסוקו היומי הינו חיסול אדם חולה בגלל מחלתו אחרי שהוא או בני משפחתו הגיעו אלי ונתנו בי אמון בחיפושם לעזרה." למרות חששותיו מפעולת תגמול לא קרה דבר לד"ר אוולד.

מקורות:

Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 1986)

רקע:

המעמד המקצועי של הרופאים לא הווה מכשול בלקיחת חלק בפשעים הנאציים, ורופאים רבים הפגינו מחויבות עמוקה למעשי הזוועה. רופאים רבים סייעו למיסוד השיטה לזיהוי, יידוע, הובלה והרג של מאות אלפים של חולי נפש ואנשים "נפגעים מבחינה גזעית וקוגניטיבית" במוסדות כמו בתי חולים פסיכיאטריים, בתי סוהר ומחנות השמדה.

תפקידו של הרופא היה מרכזי וקריטי להצלחת התכניות והמדיניות הנאציות. הפסיכיאטרים, יחד עם רופאים אחרים רבים, ביצעו וסייעו בקידום האידאולוגיה הרפואית של המשטר. היו מעט מאוד רופאים שהתנגדו או אפילו הביעו אי הסכמה למטרות או לשיטות של התכניות הנאציות. יותר ממחצית הרופאים הגרמניים היו חברי המפלגה הנאצית. רופאים מלאו תפקיד נכבד ומרכזי בתכנית העיקור ובתכניות "המתת חסד". רופאים ישבו בוועדות תכנון לתכניות הנ"ל, וסיפקו גיבוי תיאורטי למה שהתרחש אחר כך. הרופאים דיווחו לרשויות על המטופלים, ארגנו את העברתם לתאי הגזים במוסדות ההרג ברחבי גרמניה וסייעו בהמתתם. לבסוף, רופאים היו אלה שזיפו את סיבות ואת מועדי פטירתם בתעודות פטירה שנשלחו למשפחות המטופלים.

חלק גדול מתהליך זה התרחש עוד טרם קבלת ההחלטה להשמיד את היהודים, הצוענים, ההומוסקסואלים וקבוצות אחרות ברחבי אירופה. היטלר מעולם לא נתן פקודה להרוג מטופלים החולים במחלות נפש.

הוא רק התיר זאת במכתב שנכתב באוקטובר 1939, ותוארך לאחר לראשון בספטמבר 1939. על כן, רופאים מעולם לא צוו לאפשר או לבצע את רצח חולי הנפש; אלא לחלופין ניתן להם הכח לעשות זאת. פעילות זו, שיצאה לפועל במוסדות הפסיכיאטריים, עיגנה את הקשר בין "המתת חסד" לבין השמדת היהודים ו"הבלתי רצויים" האחרים בשואה.

ד"ר ליאו אלכסנדר (Leo Alexander), היועץ הרפואי הראשי במשפט הרופאים בנירנברג בשנת 1946, השווה את פעולות הרופאים הגרמניים לאלה של הרופאים ההולנדיים תחת הכיבוש הגרמני, שסירבו לתת יד לצעד הקטן הראשון שהוביל לרצח עם. בדצמבר 1944 הוצא צו לכל הרופאים ההולנדיים על ידי הרשויות הנאציות:

"חובתו של רופא ייעוץ ומאמץ, ובמסירות ככל שביכולתו, לעזור לאדם הזקוק לטיפולו. על הרופא חלה האחריות לתחזוקה, לשיפור ולהמשכיות של חיוניותו, של יעילותו הפיזית ובריאותו של החולה. הגשמת חובתו זאת היא משימה ציבורית."

הצהרה זו נראית לכאורה סבירה ובלתי מזיקה. עם זאת, אנשי מקצוע הרפואה ההולנדיים, שהיו מודעים לשיטות ההשמדה הנאציות, הכירו בכך, שהצהרה זו תשמש כבסיס לקידום סטנדרט חדש של טיפול רפואי. לפי הסטנדרט החדש, עדיפות ראשונה ניתנה לפעולות רפואיות שיתבצעו על מנת להחזיר את המטופלים להיות יצרניים עבור המדינה, במקום הענקת טיפול חומל עם הכוונה להקל על סבלם. בהקשר זה, גם החולים וגם הרופאים היו משועבדים לאינטרסים ולצרכים של המדינה בלבד, השואפת למקסם את היעילות והתועלת הכלכלית.

הרופאים ההולנדיים סרבו, פה אחד, לציית לצו זה. כאשר הנאצים איימו לשלול את רישיונותיהם של הרופאים שסירבו לשתף פעולה בתכניותיהם, הרופאים ההולנדיים החזירו את רישיונותיהם וסגרו את משרדיהם, אבל המשיכו לקבל מטופלים באופן פרטי. כעונש, אסרו הנאצים מאה רופאים הולנדיים ושלחו אותם למחנות ריכוז. למרות זאת, הרופאים עדיין סרבו לחזור בהם. התוצאה היתה שאף לא רופא הולנדי אחד השתתף בהרג, ותכניות הנאצים להשמדה רפואית בהולנד לא בוצעו.

ד"ר גוטפריד אוולד היה אחד מהמעטים שבין הרופאים הגרמניים שבאופן גלוי התנגד ל"המתת חסד" של חולי הנפש. הוא נהג כך למרות שהיה תומך במפלגה הנאצית, אך לא התקבל כחבר המפלגה, קרוב לוודאי כי הוא נפצע במלחמת העולם הראשונה ונותר קטוע יד. לפיכך, הוא היה מנוע מלשרת באופן פעיל ב-SA. השקפתו העיקרית היתה שתכנית "המתת החסד" היתה בניגוד מוחלט למצפונו האישי ולאחריותו המקצועית כרופא חומל ודואג. לפי דעתו תכנית "המתת החסד" הנאצית הפרה גם את האמון בין הרופא והמטופל ומשפחתו.

רופאים אחרים מעטים סרבו להשתתף בהרג. ד"ר פרידריך הולצל (Friedrich Högl) שהיה רופא מאגלפינג-האר (Eglfing-Haar) סירב אף הוא. במכתב למנהל המוסד שלו כתב:

"אני נזכר בהבדל הקיים בין שופט לבין תליין. על כן, למרות כל התובנה האינטלקטואלית ורצוני הטוב, איני יכול להימלט מההבנה שעל פי טבע אישיותי איני מתאים למשימה זו. כמו בהרבה אירועים בחיי אני משתוקק לשפר המהלך הטבעי של דברים, אך אני סולד מבצוע מעשים אלה בדם קר רק לפי עקרונות מדעיים ובלי כל רגישות כלפי מטופלים."

הולצל התפטר לאחר מכן ממשרתו.

תכנית "המתת החסד של המבוגרים - T4", שכבר המיתה 70,000 בני אדם, הופסקה באופן רשמי על ידי אדולף היטלר באוגוסט 1941, הודות למחאה של ראשי הכנסייה הקתולית הפרוטסטנטית באותה עת. היטלר חשש שמחאות נוספות עלולות לגרום ליחסי הציבור גרועים ולהשפיע לרעה על המורל העם בזמן המלחמה בגרמניה. עם זאת, למרות שבאופן רשמי הופסקה "המתת החסד" של המבוגרים,

ההריגה הרפואית הועברה לאתרים חדשים, שכללו בתי חולים בשטחים הכבושים, בתי סוהר ומחנות ריכוז. מספר רופאים גרמניים המשיכו לרצוח את המטופלים במה שנקרא "המתת חסד" (Wild Euthanasia), שבה יותר מ-200,000 בני אדם פגועי נפש וגוף מכל הדרגות האפשריות הומתו. בנוסף, תכנית "המתת החסד" של הילדים המשיכה להתבצע ברחבי גרמניה. במשפט נירנברג שלאחר המלחמה, ד"ר אנדרו אייבי (Andrew Ivy) היועץ המדעי הרפואי מטעם התביעה טען:

"יהיה זה יומרני מדי לאמר, שאדם אמיץ וערכי בודד, נציג אחד ראוי של הרפואה הגרמנית יכול היה, מבלי להתחשב בנוחיותו הפיזית, להציל את כבוד המקצוע כולו. אף על פי כן אני משוכנע שאדם כזה יכול היה לעשות משהו כדי למתן את הזוועות שתוארו בספר זה [Doctors of Infamy: The Story of the Nazi Medical Crimes]. לו אנשי מקצוע היו נוקטים עמדה איתנה נגד ההרג המסיבי של הגרמנים החולים לפני המלחמה, מתקבל על הדעת כי כל הרעיונות והטכניקות של תעשיית ההרג ושל רצח עם, לא היו מתגשמים."

מקורות:

1. Leo M. Alexander, Medical Science Under Dictatorship (Bibliographic Press, 1996, Reprinted from the NEJM, July 1949).
2. Rael D. Strous. Psychiatry during the Nazi era: ethical lessons for the modern professional. Annals of General Psychiatry, 6:8 (27 Feb 2007).
3. Alexander Mitscherlich, Fred Mielke, Doctors of Infamy. The Story of the Nazi Medical Crimes (Henry Schuman, 1949).
4. Michael Burleigh, Death and Deliverance (Cambridge University Press, 1994).
5. Robert Proctor, Nazi Science and Nazi Medical Ethics: Some Myths and Misconceptions. Perspectives in Biology and Medicine, 43: 335-46(2000).

שאלה:

שאלת המצפון הרפואי: האם חשיפת שחיתות (Whistle blowing) הינה מתפקידו של הרופא?

דיון:

במשך תקופת המשטר הנאצי, הרפואה תמכה בעיקור חובה וב"המתת חסד" של החולים במחלות פיזיות ונפשיות, ולאחר מכן בהריגתם של גזעים ו"נחותים". הרופאים ביצעו מעשים אלה על ידי יישום מסקנות מעוותות מהביולוגיה האבולוציונית. התבניות הפילוסופיות והפרדיגמות המדעיות הללו של התאוריה האבולוציונית היו פגומות, ובנוסף היו גם בלתי מוסריות ומנוגדות לכללים הבסיסיים של אתיקה רפואית ושל עבודה קלינית. לדעת חוקרים רבים הסיבה הראשונית לנפילתה של הרפואה הנאצית היה הכישלון של הרופאים [הגרמניים] להתעמת עם מהות הליבה של הערכים הנאציים. בהקשר זה, רופאים רבים מדי הסכימו לזרום עם הזרם הפוליטי. רבים מדי סרבו להתנגד, ורבים מדי סרבו לחרוג מהפרקטיקה שהיתה מקובלת ושהוכתבה על ידי המדינה הגזענית.

זה לא המקום להתייחס לשאלות מדוע היתה התנגדות כה מעטה או מדוע יותר רופאים גרמניים לא סירבו לשתף פעולה. מה שהכרחי לציין הוא שלו היתה התנגדות ניכרת מצד הקהילה הרפואית כפי שהיתה בהולנד, היתה יכולה להיות הצלחה משמעותית בעצירת התהליך של ההרג בשם המדע. דוגמה זו של ההולנדים ממחישה לנו עד כמה מצפון רפואי עשוי להיות כלי משמעותי. מעשי הרופאים ההולנדיים התבססו על השקפתם הערכית שהכתיבה עדיפות ראשונה לאינטרסים של המטופלים, ולא למדיניות

אידיאולוגית, בין אם פוליטית, חברתית או כלכלית. הודות לסירוב שהתבסס על אתיקה מקצועית לקחת חלק בתכנית ההרג, ניצלו חולי הנפש וחולים אחרים ההולנדיים.

אפשר רק לשאול את השאלה הרטורית: מה היה קורה אילו היו יותר מתריעים בשער כמו ד"ר אוולד? המחויבות לדווח על כשירות אוזלת יד, השחתה או התנהגות בלתי הולמת של חבר למקצוע, מה שמכונה לעתים כ- whistle blowing או חשיפת פעילות בלתי חוקית או מוסרית של אחרים, מודגשת בקודים של אתיקה רפואית. לדוגמה, לפי הקוד האתי של ארגון הרופאים הבינלאומי (WMA International Code of Medical Ethics):

"על הרופא לדווח לרשויות המתאימות על רופאים הפועלים בדרך בלתי אתית, בדרך לא כשירה או אלה המעורבים בהונאה או הטעייה."

הסוגיה הרפואית הזו כוללת מגוון של פעילויות, מכנות כלפי מטופלים בהתרחשות של טעות רפואית, עד לחשיפה ציבורית של אוזלת יד או פרקטיקה לא אתית במוסד גדול. ההתרעה עשויה להראות כ"מצפון בפעולה", והמצפון הינו אבן יסוד של האתיקה הרפואית ושל עיסוק מקצועי הוגן. עבודה רפואית מתוך מצפון ומתוך יושרה מקצועית חייבת להיות חוק כל יעבור, ולא יוצאת דופן. פרוש הדבר, שעוסקים ברפואה לא רק יידעו בתיאוריה מה נכון, אלא יהיו חייבים ליישם עקרונות אתיים לטובת מטופליהם.

רופאים יכולים לסרב להיענות לבקשות מסוימות מטעמי מצפון אישי, וכן, לסרב לבצע הליך מסוים מסיבות מצפוניות מקצועיות, בעיקר כאשר ההליך אינו עולה בקנה אחד עם האתיקה הרפואית ועם מטרות מקצוע הרפואי. יותר מכך, רופאים חייבים להתריע על מעשי עוולה משום שאם לא יעשו כך, יפרו את הערכים המקצועיים הבסיסיים המגדירים את תפקיד האדם כרופא.

עם זאת, יישום עקרונות אתיים לעתים לא קלים לרופא. לא קל לרופא לדווח על עוול או לסרב להשתתף בהליך או מדיניות שלדעתו הם בלתי אתיים. לכך עלולות להיות תוצאות המזיקות לו עצמו. דווח אודות מעשים בלתי אתיים עלול להתקבל כבגידה בחבר למקצוע, במפקח או אפילו בחברה שבה הוא חי ועובד. רופא כזה עלול להיתקל בעוונות ועלול לשלם על מעשיו מבחינה מקצועית, חברתית או פוליטית. מכל מקום, ולמרות כל אלה, חובתו המקצועית של הרופא הינה לעשות את הדבר הנכון והאתי. יותר מכך, רופאים אמורים להיות אחראים לשמר את כבודו של המקצוע. לעתים קרובות, רק הרופאים הם אלו הנמצאים בעמדה המאפשרת אבחנה של אי כשירות, אוזלת יד, השחתה או התנהגות בלתי ראויה. על כן, יש להנהיג שינוי בדפוסי ההתנהגות כלפי המתריעים גם בציבור הרחב וגם מתוך המקצוע עצמו. נחוץ שבתי ספר לרפואה ולסיעוד יפתחו תכניות הוראה בהן סטודנטים יכולים להבין את מגוון העקרונות האתיים, המשפטיים ואלו של זכויות אדם, שבין השאר יצדיקו את העמידה בשער ההגינות. מקרים היסטוריים חייבים גם הם להילמד כדי לספק מודלים אמתיים של מצפון מוסרי רפואי.

חלק שני - הרופאים האסירים

רקע היסטורי של הרופאים האסירים

בשנים הראשונות של המשטר הנאצי, הממשלה הנאצית הקימה מחנות ריכוז למעצר יריבים פוליטיים ואידיאולוגיים. בהדרגה, בשנים שלפני פרוץ המלחמה, אנשי ה.ס.ס. והמשטרה כלאו יהודים, צוענים וקורבנות שנהא אחרים במחנות אלה.

על מנת לרכז ולשלוט כראוי על האוכלוסיה היהודית, כמו גם לסייע בגירושם מאוחר יותר, הנאצים ומשתפי הפעולה שלהם במדינות הכבושות הקימו גטאות, מחנות מעבר ומחנות כפייה ליהודים במשך שנות המלחמה.

הגטאות היו רובעים של העיר (לעתים סגורים ומגודרים), שלמעשה, בפועל היו מחנות בהם רוכזו והוחזקו היהודים בתנאי לחץ וקשיי מחיה יום יומיים עצומים. הגטו נוהל מבחוץ על ידי המשטר הנאצי באמצעים אלימים ביותר. הגטו בודד את היהודים על ידי הפרדתם מהאוכלוסיה הלא-יהודית, כמו גם מקהילות יהודיות אחרות.

אחד הצידוקים להקמת הגטאות היה כדי למנוע את התפשטותן של מחלות מדבקות על ידי היהודים. חוקרים אחדים טוענים כי הגטאות נועדו לשמש ככלי רצח עקיף להשמדה פיזית של היהודים, תוך מניעה של אספקת צרכים בסיסיים למחיה, במקום שימוש בנשק קטלני. הנאצים הקימו לפחות אלף גטאות במדינות הכיבוש הגרמני, בפולין ובברית המועצות.

הגרמנים ראו בהקמת הגטאות הללו אמצעי זמני על מנת לשלוט ולבודד את היהודים, בעוד שהמנהיגות הנאצית בברלין שקלה אופציות לממש את מטרת הכחדת האוכלוסיה היהודית. מספר גטאות התקיימו מספר ימים בלבד, אחרים חודשים או אף שנים.

עם היישום של "הפתרון הסופי" (התכנית להשמיד את כל יהודי אירופה) שהחל לקראת סוף שנת 1941, הגרמנים הרסו באופן שיטתי את הגטאות. הם, ועוזריהם, הרגו ביריות את חלק מתושבי הגטאות אותם ריכזו בקברים המוניים בקרבת מקום, וחלקם גורשו למקומות אחרים ולמחנות ריכוז, בדרך כלל ברכבות, שם הם נרצחו.

ניתן לייחס את האסונות שאירעו ברבים מן הגטאות, לתנאים הקשים מנשוא, כאסונות רפואיים. צפיפות בלתי אנושית של האוכלוסיה אפיינה את כל הגטאות, והחיים בהם התמקדו בהשגת אוכל כדי למנוע מוות מרעב וחשיפה למחלות מרוב תשישות. איום של מחלות ורעב היה מוחשי עבור היהודים הרבה לפני הגזירות הקשות של הנאצים, והקהילות היהודיות נאלצו להיאבק כדי לשמור ולנהל את שירותי הבריאות ובריאות הציבור בתנאי הצפיפות הבלתי נסבלים. תושבי הגטו חיו במרחב מוגבל ובמחסור של מזון, מים, דלק לחימום, חשמל, ביוב ותנאים סניטריים. הצרכים הרפואיים היו גדולים והניסיונות לתת מענה לצרכים הללו היו מסובכים ולרוב ללא הצלחה. למרות הקשיים, היו קיימים עוד קודם לכן מוסדות רפואיים שהיה צורך לתחזקם ומוסדות חדשים שנוסדו לפי המצב ולפי צרכי הגטו. הרופאים נשאו בכל הדאגות והספקות כמו בכל מקום, אך עתה נוספו בעיות מיוחדות שהיו קשורות לתנאי החיים הקיצוניים בגטו תחת חסות הנאצית. בגטו היה בלתי אפשרי לטפל על פי אמות מידה נורמאליות במחלות שניתן היה לטפל בהן במקום ראוי.

בגטו התקיימו כל התנאים שתורמו להתמוטטות של מערכת בריאות הצבור ולהתפשטות מחלות מדבקות. אחת הבעיות העיקריות היתה השליטה על התפשטות מחלות זיהומיות כמו טיפוס. למרבה האירוניה, הרשויות הגרמניות ציוו על הקהילות היהודיות בגטו, באמצעות המועצות היהודיות, לטפל

בבעיות אלה, אבל לא סיפקו לרופאים ולצוותים הנלווים את התנאים לעשות זאת ביעילות. השיטה הגרמנית להשתלט על המחלות הזיהומיות היתה להשתמש בהסגר אכזרי ובשיטות חיטוי קשות, או פשוט להעלות באש את בתי החולים על צוותיהם ומטופליהם הלכודים בפנים. למרות קשיים אלה, בגטאות רבים היהודים האחראיים על הבריאות ניהלו מלחמת חורמה כנגד המחלות הזיהומיות ובמקרים רבים אפילו הצליחו זמנית.

על הרופאים היה גם לקחת בחשבון את הסכנות והפחד המתמידים שהפכו לחלק בלתי נפרד מחייהם של תושבי הגטו. המעצרים הגרמניים, שהיו ללא הרף, הפריעו לפעילות הרפואית היהודית, כפי שעשו בכל היבט אחר של חיים.

השלטונות הגרמניים הקימו מחנות כפיה רבים ללא- יהודים ולמיעוט היהודי שאת עבודתם ניתן היה לנצל.

בניגוד למחנות הריכוז ששימשו כמחנות מעצר ומחנות עבודה, מרכזי ההרג או מחנות ההשמדה היו כמעט אך ורק "בתי חרושת למוות". בין השנים 1941 ל-1944, השלטונות הנאציים גירשו מיליוני יהודים מגרמניה, מהמדינות הכבושות וממדינות הצייר (מדינות שהיו קשורות בברית מדינית צבאית עם גרמניה) לגטאות ולמחנות ההשמדה. ה.ס.ס. והמשטרה הגרמנית רצחו כ-2,700,000 יהודים במרכזי ההשמדה על ידי הרעלה, גז או ירי. מחנה ההשמדה הגדול ביותר היה אושוויץ.

רופאי ה.ס.ס. היו אחראיים באופן רשמי לבריאותם של האסירים, אבל למעשה הם זנחו את מחויבותם הרפואית כלפי האסירים והעמידו פנים כאילו הם מתפקדים. במשך השנים הראשונות באושוויץ, הרופאים האסירים, אם הורשו לעבוד בכלל במקצועם, הועסקו בעבודה סיעודית בלבד. בתי החולים נחשבו רק כמקלט מזוועות המחנה או כמקום למות בו בשלווה יחסית. כמעט ולא סופק טיפול רפואי לאסירים חולים, וחולים קשים מאוד העדיפו להימנע מאשפוז בבתי החולים במחנה. עם תחילתן של הסלקציות שבוצעו על ידי רופאי ה.ס.ס., שפסקו את דינם של חולים למוות, עם על ידי הזרקת פנול או על ידי גז בתאי הגז, בתי החולים הפכו למעשה ל"חדרי המתנה למשרפות". לא היו כמעט מכשירים רפואיים או תרופות, ורוב האסירים המטופלים קיבלו טיפול ששם ללעג את כל הסטנדרטים המקובלים של טיפול רפואי. המעטים מבין הרופאים האסירים שהורשו לעבוד במצב זה, לא יכלו למעשה, לעשות דבר כדי להקל את סבל החולים.

כאשר הביקוש לכח אדם גדל בשל המלחמה, ניסה ה.ס.ס. להקטין את התמותה הגבוהה במחנות. רשויות ה.ס.ס. בנו מחלקות חולים חדשות וסיפקו שירותים רפואיים אחרים, ואפשרו העסקה של רופאים נוספים במערכת בתי החולים של המחנה. החלטה זו, בכל אופן, לא הטיבה את התנאים במחלקות הטיפול, אבל הרופאים האסירים הורשו לפחות לנסות לארגן צורה כלשהי של טיפול רפואי לחבריהם האסירים. במספר מקומות רמת הטיפול השתפרה, אבל אף פעם לא הגיעה לרמה המקובלת של טיפול רפואי המתקבל על הדעת.

בשלב זה מערכת בתי החולים של המחנה היתה אחראית לתת טיפול רק לאותם אסירים שמצבם הבטיח התאוששות מהירה וחזרה לעבודה בהקדם. עבור חולים קשים יותר, במיוחד חולים יהודיים, המערכת המשיכה לתפקד ככלי להכחדה. המאמצים הנחוצים של הרופאים האסירים להגן על החולים הקשים והתשושים יותר סוכלו למעשה על ידי רופאי ה.ס.ס., ששלחו מטופלים אלו למוות בתאי הגז. ולכן, לעתים הרופאים האסירים הסתירו, או שחררו, מטופלים לקראת הסלקציות. הרופאים ניצלו את העובדה שרופאי ה.ס.ס. מעולם לא בדקו את המטופלים עצמם, אלא הסתמכו רק על הכרטיסים הרפואיים. אי לכך רופאים אסירים היו מזויפים רשומות רפואיות על מנת לתת סיכוי טוב יותר להישרדות.

רבים מהרופאים היהודים הללו שרדו משום שהיו להם כישורים מקצועיים, ובגלל שהם היו מוכנים או מסוגלים, להשתמש בהם במחנות ובגטאות. הם היו מודעים לשיטה שעיוותה את האתיקה הנורמאלית ואילצה את קורבנותיה לשתף פעולה. השימוש ברפואה על ידי הנאצים שבא לגרום כאב וסבל לקורבנות חפים מפשע, לצד הניסיונות של הרופאים היהודיים להקל סבל ולשמר חיים בהיעדר אמצעים בסיסים ביותר, מדגימה את הקוטביות שעלולה להתקיים כאשר מיומנויות רפואיות מנוצלות למטרות מנוגדות. בעבודתם, במקצועם ובדאגתם למטופלים שלהם, הרופאים מצאו סיבה להילחם בקרב על ההשרדות. הרופאים והאחיות האסירים עשו לרוב כל מה שביכולתם עבור המטופלים, למרות התנאים הקשים מאוד. עבודתם בגטאות ובמחנות העמידו אותם בפני דילמות אתיות שלא נתקלו בהם לפני כן. מספר דילמות אתניות ידונו במקרים שמוצגים כאן.



1. רפואה חסרת תוחלת בנסיבות קיצוניות

תאור מקרה:

ד"ר אלברט האס (Albert Haas) היה רופא יהודי ממוצא הונגרי-צרפתי שגויס על ידי תנועת המחתרת הצרפתית. בשל הלשנה הוא נחשף ונתפס על ידי הנאצים, עבר עינויים קשים ונשלח למחנה הריכוז דכאו. מאוחר יותר הועבר ד"ר האס למחנה הריכוז גוזן II, שהיה חלק ממתחם המחנות במאטהאוזן שבאוסטריה. הוא נשלח לעבוד בבלוק המרפאה ולטפל באסירי המחנה שם שהיו חולים מכדי לעבוד. המשאבים הרפואיים היו מועטים ביותר, והרופאים יכלו לעשות מעט מאוד. הם ניסו להחזיק את מטופלים בחיים בעזרת המעט שהיה ברשותם. רוב המטופלים מתו מרעב, תשישות או נרצחו על ידי השומרים האכזריים טרם קבלת טיפול.

כאשר ד"ר האס הגיע לבלוק המרפאה בגוזן II, הוא ביקש מעמיתו, ד"ר הנרי דסויל (Henry Desoille), שעבד שם זמן מה, לעזור לו להבין מהו תפקידו של הרופא במחנה. ד"ר דסויל השיב: "איך אוכל להסביר לך את חוסר התועלת של מקצוענו במקום זה? אני בטוח שגם אתה היית, כסטודנט, אידיאליסט, עם חלום למגר את המחלות הקטלניות. עבדת קשה ונאבקת כדי להבין את גוף האדם ולבסוף הרגשת מוכן לקראת הקרב האין סופי נגד המוות... כאשר אתה רואה את המטופלים בתוך ה-HKB [אגף המרפאה], תשאל את עצמך האם הגרמנים לא הפכו את שבועת היפוקראטס ללעג האכזרי ביותר."

לאחר ההקדמה של עמיתו, ד"ר האס התעמת עם המציאות של להיות רופא בגוזן. האס כתב בזיכרונותיו:

"כאשר נכנסתי למחלקה ריח חריף ומחליא הסתער לעברי. המיטות היו מלאות בתסבוכות גופות במצב של הכרה מעורפלת, גפיים נטולי בשר נעו באיטיות וללא מטרה, גופות מזוהמות בצואה ובשתן המוטלות זו על זו. על כל מיטה היתה מוטלת ערימה של שישה עד שמונה שלדים חיים שנעו בהילוך איטי כשעורם מתוח על עצמותיהם, עיניהם שרופות וכולטות ללא פרופורציה לראשיהם וגופם התשוש להחריד. היה זה בלתי אפשרי להאמין שפעם היו אלה בני אנוש בריאים ומאושרים... האסירים החולים בדיזנטריה בלתי נשלטת חיכו למותם. הם לא קיבלו כל טיפול וגם מנת האוכל שלהם היתה חצי מזו שניתנה לחולים האחרים."

"לא ניתן היה לעשות דבר מועיל עבור אסירים שחלו בדיזנטריה מלבד לתת להם מים עם אספירין ומספר מילות עידוד כך שהם לא ירגישו שננטשו לחלוטין... לקרבנות הטיפוס, כל מה שיכלנו לעשות היה למנוע התייבשות חמורה בשלב החום."

"ואז היו מרביצים ומכים והפציעות הפכו לנמקיות. אני ניקיתי את הפצעים, והורדתי את החלקים הנמקיים אך בהעדר חומרים מחטאים היה זה רק עניין של זמן עד שהמטופלים פיתחו אלח דם ומתו בין אם מזיהום או בידי הממונים על הבלוק."

"כך התחילה הקריירה המקצועית שלי כרופא הארורים (doctor of the damned) בגוזן II."

מקור:

Albert Haas, The Doctor and the Damned (St Martin's Press, New York, 1984)

רקע:

הרופאים והאחיות האסירים נשלחו לעתים לעבוד במתקנים הרפואיים (צריפים או בלוקים) במחנות הריכוז. הבלוקים הרפואיים הללו נבנו כאשר הנאצים הבינו שהאסירים היוו כח עבודה חשוב לעבודת

כפייה במפעליהם. היה לטובת הצרכים הצבאיים והכלכליים הלאומיים לעשות את המינימום הנדרש על מנת לשמור על בריאותם של האסירים הפועלים על מנת שיוכלו לעבוד. במציאות, הבלוקים הרפואיים היו צריפים ככל שאר הצריפים במחנה, והיו מיועדים לספק לאסירים טיפול רפואי כלשהו. "בתי החולים" הללו היו מצוידים בצמצום ובמינימום אמצעים, והיו עמוסים מאוד במספר רב של חולים, כך שבפועל הטיפול הרפואי היה מוגבל למדי. רוב המטופלים בבלוקים הרפואיים שבמחנות נכנעו למחלתם עוד טרם נשלחו למוות בתאי הגז, או נהרגו באמצעים אחרים כגון זריקות, ירי, או תליה.

שאלה:

הבעיה האתית של חוסר התועלת רפואית: מה יכול רופא לעשות במצבים של חוסר תועלת בטיפול כאשר התקווה אבודה?

דיון:

מקרה זה עוסק בחוסר תועלת רפואית. בהקשר של מוות, כליאה, עינוי, מחלה, רעב ומחסור קריטי במשאבים הרפואיים במחנות הריכוז התעמתו עם המציאות כמיטב יכולתם כרופאים. למרות התנאים המחפירים, רבים מהרופאים האסירים ניסו לטפל בחולים, לשמור אותם בחיים, בריאים ככל האפשר, ולפעמים אפילו סיכנו את חייהם עצמם כדי להציל מטופלים מהשמדה.

המקרה של ד"ר האס מגלה כי, בנסיבות רבות, כל מה שרופאים יכלו לעשות היה להציע טיפול תומך ברמה הבסיסית ביותר: עידוד במילים, ספל מים, כדור אספירין. עם זאת גם המעשים הבסיסיים והאכפתיות שינו את רווחת המטופלים. התרחשויות הדומים למעשים אלה מדווחות בזיכרונותיהם של רבים מהאסירים ששרדו. רבים זוכרים את הגישה האנושית של הרופאים והאחיות שטיפלו בהם כגורם העיקרי שהחזיק אותם בחיים.

רופאים ומטפלים מקצועיים אחרים לא תמיד יכולים לרפא ולהציל את חייהם של המטופלים שלהם. אבל המטרה הסופית צריכה להיות כזו שיש בה כדי לשפר את הפרוגנוזה, הרווחה, הנוחות או המצב הכללי הבריאותי של המטופלים. תכלית המקצוע, המבוססת על מומחיות ואתיקה, הינה לספק למטופליהם את מיטב מאמציהם. כאשר לא ניתן לרפא מחלה או במקרה של משאבים רפואיים מוגבלים או אפסיים, לפעמים כל מה שהמטפל יכול לעשות הוא להיות אדם מנחם וחומל עבור מטופליו. נסיבות ומשאבים רפואיים משתנים בין מטופל למטופל ובכל מצב קליני, הן בהיסטוריה והן בימינו אנו. נסיבות רפואיות יכולות גם לנוע בין תנאים אופטימליים ביותר לטיפול הנוראי ביותר. עם זאת, תפקידו של איש המקצוע הרפואי הוא לספק טיפול חמלה, ללא תלות במצב או בסביבה. אנשי מקצוע הנותנים טיפול רפואי צריכים לעשות כמיטב יכולתם, על מנת למקסם את התנאים לטיפול וריפוי, להקל על כאב וסבל, ולספק את הטיפול הטוב ביותר שהנסיבות מאפשרות.

2.1 ניצול לרעה של ה-Triage הרפואי: הסלקציות הנאציות ("The Nazi 'Selections'")

תאור מקרה 1: Dr Lucie Adelsberger

ד"ר לואיז אדלסברגר, רופאת ילדים, נולדה בשנת 1895 בנירנברג, גרמניה. היא נשלחה לאושוויץ בשנת 1943, שם עבדה כרופאה אסירה במחנה הצוענים ולאחר מכן במחנה הנשים. בזיכרונותיה היא מתארת את תהליך "הסלקציה" (selections) שבוצע על ידי הרופאים הנאצים: "סימן ההיכר של מחנה הריכוז באושוויץ היה הסלקציה. בכך אני מתכוונת למיון של האנשים שנבחרו ונשלחו לתאי הגז ואחר כך למשרפות. הסלקציה יושמה כמעט אך ורק על יהודים, וחולקה לשלוש קטגוריות, לשלושה "רישומים": אלה שהגיעו זה עתה לאושוויץ, אסירים מן המחנה וחולים ממתחם הבלוקים. החולים הזקנים ואלה שלא יכלו לעבוד בשל מחלתם, נלקחו בסלקציה באופן אוטומטי... מנגנון הסלקציה תוכנן בקפידה וכל אדם ידע כל פרט או מהלך שבו. רופא המחנה פקד על אחד או שנים מהבלוקים והורה לאסירים העירומים להסתדר בטור אחד. לאחר מכן, הוא בחר את אלה שסבלו מחולשה, תת-תזונה, בצקת הרעב, גרדת או כוויות שמש - אלו היוו סיבות מספקות על מנת לשלוח לתאי הגז. מספרי הזיהוי של המסכנים הללו נרשמו ותועדו במקום והם הועברו מיד לבלוק הסלקציה ששם הם חיכו למוות, לרוב ללא מזון ובידיעה ברורה על גורלם שנחרץ... הבעיה שלנו באושוויץ היתה לא האם תהיה סלקציה אלא מתי ואיך."

מקור:

Lucie Adelsberger, Auschwitz: A Doctor's Story (Northeastern University Press, 1995).

תאור מקרה 2: Dr Eduard Wirths

ד"ר אדוארד וירטס נולד בשנת 1909 בגרמניה. בהיותו סטודנט בבית ספר לרפואה באוניברסיטת וירצבורג, הוא הצטרף למפלגה הנאצית ובשנת 1933 לפלוגות הסער (Storm Troopers). בשנת 1939 התנדב לשרות צבאי, שובץ בוופן ס.ס. (Waffen S.S.) ושרת בנוורוגיה ובחזית המזרחית, שם נקבע שהוא לא כשיר מבחינה רפואית לשירות קרבי. בשנת 1942 נשלח הרופא לאושוויץ בתור קצין רפואה ראשי. בתחילה, ד"ר וירטס התנגד לסלקציות מוות כמו גם, לא מצא לנכון שהסלקציות יבוצעו על ידי רופאים. למרות זאת, בהדרגה הוא השתכנע שעבודת הסלקציה היתה צריכה להתבצע באחריותם של רופאי המחנה, והוא אישית החל לבצען כחלק מחובותיו הרפואיות. בנוסף, הוא הפעיל לחץ על רופאים בפיקודו להשתתף גם הם בעבודה זו. הסלקציות, שבוצעו על ידי הרופאים הללו, סווגו את האסירים לכאלו ה"מסוגלים לעבוד" ולכאלו שנחשבו "בלתי כשירים"; במילים אחרות, הם החליטו מי ימות ומי יישאר בחיים.

כרופא ראשי, וירטס קבע את מספרי האסירים שנשלחו למוות. מספרים אלה היו מבוססים על יכולת הקליטה של המחנה, וגם על "מכסות" מספרי האסירים הנחוצים לעבודה כפיה, שנקבעו ידי משרד העבודה הנאצי וה-ס.ס. בשל נסיבות המלחמה המשתנות בלי הרף, יחד עם המשלוחים המתמשכים של יהודים, צוענים, ועובדי כפיה ממדינות שונות שהגיעו למחנות, מספרם של האסירים במחנות השתנה לסירוגין. הסלקציות נעשו לעתים קרובות כדי לפנות מקום לאסירים חדשים, לטפל בצפיפות במחנה, למלא את מכסות לייצור וגם כדי למנוע התפשטות של מגפות. וירטס גם היה אחראי (ביחד עם רופאים

ופקידים אחרים במחנה) להחלטה האם להפריד בין אימהות וילדים בזמן בצוע הסלקציה. לאחר המלחמה ד"ר אדואר וירטס נעצר על ידי הבריטים. הוא התאבד בספטמבר 1945.

מקורות:

1. Robert J. Lifton, The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide (Basic Books, 2000).
2. Hermann Langbein, People in Auschwitz (The University of North Carolina Press, 2004).

רקע:

סלקציות באושוויץ

עם הגעתם לאושוויץ, היהודים, הצוענים ואחרים היו צפויים לתהליך קליטה הידועה לשמצה בשם "סלקציה". זה היה למעשה ניצול לרעה, באופן קיצוני, של הפונקציה הרפואית המוכרת כ- triage (המונח המקורי הינו מושג צבאי צרפתי שפירושו שימוש במשאבים מוגבלים כדי לטפל בבעלי הסיכוי הטוב ביותר להינצל).

הסלקציות, לרוב, נערכו על ידי רופא ה-0.0, בשיתוף עם רופאי שיניים, רוקחים ובעלי תפקידים אחרים ב-0.0. הסלקציות היו מבוססות בראש ובראשונה, על מוצא אתני גזעי, גיל ו"כשירות לעבודה". בעלי מאפיינים פיזיים מיוחדים, מולדים או תורשתיים, כגון תאומים - יועדו לניסויים בבני אדם.

רופאי ה-0.0 ביצעו צורות נוספות של סלקציה. אסירי המחנה היהודיים קבלו הוראות בהתראה קצרה להסתדר בשורות, שמתוכם נבחרו החולים והחלשים ביותר למוות, כדי לפנות מקום במחנה למשלוחים חדשים של מגורשים. הסלקציות נערכו גם בבלוקים הרפואיים, בהם הרופאים שלפו מתוך האסירים את התשושים והחלשים, בעיקר את אלו שהיו זקוקים ליותר משבועיים או שלושה כדי להתאושש. רופאי ה-0.0 נועצו כדי למצוא את הדרך היעילה ביותר לארגן ולנהל את הסלקציות. הם המליצו כיצד לארגן את הסלקציות של אימהות וילדיהן. הם שימשו כיועצים רפואיים בנושא מדיניות מכסת ההרג, וחישבו את העלויות הכלכליות ואת ההטבות עבור המשטר הנאצי שבאחזקת אסירים בחיים לעומת התועלת בהשמדתם.

הסלקציות באושוויץ היו למעשה המשך תכנית "המתת החסד" במוסדות לחולי נפש בגרמניה, בהם עקרון הריגת החולים והבלתי רצויים הוגשם זה מכבר על ידי החוגים הרפואיים הנאציים. במילותיו של רוברט ג'יי ליפטון:

"הגרסאות הנאציות של "המתת חסד" והפתרון הסופי נפגשו בבלוקים הרפואיים באושוויץ, ובכך הפכו לגורם חשוב באקולוגיה של רצח רפואי באושוויץ."

מקור:

Robert J. Lifton, The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide (Basic Books, 2000)

שאלה:

מהם השיקולים האתיים בבצוע מיון ראשוני רפואי (medical triage)?

מיון רפואי ראשוני (triage) הינו הפעולה הרפואית של מתן עדיפות לטיפול וניהול המבוסס על אבחון והערכת פרוגנוזה מהירים לכל מטופל. המיון חייב להיות שיטתית וכן לקיחה בחשבון את הצרכים הרפואיים, יכולות ההתערבות הרפואית האפשריות והמשאבים הזמינים.

באופן אידיאלי, המיון הרפואי הראשוני צריך להיות מופקד בידי רופאים מוסמכים, מנוסים או צוותים אחרים כמו אחיות, בסיוע צוות מאומן. השיקולים במיון חולים חייבים להיות מבוססים על המצב הרפואי בלבד ללא התחשבות בשיקולים לא-רפואיים אחרים. הרופא צריך לפעול בהתאם לצרכי המטופלים והאמצעים הזמינים שבידו. הוא חייב לנסות להגדיר סדרי עדיפויות לטיפול שיציל את המספר הגדול ביותר של המטופלים ולהגביל למינימום את התחלואה.

הרופאים הנאציים ערכו מיון רפואי בצורה קיצונית וצינית כחלק מעבודתם, לכאורה המקצועית, במחנות. המיון הרפואי הראשוני שבוצע לא היה במטופלים חולים שהיו זקוקים לטיפול רפואי, אלא באסירים חסרי אונים, חולים שסוגו שלא לפי צרכיהם הרפואיים, אלא על פי הקריטריונים האכזריים שנקבעו על ידי הנאצים כהכרחיים לתפקוד וניהול מחנות הריכוז.

ההחלטות שנתקבלו על ידי הרופאים הנאציים האלה לא היו מבוססות על הנחת היסוד האתית שהמיון הרפואי הראשוני מתבצע על מנת להציל מה שיותר מטופלים, אלא נתקבלו תוך ידיעה ברורה שהחלטותיהם למעשה התובילנה למותם של אלה שנבחרו. השתתפותם של הרופאים בבצוע הסלקציות שהיו למעשה "רצח מאורגן במסווה של מיון רפואי ראשוני", פגעה בצורה קיצונית בידע המקצועי כמו גם במעמד הרופא. הרופאים נאציים האלה שהוכשרו כאנשי מקצוע, היו לרוב רופאים מנוסים שידעו היטב מה משמעותו של מיון רפואי. בבחירתם להסכים לבצע את הסלקציות הבלתי מוסריות במחנות, הם הפירו את כל השיקולים המקצועיים, המוסריים והאתיים.



2.2 צדק בחלוקת משאבים - Distributive Justice

תאור מקרה:

ד"ר אברהם ויינריב (Abraham Wajnryb) נולד בקילצ'ה, פולין בשנת 1912. הוא סיים לימודי רפואה בוורשה. בשנת 1941 הוא עבד במחלקת הבריאות בוילנה כאשר העיר נכבשה על ידי הגרמנים והוקם גטו וילנה. בגטו הוטלה על ד"ר ויינריב האחריות לנהל את בית החולים היהודי. בית החולים פעל בנסיבות קשות עם מאות מטופלים בתנאים מחפירים. הגרמנים אסרו באופן רשמי על אספקת תרופות ליהודי הגטו. איסור זה יצר מחסור חמור באספקה רפואית ובכך, סיכן את חייהם של תושבי הגטו מידי יום. כמנהל בית החולים היה עליו למצוא שיטה להחליט איזה חולים יקבלו טיפול מהאספקה הדלה הזמינה ואילו לא.

ד"ר ויינריב מסביר במילים אלה את הדילמה בסוגיה זו שעמדה בפני הרופאים היהודיים: "למי ישנה הרשות להכריע 'מי לחיים או מי למוות? פשוט לא היו מספיק תרופות לכל החולים. הבעיה לא היתה המספרים, הרי לא ניתן היה להשוות למספרים איתם המעוצה היהודית (Judenrat) התמודדה. השאלה איתה התלבטנו היתה איך לטפל באנשים בצורה אנושית? לאדם לא ניתנת הרשות להכריע בגורלו של אדם אחר, ללא התחשבות במספר אנשים מעורבים..."

הדאגה היתה חמורה: איך לספק את צרכי בית החולים והמרפאות בתרופות? ההספקה הרשמית של תרופות בשביל היהודים נפסקה לגמרי. כשלושה חודשים אחרי שנעל שער הגטו... את הרוקח פרומקין הכרתי בוילנה... פניו קדרו בבואו ובלי הקדמות הציע להקדיש את פגישתנו זו לבעיה אחת בלעדית: בעיית הסיידן. הוא הודיע בקצרה וללא ויכוח כי בעוד חודשיים נעמוד בפני חוסר בסיידן, שאין להשיגו ואין לו תחליף... בשנים ההן נחשב סיידן לתרופה היחידה שיש בכוחה להציל חולי שחפת ממוות... נותרה רק אלטרנטיבה מעציבה: להגביל את כמות הסיידן הניתנת לכל חולה או להפחית את מספרם של חולים שיקבלו את הטיפול. במבט ראשון נראתה הדרך הראשונה צודקת, אבל אין לה ערך מבחינה רפואית - התרופה יעילה רק אם יש כמות מסוימת של סיידן; מתחת לרמה זו יעילות התרופה היא אפסית. הדרך השנייה היא חלקלקה... למי הרשות להכריע? למי סיידן ולמי לא? למי ניתנת ההכרעה להחליט? מי לחיים ומי למוות?"

אף אחד מקרב השלטונות הרפואיים בגטו לא יכול היה לפתור דילמה זו. ד"ר ויינריב החליט להקים ועדה שהורכבה משלושה רופאים פנימיים, רב ועורך דין. בפגישה של הועדה הוא הסביר את חשיבותה של התרופה למטופלים, והדגיש את ההשלכות הנוראות אם הם לא יקבלו אותה. הרב הסביר את עמדתו באומר כי אלוהים הוא זה שנותן ולוקח חיים ואין לבני אדם זכות להחליט. הרופאים האחרים עזבו את החדר. עורך הדין ניסה להסביר את הדילמה מנקודת מבט משפטית. הועדה לא הצליחה לפתור את הבעיה וכולם עזבו החדר.

ד"ר ויינריב נותר עם הבעיה. אספקת הסיידן התמעטה בהדרגה ובסופו של דבר אחרי חודשיים היא נגמרה כליל.

מקור:

א. ויינריב, זכרונות של רופא מגטו וילנה, ילקוט מורשת: כתב-עת לתיעוד ועין, גליון כ"ז, 60-7, חוברת 27, ניסן תשל"ט.

האם הרופא הבודד רשאי להחליט בנושא של צדק בחלוקת משאבים?
מה הם הכלים העומדים לרשות הרופא בתהליך של החלטה?

דיון:

אחד העקרונות המנחים באתיקה רפואית הינו צדק (justice). ניתן לסכם את המושג צדק, שהוא שם נרדף להגינות, כמחויבות המוסרית לפעול על בסיס שיפוט הוגן בין תביעות מתחרות. צדק בחלוקת משאבים ברפואה (distributive justice) פירושו חלוקה צודקת של משאבים מוגבלים. הדעה המקובלת היא שיש לרופא מחויבות לעשות את כמיטב יכולתו לטובתו של המטופל הבודד. אולם, במצבים בהם המשאבים מוגבלים, היכולות של הרופאים למלא לאחר מחויבות זו יכולות להיות מוגבלות. בשיח ובדיונים חברתיים על צדק בחלוקת משאבים ברפואה, נטען כי חובה על הרופאים, בהסתמך על ניסיונם המקצועי, להגן על האינטרסים של מטופליהם. מאחר, שהרופאים אינם חייבים בהכרח לקבל החלטות בעצמם במקרים מסוימים, חיוני הוא שרופאים ישתתפו בדיון ובתהליך קבלת ההחלטות על מנת לשמור ולקדם את האינטרסים של המטופלים ברמה חברתית.

המקרה של חלוקת המשאבים המוגבלים בגטו וילנה, מתאר דוגמה קיצונית של צדק ברפואה. הרופא, ד"ר ויינריב, חייב היה להחליט. הוא הכיר בחשיבותם של החברים האחרים בתהליך קבלת ההחלטה, על כן הקים ועדה מאנשי המפתח בגטו. הוא קיווה שוועדה איתת זו תגיע לכדי החלטה צודקת ומקובלת מבחינה מוסרית. ניתן להשוות את המקרה הנדון לדרך בה מתקבלות החלטות על צדק ברפואה היום בחלוקת משאבים לארגונים שונים וגם בהקשר חברתי ופוליטי נרחב יותר. למרות זאת, המקרה הזה גם מלמד שבאין פתרון צודק הבעיה נשארת בעינה ולא נעלמת. לחלופין, הרופאים עדיין מתעמתים עם הדילמה האתית וחייבים לעשות כמיטב יכולתם בנסיבות הקיימות.

ישנן שתי דרכים בהן אותה ועדה יכלה לגשת לדילמה נוראה זו: הגרלה או קביעת סדרי עדיפויות (triage). קביעת סדר עדיפויות מיושמת לעתים קרובות במצבים בהם אין די כח אדם רפואי, פעולות רפואיות או תרופות לכל הנזקקים להם. בקביעת סדר העדיפויות במצב חירום, בני אדם בעלי הסיכויים הטובים ביותר לחיות יקבלו טיפול בעדיפות ראשונה. בעלי הסיכויים הנמוכים יותר לשרוד יהיו האחרונים בקבלת הטיפול, אם בכלל. במקרה הנדון, של כמות מוגבלת בתרופות, סביר להניח שבעלי הסיכויים לשרוד היו נבחרים על ידי הוועדה והיו מקבלים את הטיפול. יתרונה של שיטה זו הוא שאנשים בעלי הסיכוי הטוב ביותר לשרוד יקבלו את הטיפול. חסרונה של השיטה הוא שלא לכל הנזקקים יש סיכוי שווה לקבל את הטיפול, והיה על הוועדה לקבל החלטות שכנראה היו מחישות את מותם של חלק מהחולים.

הגישה השנייה לפתור את הבעיה היתה על ידי הגרלה. אם מניחים שחיי כל אדם שווים, אזי לכולם היה צריך להיות סיכוי שווה לקבל את הטיפול. הוועדה יכלה ליצור תהליך בו הוחלט על המספר המרבי של מקבלי התרופה, ולאחר מכן בחירת אקראית של המטופלים. יתרונה של דרך זו הוא שאין בה שאלה של הגינות, ויד המקרה הוא שקבעה את הנבחרים. ההחלטה לא נעשית בידי חבר הוועדה או פרט אחר. חסרונה הוא שאדם בעל סיכויים קטנים יותר לשרוד יקבל את התרופה הדרושה היקרה שאולי לא תועיל לו, במקומו של אחר בעל סיכויים טובים להחלים.

3.1 גילוי זהות מקצועית מול סכנת מוות

תאור מקרה:

ד"ר גוטפריד בלוך (Gottfried Bloch) נולד בשנת 1914, בבוהמיה. הוא למד בבית ספר לרפואה בפראג, אבל אחרי פלישת הגרמנים לצ'כיה בשנת 1938, נאלץ לעזוב בסמסטר האחרון משום שסטודנטים יהודיים לא הורשו עוד להמשיך וללמוד. אחרי הסיפוח הגרמני הוא עבד במרכז קהילתי יהודי כיועץ פסיכולוגי.

בשנת 1943, ד"ר בלוך ומשפחתו נשלחו לגטו טרזין (Theresenstadt). הוא עבד בגטו כרופא, שם התוודע להיעלמותם של אנשים "במשלוחים מסתוריים למזרח". אחרי מספר חודשים בגטו טרזין, ד"ר בלוך עצמו גורש לאושוויץ-בירקנאו, והיה לאסיר במחנה המשפחות הצ'כיות. אחרי שסומן בקעקוע עם מספר על זרועו, נאמר לו על ידי אסיר אחר שרק אנשים שלהם זקוקים הנאצים לצרכי עבודה יש סיכוי טוב להישרד. זמן קצר לאחר מכן, הוא שמע שריקה ולאחריה פקודה לכל הרופאים להתייצב במסדר ולהירשם.

בזיכרונותיו, כותב ד"ר בלוך שהוא ידע שזה יהיה "רגע מכריע בחיי". הוא היה צריך לקבל החלטה האם לחשוף את העובדה שהוא היה רופא או אם לאו. באותו זמן לא היה לו כל מושג על משמעות החלטה זו. בלוך רץ במהירות והתייצב בשורה עם חבריו האסירים. הם חיכו עד אין קץ להגעת רופא ה-ס.ס. המתח היה בלתי נסבל. כאשר הרופאים האסירים הסתדרו כולם בשורה, ורופא ה-ס.ס. סקר אותם, בלוך יצא מן השורה והסביר שהוא עדיין לא רופא מוסמך. רופא ה-ס.ס. צחק ("היה זה הצחוק הראשון והאחרון ששמעתי אי פעם באושוויץ.") וצוה עליו לעבוד בצריף בית החולים. לפי דבריו של ד"ר בלוך, החלטה זו הצילה את חייו. הוא כותב:

"הרגשתי הקלה עצומה בקשר למשימה שקיבלתי. אני חשדתי שההחלטה בדבר מקצועי היתה חשובה. לא ידעתי אז עד כמה היא היתה הרת גורל."

ד"ר בלוך המשיך לעבוד במחנות שונים באושוויץ. הוא הצליח לשרוד משום שיכל היה לעבוד כרופא. (רופאים אסירים היו דרושים במיוחד במחנות מסוימות כדי לטפל באסירים האחרים ולתחזקם על מנת שיוכלו לעבוד). בלוך נשלח לאחר מכן עם צוות של רופאים אסירים למחנה עבודה, אורדרוף, שם בריאותו האישית התדרדרה מתשישות ומזיהום של פצעים ברגליו. אחרי שהחליט לעזור לאסיר חבר, למרות בריאותו הרופפת, הוא התבקש שוב לעבוד כרופא.

"חשבתי על הנגעים על ברגליי, שכאבו לי עם כל צעד, ושהוסתרו בזהירות על ידי מכנסי. יכולתי להיות זה ששוכב על השולחן. ידעתי שהדקות הבאות יהיו מכריעות אם אהפוך למטופל ואזרק כמו אשפה אנושית חסרת תועלת, או אם אתקבל שוב כרופא..."

חייו ניצלו שוב בשל העובדה שהוא הודה שהוא רופא.

מקור:

Gottfried R. Bloch, Unfree Associations. A Psychoanalyst Recollects the Holocaust (Red Hen Press, 1999).

שאלה:

האם צריך רופא תמיד לגלות שהוא רופא בעת הצורך?

המקרה לעיל מתרחש במצב קיצוני שבו רופא נקרא לעסוק במקצועו למרות הנסיבות המסוכנות, הבלתי בטוחות והמפחידות. במקצוע הרפואה, ייתכן ויהיו מצבים בהם רופא נקרא לתת עזרה רפואית בעוד חייו שלו עלולים לעמוד בסכנה. בעוד שרופאים אינם נדרשים מבחינה משפטית לפעול כ"שומרים טובים", החובה המוסרית בדרך כלל, מתבקשת שייענו לקריאה "האם יש רופא כאן בבית?"

אחת המעלות של מקצועות הרפואה הינה החובה לטפל. אדם ההופך לרופא נוטל על עצמו את החובה להשתמש במיומנותו כמיטב יכולתו. הבטחה זו היא חובה כשלעצמה והרופא אמור מוסרית למלא את חובתו אפילו אם היא מסכנת את חייו שלו. קשה מאוד לכמת "סכנה", כך ששאלת חובתו של הרופא המסוים לטפל נתונה במחלוקת, במידה ונשקפת סכנה מיידית לשלומו האישי.

החובה לטפל אינה מוגדרת בצורה ברורה. היא מקיפה את הכללים האתיים הרפואיים הבסיסיים של הטבת המטופל (beneficence), מניעת נזק למטופל (non-maleficence), מתן כבוד לאוטונומיה של המטופל, כמו גם, העקרונות האתיים האחרים העתיקים והמוכרים.

משמעות ערך חובת הטיפול יכולה להיות שונה מטיפול לטיפול, מאדם לאדם ובניסיונות כאלה ואחרים. יש לשקול אותה בהקשרים אחרים של זכויות, מגבלות ומידות שונות של אחריות. דוגמה העולה בהקשר זה כשמדובר ברופאים הנדרשים לטפל בחולים הסובלים ממחלות מדבקות קשות, למשל סארס (SARS) או בשנים הראשונות של הטיפול באיי.דס. האם חייבים רופא או אחות לטפל בחולים הללו? יש לרופאים ולאחיות המטפלים במחלות זיהומיות קטלניות, או במטופלים מסוכנים, החובה לדאוג לעצמם, לילדיהם ומקורביהם ולהגן עליהם מזיהום או מסכנה. אפשר להתווכח אם רופאים או אחיות הנמנעים מלבצע את חובתם לטפל במקרים יוצאים מן הכלל, לא בהכרח נוהגים כבלתי מוסריים או מפקירים את מטופליהם, תהיינה התוצאות כאשר תהיינה.

ד"ר בלוח היה מודע לכך שלהחלטתו לצעוד קדימה, לומר את האמת ולהצהיר על הסטאטוס שלו כרופא מתלמד, עשויות להיות השלכות גורליות על חייו. הוא הכיר בכך שהחלטה זו גם עלולה לסכן את הבטיחות האישית שלו או מצד שני להציל את חייו. הוא הבחין כי החלטתו היתה מכרעת ושבדרך זו הוא יכול היה לקבל מעמד של עובד הכרחי באיזה תפקיד במחנה. וכן הבין, שמעמדו הרפואי עשוי היה להיות דרך להבטיח לא רק את הישרדותו, אלא גם את הישרדותם של חבריו האסירים שהיו זקוקים לעזרתו הרפואית.

האם ד"ר בלוח קיבל את ההחלטה המוסרית הנכונה בשתי הנסיבות? מה היה קורה אם הוא היה בוחר לא לגלות שהוא רופא?

3.2 טיפול באויב

תאור מקרה 1:

ד"ר אלחנן אלקס (Elkhanan Elkes) היה המנהיג הנבחר של המועצה היהודית בגטו קובנה שבליטא. בתפקיד זה היה עליו לעתים קרובות לקבל החלטות של חיים ומוות שהשפיעו לא רק על מטופליו, אלא גם על הקהילה היהודית כולה. בגטו קובנה, כמו בכל הגטאות האחרים, הרופאים היהודיים לא הורשו לטפל במטופלים לא-יהודיים, ולרופאים הלא-יהודיים נאסר על טיפול ביהודים.

יום אחד, רב סמל של ה-ס.ס., שטיץ, שהיה ממונה על עניני היהודים בגטו, חש ברע. הוא ביקש מד"ר אלקס, שהיה פנימאי ידוע, לבדוק אותו ולרשום לו תרופה מתאימה. בעוד חוקי הגזע הנאציים אסרו על הרופאים היהודיים לטפל בגרמנים, החוק לא תמיד נשמר בשטח על ידי מנהיגי ה-ס.ס., אשר לעתים, ביקשו טיפול רפואי מרופאים יהודיים. שטיץ, שהיה אדם אכזר וכבר פיקד וניהל הוצאות להורג בגטו, היה גם ידוע כגזלן רכוש מיהודי הגטו.

ד"ר אלקס נקרע בין חובותיו כמנהיג הקהילה היהודית בגטו, לבין מילוי חובתו כרופא. הוא החליט לבדוק את הרב סמל הנאצי, ורשם לו את הטיפול הנדרש. לאחר האירוע ד"ר אלקס סיפר לאברהם טורי, חבר יהודי מהגטו:

"החולה זה, שהגורל אילץ אותי לבדוק, היה מזעזע באופן קיצוני. רק לגעת באדם שידיו מגואלות בדם של יהודים - היה נורא. אבל אני מניח שעשיתי מה שהיה עלי לעשות. ייתכן שסייעתי להציל חיים אחרים."

מקור:

AbrahamTory, Surviving the Holocaust. The Kovno Ghetto Diary (Harvard University Press, 1990).

תאור מקרה 2:

ד"ר זיגמונד קלוקובסקי (Zygmunt Klukowski), רופא פולני בן 55, עבד במרבית שנות המלחמה כמנהל בית החולים המחוזי של זמושץ' בשצ'ברזשין. בנובמבר 1942, הוכרז באופן רשמי שמחוז זמושץ' יהיה האזור הראשון של ההתיישבות מחדש בפולין של היהודים על ידי הנאצים, בו כ-60,000 יהודים כבר נרצחו כחלק מהתכנית הנאצית לטיהור האתני. בנוסף, יותר מ-100,000 פולנים גורשו בכח מהאזור ונשלחו למחנות עבודה בכפייה. במשך המלחמה ד"ר קלוקובסקי, שהיה חבר במחתרת הפולנית, כתב יומן בהסתר. להלן מספר קטעים מיומנו:

"23 יולי 1940: המנתח האזורי מבילגוראד, ד"ר סנאקי, קרא לכל הרופאים ונתן לנו את ההוראות הגרמניות החדשות בנוגע לטיפול ביהודים. לנו אסור לחתום על אישור כלשהו כגון אישורי שחרור מעבודה. אוסרים עלינו מלטפל ביהודי באשר הוא יהודי. אחרי שבחנתי את ההוראה ואמרתי שאין בשצ'ברזשין אפילו רופא יהודי אחד, הסכימו הגרמנים שאותו בית החולים יוכל להעניק טיפול רפואי ליהודים לשעה אחת בלבד בכל יום, ורק אם אין מטופלים אחרים נוכחים במקום. אבל עדיין נאסר עלינו לאשפז יהודים בבית החולים, למעט מקרים של מחלות זיהומיות... נאלצתי לשחרר מבית החולים כמה יהודים... רבים מהם השארתי בבית החולים כדי להגן עליהן מפני הגירוש למחנות עבודה ולאו דווקא בגלל מחלה כלשהי..."

8 מאי 1942: ב-15:00 לערך, גיהינום אמתי החל בעיר. הגיעה מזמושץ' קבוצה של אנשי גסטאפו. הם הורו על היודנראט [מועצת היהודים] לספק מאה יהודים לעבודה בכפייה, וזאת בהתראה של כשעה אחת בלבד... כעבור שעה הגסטאפו, בעזרת השוטרים, החלו לתפוס את היהודים, המטירו רירות... הם ירו באנשים כאילו היו ברווזים, והרגו אותם לא רק ברחובות אלא גם בבתיהם... גברים, נשים, ילדים ללא

הבחנה... פנו אלי יהודים לבקש עזרה. שלחתי צוותים מספר עם אלונקות לאסוף את הפצועים. זמן קצר לאחר מכן התחלתי לחשוב: ניתנו לי הוראות... לא לתת ליהודים כל עזרה רפואית. אז התקשרתי לתחנת המשטרה ונאמר לי שיהודים אינם העסק שלי. התקשרתי לרופא המחוזי בבילגוראז'. הוא אמר לי שלבית החולים אין רשות להעניק כל עזרה ליהודים כי יש בעיר רופא יהודי... שלחתי כמה אנשים לפתח בית החולים להסביר שאסור לנו לאשפז יהודי כלשהו.

ב-4 אחרי הצהריים. שני אנשי גסטאפו, שוטר וחבר "המשטרה הכחולה" נכנסו לפתח בית החולים כשהם חמושים ברובים, ושאלו אם אשפזתי או עזרתי ליהודי כלשהו. עניתי להם בשלילה. בסביבות 5 אחרי הצהריים. ד"ר בולונטי, הרופא היהודי היחיד בעיר, הגיע אלי, והתחנן לעזרה. לצערי היה עלי לסרב לעזור בדרך כלשהו. נהגתי כך בגלל הצווים הנוקשים של הגרמנים. היה זה בניגוד לתחושותיי ובניגוד לחובותיי כרופא. אני עדיין יכול לראות בעיני את העגלות המתמלאות במתים... והפצועים השרועים על המדרכות מעבר לבית החולים שלי... שם נאסר עלי להגיש להם כל עזרה."

מקור:

Zygmunt Klukowski, Diary from the Years of Occupation, 1939-1944 (University of Illinois Press, 1993).

שאלה:

כיצד רופאים צריכים להתנהג בקשר לטיפול בחולים המוגדרים כאויב?

דיון:

במקרים לעיל, הרופאים, אסיר יהודי (ד"ר אלקס) ואזרח "כבוש" פולני (ד"ר קלוקובסקי), נדרשו לטפל (או לא לטפל) בחולים אשר הוגדרו כשוייכים לאויב. נסיבות המלחמה הכתיבו את ההגדרות מהו "אויב", אף על פי שהרופאים לא תפקדו בכל הקשר צבאי. אבל הדילמות האתיות עשויות להיות דומות למה שאנשי רפואה לסוגיהם עשויים לפגוש במיוחד בשרות הצבאי.

הדילמות האפשריות יכולות להיות: האם לטפל בחולים ובפצועים או לא? האם להישמע לקול המצפון או לסמכות חיצונית? האם לדבוק בקודים האתיים המסורתיים או להישמע להוראות של רשויות המדינה, לקצין בצבא או לשומר בבית סוהר? האם על הרופא להגן על בטחונו האישי או לסכן אותו על ידי ניסיון לטפל או להציל אחרים?

המקרים הללו מלמדים ששינוי במצב צבאי או פוליטי עשוי גם להוביל לחוסר עקביות ושונות בבחירות אתיות ובקבלת החלטות.

בעת מלחמה, אנשי מקצוע הרפואה נמצאים לעתים קרובות במצבים שעליהם להעמיד על כף המאזניים את אחריותם ואת מסירותם למטופליהם, כנגד נאמנותם לצד שלישי. בנסיבות מסוימות צבאיות (או אחרות) עקרונות אתיים של הטבה עם המטופל (beneficence), אוטונומיה (autonomy), מניעת נזק מהמטופל (non-maleficence), אינם בהכרח עולים בקנה אחד עם המחויבות האזרחית של הרופאים. הרופא בשדה הקרב או בכל מקום באזור מלחמה, עשוי להתעמת עם דילמות אתיות רבות, כולל הטיפול בשבויים ומתן עדיפות בטיפול לפצוע או לאזרח אויבים.

מצבים כאלה מעלים את הבעיה של נאמנות כפולה הבאה לידי ביטוי בקונפליקט שבין החובות המקצועיות כלפי המטופלים, לבין המחויבות לצד שלישי. הם עלולים להוביל להסתבכותם של רופאים בהפרת זכויות אדם ואי הקפדה על כללי האתיקה הרפואית. מצבים מסויימים עלולים לצוף, כאשר

הביטחון האישי של הרופא מאויים על ידי סמכות צבאית או ממשלתית. למי מחויב הרופא ולמי הרופא איננו מחויב?

כאשר אנשי צוות רפואי נקרעים בין החובות לרפא מצד אחד, לבין תמיכה ביעדים צבאיים מצד שני, עולים מתחים העלולים להוביל לתוצאות בלתי נמנעות. אודות זכויות אדם וזכויות אתיות של אנשי צבא וגם אזרחים. כאשר רופאים ניצבים מול קונפליקט של נאמנות למדיניות לאומית או מדינית, לבין עקרונות החוק ההומניטארי הבינלאומי והאתיקה הרפואית, הם חייבים לבחור באפשרות השניה.



3.3 טיפול רפואי בנסיבות מסוכנות - מחויבות של רופא/אחות

תאור מקרה:

בשלהי סתיו 1944, גטו לודז' חוסל זה מכבר. מתוך יותר מ-200,000 יהודים שחיו בו נותרו רק כ-600-900 יהודים היו חלק מצוות הפינוי וחיו במחנה עבודה שמור היטב. 300 האחרים הסתתרו במרתפים, בבתים נטושים ובבונקרים סודיים.

לילה אחד, גבר הגיע בחשאי למחנה. אשתו, שהתחבאה בבית נטוש, דיממה למוות אחרי שילדה תינוק זכר. לאחר שביקש את עזרתו של מנתח שסירב לעזור, נאמר לו שבמחנה ישנה מיילדת שאולי תסכים לעזור. המיילדת, רחל הרשנברג (Rachel Herschenberg), היתה נשואה ואם לנערה בגיל העשרה, ששמה סולומאה (Solomea). משפחת הרשנברג שרדה בגטו לודז' מאז שנסגר ב-1 במאי 1940.

רחל בחרה ללכת עם האיש כדי לעזור לאשתו ולילוד. סולומאה מספרת:

"במרתף מוסווה ומטונף, אמי בדקה את האישה המדממת קשות, אחזה בשיליה בידיים חשופות לא מנוקות וללא כפפות. היא חיכתה עד שהדימום פסק, בדקה את התינוק וחזרה לבדה אל המחנה. סאלי," היא דיווחה, ופניה קרנו מגאווה, "זהו בן זכר בריא ויפהפה."

רחל החליטה לערוך ביקור נוסף ליולדת כדי לבדוק באם הכל כשורה אחרי הטיפול. סולומאה ניסתה להימנע ממנה לעשות זאת:

"הו לא אמא, זה לא ביקור שאחרי לידה, זהו מסע מסוכן. את מתגרה במוות. למנתח היה מספיק שכל ישר כדי לסרב. חוץ מזה האישה הייתה די טיפשה להסתתר בהיותה בהיריון. זהו כרטיס כפול למוות אינני מבינה איך בעיצומו של רעב, הרס וגירוש מישעי נכנסת להיריון!" רחל ענתה:

"כמיהתה לאינטימיות חזקה מאוד אפילו בתנאים תת-אנושיים. אמנם הרעב עושה רבים מאתנו א-מיניים... האינך רואה משהו סמלי בלידה כזו?"

סולומאה השיבה: "לא, אני רואה סכנה לחיך ואיני מעוניינת בסמלים. אל תתני לי למות בלעדיך ואל תגרמי לי לשרוד בלעדיך. אל תלכי!"

אחרי שהתייחסה לפחדיה של הבת רחל ענתה לה:

"הנאצים לקחו מאיתנו את הזכות להרות וללדת ילדים. יש לי את כל הכישורים הנחוצים ליילד תינוקות, והתינוקות הם ההבטחה של החיים. הם הלידה מחדש של עמנו!" רחל ביקרה שנית, לבדה. היא חזרה קורנת משמחה ועם ככר לחם. לאם ולתינוק שלום.

מקור:

Solomea Kape, The Midwife of Łódź,

<http://www.kozerawski.com/2010/12/27/lodz-ghetto-the-midwife-from-lodz-by-solomea-kape/>

שאלה:

האם חייב רופא לטפל בחולה כאשר חייו שלו נתונים בסכנה?

דיון:

במקרה זה המיילדת היוותה את הבעיה של ניגוד אינטרסים: האינטרס העליון של המטופל הוא לקבל טיפול רפואי הולם, בעוד שהאינטרס האישי של המטפלת הוא להישאר בחיים. יש למיילדת בעייה במחויבותה: חובתה לטפל באנשים המבוססת על הכשרתה המקצועית, והמחויבות שלה כאם.

המסורת של האתיקה הרפואית מאמצת את העיקרון שאנשי מקצוע הרפואה (רופאים, אחיות ואחרים) צריכים לטפל בחולים הנזקקים לעזרתם גם אם הם מסכנים את עצמם. אין פירושו שהם אמורים להתעלם מן הסיכונים לעצמם, אבל חששות אלה לא צריכים להיות בעדיפות ראשונה. כאשר אדם מאמץ את מקצוע הרפואה, הוא נשבע שבועה להיות מרפא, ולעמוד בשירות החולה. באופן כללי, מצופה שעל אנשי רפואה לעשות כל מה שהם יכולים כדי לעזור למטופל. זה ייחשב מעל ומעבר לחובתו לצפות מרופא (או איש מקצוע רפואי אחר) לוותר על חייו למען החיים של אדם אחר, בו בזמן צפוי כי הוא/היא יפעל באומץ ובאנושיות בשעת צורך.

המקרה המתואר לעיל נוגע בעיקרון של חובתו של הרופא (duty). לרופאים, לאחיות ולמיילדות יש חובה לטפל בזולת. אך בדוגמה המתוארת מתפקידם גם להגן על משפחתם הקרובה. כיצד אפשר לשקול את החובה המקצועית מול החובה להגן ולדאוג למשפחה? באותה מידה שלא מצופה שאדם יקריב את חייו על מנת להציל מטופל, גם לא מצופה שאדם יפקיר בן משפחה למוות כדי להציל אדם זר. במקרה הזה, למיילדת הייתה בת בגיל העשרה. אפשר לשאול מה היתה המיילדת מחליטה לו בתה היתה תינוקת.

המקרה של המיילדת מלודז' מדגימה היבט אחר של אנושיות ושל מקצועיות רפואית: מהות החופש שיש לאדם לקבל החלטות ובחירות כדי לזכות במשמעות בחייו. ויקטור פרנקל, הפסיכיאטר היהודי ששרד את השואה, מדגיש זאת בספרו "האדם מחפש משמעות". לפי התיאוריה שלו של לוגותרפיה, פרנקל מציין, כי אפשר לקחת מאדם את רכושו, משפחתו, כבודו ופרנסתו, אבל מה שלא ניתן לקחת מן האדם הוא יכולתו לחשוב, להתנסות ולקבל החלטות אישיות. רחל הרשנברג, המיילדת, מחזקת במעשיה את גישתו של פרנקל. לא היתה לה חובה מוסרית לסכן את חייה או את חיי משפחתה למען חיי הזולת, ולמרות זאת, היא עשתה בחירה מודעת, מצפונית ומקצועית לסכן את חייה שלה על מנת לעזור למטופלת. על ידי מעשה זה רכשה משמעות לחייה, למרות התנאים הכה מעיקים בגטו.

מקור:

Victor Frankl, Man's Search for Meaning (Pocket Books, 1984).

3.4 שינוי עמדות אתיות

תאור מקרה:

כשהנאצים כבשו את לבוב ביוני 1941, פרופסור לודוויג פלק (Ludwik Fleck), בקטרילוג ידוע, איבד את ביתו, והוא ומשפחתו אולצו לעבור לגור בגטו. בגטו, פרופסור פלק, יחד עם מספר עמיתים, המשיכו במחקר על חיסון נגד מחלת הטיפוס. במאמצים רבים ולמרות התנאים הקשים, הם הצליחו לפתח חיסון. החיסון, שהתבסס על השתן של מטופלים יהודיים, הציל חייהם של חולים רבים שחוסנו בו. כל עוד שהחולים קיבלו טיפול נגד מחלת הטיפוס, הם היו מוגנים מפני סלקציות המוות. בינואר 1943, פרופסור פלק ואשתו גורשו לאושוויץ. באושוויץ חלה בטיפוס, אך משום שהוא חיסן את עצמו בגטו, מחלתו היתה קלה יותר. למרות שפלק עבד תחילה עבודת פרך באושוויץ, הוא מונה מאוחר יותר לבצע מטלות מעבדה במחקר בקטרילוגי לאסירים.

בינואר 1944 פרופסור פלק נשלח לבלוק 50 בבוכנוולד לערוך מחקר על חיסון למחלת הטיפוס. יחד עם שני עמיתים, הוא גילה שהחיסון שפותח במקום היה למעשה לא יעיל. עם הידע הזה, פלק ועמיתיו קיבלו החלטה מודעת להמשיך בייצור החיסון המדומה כמעשה חבלה בעבודתם של הרופאים הגרמניים. חיסון בלתי יעיל זה נשלח לצבא הגרמני עבור החיילים. על פי עדותו של פלק אחרי המלחמה, לרופאים הנאציים שעבדו על החיסון ידע מוגבל ביותר על המחקר. ידע מוגבל זה, אפשר לפרופסור פלק ולצוותו להמשיך בייצור החיסון המדומה. בו - זמנית פלק ועמיתיו הצליחו לייצר חיסון יעיל, בו השתמשו לחסן את חבריהם האסירים. חלק מהחיסונים היעילים נשלחו גם לגרמנים כבקרה כך שהמזויפים לא נתגלו מעולם. לאחר המלחמה, פרופסור פלק העיד במשפטי נירנברג כעד מומחה נגד תאגיד התרופות I.G.Farben, שערך ניסויים בבני אדם ביחד עם רופאי ה-SS. לשם פיתוח חיסונים.

רקע:

מחלת הטיפוס המתפשטת על ידי כינים, היתה המחלה הזיהומית השכיחה ביותר בשתי מלחמות העולם, כמו גם במלחמות קודמות. תנאים בלתי סניטריים וצפיפות אוכלוסיה, כמו בגטאות או במחנות הריכוז הביאו להתפשטות המחלה מאדם לאדם וגרמו לתחלואה בממדים של מגפות. הרשויות הגרמניות היו, במיוחד, מודאגות שמחלת הטיפוס תתפשט לחיילים ולאזרחים הגרמניים. הפחד מטיפוס וממחלות זיהומיות אחרות, הווה אחד השיקולים להקמת הגטאות של היהודים בשטחים הכבושים. הגטאות עצמם הפכו לשטחי "הסגר" כדי להגביל את המחלה, בעיקר לאוכלוסיה היהודית. הרופאים הצבאיים הגרמניים הכירו בכך שתנאי צפיפות יתר ותנאי תברואה ירודים בגטו יהיו עשויים להוביל לריבוי מקרי מחלת הטיפוס בקרב אוכלוסית הגטו. באחדים מהגטאות הרופאים הגרמניים, יחד עם הרופאים היהודיים, שתפו פעולה בהתמודדות במלחמה נגד מחלת הטיפוס.

כאשר השלטונות הגרמניים חשדו שמגפת הטיפוס הולכת ומתפשטת, הם פעלו במהירות ובאכזריות. בדצמבר 1941, כאשר מחנה הצוענים (שתחילה מנה כ- 5,000 בני אדם) בגטו לודז' היה נגוע בטיפוס, המשטרה הגרמנית וה-SS. רוקנו את המחנה ושלחו את כל הצוענים למחנה חלמנו, שם הם נרצחו. דוגמה אחרת הינה גטו קובנה בליטא, בו ב-4 לאוקטובר 1941, הגרמנים הוציאו להורג 2,000 אנשים בגטו הקטן, כולל אלו בבית החולים היהודי, אשר נשטף בדלק והוצת עם כל החולים ואנשי הצוות שהיו לכודים בתוכו. הפחד מטיפוס הווה אחד הצידוקים לרצח. בכל הגטאות במזרח אירופה, כמו גם במחנות הריכוז, רופאים אסירים יהודיים וגם לא- יהודיים, בדרך

כלל עשו את מיטב יכולתם על מנת לשלוט על התפשטות המחלות הזיהומיות למרות תנאי הצפיפות הקשים והתברואה הירודה ביותר. הם עשו זאת כדי להציל את חייהם של חבריהם האסירים. בנוסף, רופאים אלה גם ניסו להסתיר או להסוות כל התפרצות מחלת הטיפוס ומחלות אחרות מן הרשויות הרפואיות הגרמניות. הם היו מודעים שאם הגרמנים יגלו את המחלות הללו במחנות או בגטאות, יהיה סיכוי גבוה ביותר שאנשים רבים ייהרגו.

מקורות:

1. Ludwig Fleck, Survivor Testimony/Document 0-3/650, Yad Vashem, Jerusalem.
2. Naomi Baumslag, Murderous Medicine: Nazi Doctors, Human Experimentation, and Typhus (Praeger, 2005).
3. Robert S. Cohen, Thomas Schnelle eds., Cognition and Fact. Materials on Ludwig Fleck (Reidel Publishing Company, 1986).

שאלות:

האם נכון היה מבחינה אתית לייצר את החיסון המזויף?
האם קיימות נסיבות בהן נכון מבחינה אתית לשנות ערכים רפואיים?

דיון:

ד"ר פלק ועמיתיו לא עבדו בסביבת מחקר טיפוסית. הם היו אסירים במחנה ריכוז וחייהם, כחיי בני משפחתם, אם היו עדיין בחיים, היו בסיכון בכל רגע. אף על פי כן, הם בחרו להשתמש בידע הרפואי שבידם, כדרך היחידה שהיתה ברשותם, הן כדי לעזור לחבריהם האסירים וגם כדי לחבל במאמץ המלחמתי הגרמני. הם הכירו בכך שזיוף נתוני מחקר היה בלתי אתי בנסיבות רגילות, וכי מעשיהם לא ייטיבו עם החיילים הגרמניים, ואפילו יפגעו בהם. אבל למרות היותם כלואים וחשופים לסכנה מתמדת, הם השתמשו בידע המדעי שלהם כהזדמנות אסטרטגית להתנגד לנאצים. מנקודת מבטם של האסירים הייתה זו פעולה מוצדקת. המציאות הקשה במחנות הריכוז הנאציים לא אפשרה קבלת החלטות על ידי רופאי המחנה האסירים שתאמו את הערכים האתיים שהיו אמונים עליהם בעבר.

מצפים מן העוסקים ברפואה לאמץ ערכים של אמת ושל כנות. אבל מצבים שונים עלולים לייצור מציאות שונה וסטנדרטים שונים בהם קשה לשפוט מהי כנות ומהי אמת מבחינה אתית. אבל מה קורה כאשר ערכים אלה מתנגשים בערכים מהותיים אחרים כמו החיים עצמם, או הטבה עם החולה (beneficence) או חופש הבחירה? האם יש הצדקה לשקר או להתנהג בצורה בלתי אתית אחרת אם מעשים אלה יצילו חיי אדם או חיי קהילה, או אם מונעים עוול משווע?

במקרה זה, האם היה זה מותר מבחינה אתית לספק לחיילי האויב חיסון שהיה ברור שאינו יעיל? השאלה מעמתת את הפעולה הצבאית (אספקת חיסון מזויף לאויב) עם מהותה של שבועת היפוקראטס המורה "אל תזיק". בנסיבות מלחמה למי הרופאים חייבים את נאמנותם? האם הרופא מחויב להציל חיים של אלה הנחשבים להרוג בני אדם חפים מפשע? במלחמה, האם יש לרופא המעורב בה תמיד את האפשרות לפעול בהגינות אתית מרבית? מהי הגינות אתית במצב קיצוני כזה?

3.5 היענות

תאור מקרה:

מיקלוס ניזלי (Miklos Nyiszli) נולד בשנת 1901 בזמלו, רומניה. הוא התחיל את לימודי הרפואה בבית הספר לרפואה בקלוג, המשיך בקיל שבגרמניה והשלים את לימודיו בשנת 1930 בברסלאו. בשנת 1944 ד"ר ניזלי גורש, יחד עם אשתו ובתו, לאושוויץ-בירקנאו. בהגיעם לבירקנאו הם נבחרו על ידי רופא ה-SS, ד"ר ג'וזף מנגלה (Josef Mengele), להצטרף לקבוצת האסירים המיועדת לעבודה במחנה. מנגלה צווה על כל הרופאים שבקבוצה זו לצעוד קדימה מן השורות ואמר להם שהוא מחפש רופא בעל ניסיון ידע בפתולוגיה. לאחר שנחקר על ידי מנגלה, ניזלי הופרד מהקבוצה, גולח, חוטא וסומן עם קעקוע בידו. הוא נלקח לאחר מכן לחדר ניתוח משופץ על מנת לבצע נתיחות לאחר המוות.

ד"ר ניזלי נצטווה לבצע נתיחות על גמדים ותאומים שהיו מושאים לניסויים, כמו כן, גם על גופות אסירים אחרים שנותרו לצורך מחקר רפואי. ניזלי נדרש לשלוח את הדוחות האנטומיים שלו למכון קייזר וילהלם לאנתרופולוגיה, התורשה ואאוגניקה (Kaiser Wilhelm Institute on Anthropology, Hereditary Science and Eugenics) שבברלין. כחלק מתפקידו היה עליו בנוסף לספק טיפול רפואי לצוות ה-SS. וגם לאנשי סונדרקומדו (Sonderkommando) שהיו אלו האסירים היהודיים שפינו את הגופות מתאי הגז והעבירו אותן למשרפות.

תוך כדי עבודתו, ניזלי גילה את פרטים מדויקים אודות הניסויים הרפואיים הברבריים, כמו גם את השיטות בהן השתמשו כדי לרצוח את הקרבנות. הוא כותב שוב ושוב שלא הייתה לו כל צפייה לשרוד את המחנה, אבל הוא גם ידע שולול ביצע את חובתו המקצועית כרופא היה נרצח. ניזלי רושם: "שערוטיי סמרו, פשוטו כמשמעו, כשחשבתי על כמה למדתי במשך שהותי הקצרה במשרפות, וכמה עוד הרבה הייתי צריך ללמוד מבלי מילה של מחאה, לפני שמגיע תורי. הבנתי את הבלתי נמנע ברגע שעברתי דרך שער המשרפות, אבל עכשיו אני מודע לסודות רבים כל כך. לא היה לי הספק הקטן ביותר שהייתי כבר אדם מת. אי אפשר לקוות שד"ר מנגלה והמכון בברלין-דהלן, יאפשרו לי אי פעם לעזוב מקום זה בחיים".

ד"ר ניזלי וצוות אסירי הסונדרקומדו, תיעדו פרטים אודות המבצעים הפושעים, הקורבנות, השיטות וכלי הרצח ההמוני. חברי הסונדרקומדו חתמו על המסמך וקברו אותו. בעוד שמסמך מסויים זה לא נמצא מעולם, מסמכים דומים אחרים נתגלו אחרי המלחמה.

בינואר 1945, ד"ר ניזלי הועבר למחנה מטהאוזן, שם שוחרר על ידי הגדודים האמריקאים במאי 1945. אשתו ובתו שוחררו בברגן-בלזן. אחרי המלחמה ד"ר ניזלי חזר לעיר אורדאה, שם עבד כרופא. במאי 1956 ד"ר מיקלוס ניזלי נפטר מהתקף לב.

זיכרונותיו פורסמו לראשונה ב-1946, והיו לאחת העדויות הראשונות ומוקדמות המפורטות ביותר אודות הניסויים הנאציים, תאי הגז והמשרפות באושוויץ.

מקור:

Miklos Nyiszli, Auschwitz. A Doctor's Eyewitness Account (Arcade Publishing, 1993).

האם זה אתי לרופא להיענות להוראות האויב?
האם זה אתי לרופא לשתף פעולה עם מעשה לא מוסרי?

דיון:

אף על פי ששני הרופאים היו מעורבים בעקרונות ובמטרות של המחקר, ד"ר מנגלה וד"ר ניזלי לא עבדו מתוך אותה מטרה. מחקרו של ד"ר מנגלה נועד לעזור לבסס את התיאוריות הביו-גזעניות של הנאצים, כמו גם, לקדם את מטרותיו האישיות האידיאולוגיות, האקדמאיות והמקצועיות. בעוד שד"ר ניזלי שהשתתף במחקרו של מנגלה כרופא ופתולוג, עשה זאת כאסיר כדי להציל את חייו ואת חי משפחתו. מטרות הרופאים היו בהחלט שונות זו מזו.

אדם שלא עבר או שלא חי בנסיבות כאלה, אינו מכיר מהם הגבולות או הפיתויים שבהיענות או שיתוף פעולה. אנו חייבים להיות ענווים וצנועים, בשיפוטינו האתית מפרספקטיבה של מרחק. יתר על כן, אפילו בדוגמאות הנפלאות ביותר של אנושיות, הנסיבות והזמנים תורמים משמעותית ועושים את ההבדל. במקרה של ד"ר ניזלי, בכל אופן, עולות מספר נקודות:

1. הוא ביצע את חובתו כרופא משום שאם היה מסרב, כנראה היה גוזר את גורלו ואת גורל משפחתו למוות. אי אפשר להתכחש לעובדה זו.
2. הוא לא השתתף בסלקציות, אלא ביצע רק את תפקידו של פתולוג. הוא לא גרם למות אסירים, וגם לא היה יכול להציל את חייהם. בנקודה זו, הוא יכול היה להציל רק את חייו עצמו, או אולי על ידי היענותו, את חייהן של בתו ושל אשתו.
3. הוא עבד כרופא ועזר לחלק מפושעי ה-0.0.0. וגם לאסירים אחרים במקום. בתפקיד זה הוא מלא את חובתו כרופא, עזר לאחרים לשרוד ובו בזמן נעשה בקיא יותר בתהליך ההשמדה.
4. כאשר ניתנה לו הזדמנות, הוא תיעד את השיטות הרצחניות של תהליך ההשמדה הנאצי. פעולה זו שעלולה היתה להביא להריגתו, כוונתה היתה לספר, בשם הצדק, לדורות הבאים את מה שראה. אחד הלקחים העיקריים שעלינו ללמוד ממקרה זה, הוא שעלינו להתייחס ל"היענות" או "שתוף פעולה" כזה במידה רבה של ענווה. מה אנחנו היינו עושים? אלו בחירות היינו עושים? והיום כשאנו מתבקשים במדינותינו, להיענות למדיניות, תקנות וחוקים שאינם הוגנים או צודקים, מה עלינו לעשות? ואולי קיימת שאלה מקבילה: מה היינו עושים כדי להבטיח ו/או לסכן את ביטחונם של בני משפחתנו ויקירנו? משתנה אחר ומסובך יותר עולה בקריאת ספרו של ניזלי והוא: גאווה בעבודה. ד"ר ניזלי אכן התגאה בעבודתו. עדות לכך, נמצאת בתיאורים המדויקים של ניתוחים לאחר המוות, ממימצאיו ומרשומותיו הקליניות. אף על פי שגאווה בעבודה בתנאים נורמאליים מובנת ואפילו רצויה, גאווה בעבודה כזו גורמת לתחושה של אי נוחות. למרות זאת, אולי הגאווה בעבודה היא זו שאפשרה לניזלי לשרוד את הגיהנום של עבודה וחיים במשרפות אושוויץ.

4. הפלות: נקודת המבט של הרופאים הנאציים ושל הרופאים האסירים

תאור מקרה 1: הפלות שבוצעו על נשים יהודיות בריאות בגטאות
ד"ר אהרון פרץ, גינקולוג בגטו קובנה, מתאר כיצד רופאים יהודיים ניסו להגן על נשים הרות. בזיכרונותיו הוא כותב:

"הודות להשתדליותי, הותר לנשים בחודשים השמיני והתשיעי להיריון להמשיך עד הסוף. נשים בהיריון החלו להסתתר מעין הרופאים, ולא היו יוצאות עוד לרחוב. בתפקידי כמיילד הרשמי של בית החולים היה עלי לדאוג שהלידות תישמרנה בסוד. תוך מתן הוראות למיילדות ולילודות כיצד להסתיר את ה"פשע", הוריתי להן להזעיק אותי רק במקרה של סיבוך..."

באתי לכלל הכרה, כי בגטו אין מנוס מההפלה, שהיתה מותרת בימים כתיקונם רק כאשר האישה היתה נתונה בסכנת חיים. לא השחפת או מחלה רצינית אחרת נחשבו עוד כמסוכנות להיריון, אלא הגסטאפו ותכניות ההשמדה שלו..."

אל בית החולים החלו פונות בהמוניהן נשים בכל חודשי ההיריון. ניגשתי אל המלאכה ברוח קודרת ובלב כבד."

מקור:

ד"ר אהרון פרץ, במחנות לא בכו. רשימות של רופא. (מסדה בע"מ, 1960)

תאור מקרה 2: הפלות שבוצעו במחנות ריכוז

ד"ר גיזלה פרל (Gisella Perl) היתה גינקולוגית יהודייה ממרמרוש, זיגט בטרנסלבניה. בשנת 1944 היא גורשה לאושוויץ עם הוריה, בעלה ובנה. היא היחידה ששרדה. ד"ר פרל טיפלה בנשים באושוויץ. שם במחנה היא ראתה במו עיניה נשים הרות שנזרקו בעודן בחיים למשרפות. ד"ר פרל נזכרת בספרה: "אך בהדרגה האימה הפכה לתחושת התקוממות ותחושה זו טלטלה אותי מאדישותי והעניקה לי תמריץ חדש לחיות. הייתי חייבת לשרוד. זה היה תלוי בי אם להציל את כל הנשים ההרות במחנה C מגורל התופת. היה תלוי בי להציל את חייהן של האימהות, אם לא היתה דרך אחרת, אז על ידי השמדת חייהם של אלה שטרם נולדו להן. חזרתי בריצה אל המחנה ועברתי מבלוק לבלוק כדי לספר לנשים מה ראיתי. לעולם לא יוכל אדם עוד לגלות את מצבן. היה עלינו להעלים את מצבן, ככל יכולתנו, מפני ה-ס.ס. מפני השומרים ואפילו מפני ראש הבלוק... תחילה לקחתי את הנשים בחודש התשיעי להיריון... יילדתי נשים בהיותן בחודש השמיני, השביעי, השישי, החמישי, תמיד במהירות, בחמש אצבעותי, בחשכה, בתנאים נוראיים..."

איש לא ידע לעולם מה משמעות הייתה זו עבורי להשמיד תינוקות אלה. אחרי שנים על גבי שנים של עבודה רפואית, יילוד תינוקות היה בשבילי הנס הגדול והנפלא ביותר של הטבע. אהבתי את התינוקות האלה לא כרופאה אלא כאם, והיה זה שוב ושוב ושוב הילד שלי שהרגתי כדי להציל את חייה של האישה. בכל פעם כשכרעתי על הצואה שכיסתה את הרצפה של הביתנים כדי לבצע לידה ללא מכשירים, ללא מים, ללא כל כלים היגייניים, התפללתי לאלוהים שיעזור לי להציל את האם או שלא אגע עוד לעולם באשה הרה. ולולא עשיתי זאת היו האישה והיילוד נרצחים באכזריות. אלוהים היה טוב אליי. למרבית הפלא, מה שנשמע לכל רופא כסיפור מהאגדות, כל אישה, מאלה שבהן טיפלתי, החלימה ויכלה שוב לעבוד וחייה ניצלו, לפחות לזמן מה."

רקע: השימוש של הנאצים בהפלות ככלי אאווגני

לאורך כל תקופת ויימר בגרמניה, חקיקה בנושא ההפלות היתה במחלוקת. היו תנועות שתמכו בהפיכת ההפלות לחוקיות, אך רופאים רבים התנגדו להתרתן. עם עלייתם של הנאצים לשלטון בשנת 1933, חל שינוי פוליטי גדול בכל תחומי החברה. ארגוני הרופאים וקבוצות רופאים שבעבר התנגדו להפלות החלו מעתה לתמוך בהשקפה הנאצית שהאמינה בשימוש של הפלות על בסיס גזעני.

מדיניות ההפלות הנאצית, שהתבססה על עקרונות טוהר הגזע, כללה שני עמדות עיקריים מקוטבים: חוק לאיסור הפלות לנשים גרמניות בריאות (אאווגניקה חיובית) ומנגד, התרת הפלות חוקיות לנשים גרמניות חולות, כמו גם לנשים לא-אריות (אאווגניקה שלילית).

מדיניות איסור הפלות לנשים אריות הייתה בעלת חשיבות עליונה עבור הנאצים ונאסרו הפלות לנשים גרמניות בריאות. נשים שעברו הפלות הורשעו בדין על פי החוק. בכתב העת הרפואי הרשמי של בוואריה הוגדרה הפלה כצורה של בגידה. הממשלה ניסחה ופרסמה רעיון המכונה "המשפחה האידיאלית המונה ארבע נפשות" ונשים זכו במדליות "צלב הכבוד של האימהות הגרמנית" לפי מספר ילדיהן. הגישה לכל סוגי אמצעי המניעה נאסרו לנשים אריות בריאות. הפלות הותרו רק במקרים בהם נשקפה סכנה לחיי האם הגרמנייה הבריאה. רופאים נאציים המליצו בדרך כלל על נישואים כפתרון להיריון מחוץ לנישואים. למרות שהפלות היו בלתי חוקיות לנשים גרמניות בריאות, הפלות מסיבות גזעניות היו מותרות על פי החוק לנשים מסוימות. חוק העיקור של שנת 1935 התיר הפלות על בסיס אאווגני לנשים שהיו כבר מועמדות לעיקור. יתר על כן, משרד הפנים עודד רופאים בשרות בריאות הציבור להגיש בקשות לביצוע הפלה (ועיקור) למטופלותיהם הגרמניות ה"אנטי חברתיות".

התכנית הנאצית כוונה במיוחד לנשים יהודיות ו"נחותות" אחרות, כמו זונות. לפי ההשקפה הנאצית, אלה היו הנשים ש"זיהמו" את המאגר הגנטי הארי והבטיחו המשכיות קיום דורות של גזעים מסוימים שנחשבו כ"בלתי ראויים לחיים". בשנת 1938 הכריז בית המשפט בלונברג על הפלה בגדר חוקי לנשים יהודיות.

עם תחילת מלחמת העולם השנייה, המדיניות הנאצית לגבי הפלות הוקצנה עוד יותר. באביב 1942, הנאצים הוציאו צווים האוסרים על לידות בחלק מהגטאות. עונש מוות על לידת ילד יהודי הוטל על הנשים היהודיות, על ולדותיהן ועל כל המשפחה. כמו כן, במחנות הריכוז במידה והתגלתה אישה הרה, היא נאלצה לעבור הפלה שאם לא כן היתה נשלחת למותה.

נשים פולניות ומזרח אירופאיות שעבדו כעובדי כפיה במפעלים הגרמניים, אולצו לעבור הפלות על מנת שתוכלנה לחזור ולהמשיך בעבודתם מוקדם ככל האפשר. מדיניות נאצית על פיקוח האוכלוסין קבעה: "כאשר נערות ונשים בשטחים הכבושים במזרח עוברות הפלות, אנו יכולים להיות רק מרוצים; בכל מקרה, אנחנו לא צריכים להתנגד לכך. הפיהרר מאמין שעלינו לאשר ולעודד סחר באמצעי מניעה. איננו מעוניינים להיות עדים להתרבות האוכלוסייה הלא גרמנית."

"יהיה הכרחי אפילו לפתח מוסדות מיוחדים לבצוע הפלות, ולהכשיר מיילדות ואחיות למטרה זו. האוכלוסייה תתרגל לביצוע הפלות מרצון במידה, ומוסדות אלה יתפקדו ביעילות. על הרופאים להיות מוכנים לעזור בכך. במקרה שתתגלה איזו שהיא פרצה באתיקה המקצועית שלהם. אין לדווח לרופאים הרוסיים, או לארגוני הרופאים הרוסיים, על פקודה זו. יש ליידע אותם שההיריונות הופסקו בשל בעיות של מצוקות חברתיות."

1. Robert. N. Proctor, Racial Hygiene. Medicine under the Nazis (Harvard University Press, 1988).
2. (Deadly Medicine. Creating the Master Race. (USHMM, 2004).

שאלה:

מה הוא תפקידו של רופא בסוגיה אתית של הפלות?

דיון:

ההסתדרות הרפואית העולמית (WMA) מחייבת רופאים לכבד חיי אדם מבלי להתחשב בנסיבות. בהקשר להיריון והפלות זהו נושא מורכב. אילו חיים יש לכבד אם גם לולד/עובר וגם לאישה נשקפת סכנה? נסיבות של ניגוד אינטרסים בין טובת האם לבין טובת העובר, יוצרים דילמות ומעלים שאלות לגבי הצורך בהפסקת ההיריון או לא.

בגטאות ובמחנות הרופאים האסירים העדיפו להתחשב, בראש ובראשונה, בחיי האם, בין השאר משום שהיה סביר שלתינוק סיכוי נמוך ביותר לשרוד בסביבה כזו. בנוסף, הנסיבות המסוכנות הכתיבו לרופאים לפעול על פי שיקול דעתם בסביבה הקשה והלא בטוחה שמשנתנה ללא הרף. רוב הרופאים פעלו על פי מצפונם המקצועי והאישי בבצעם הפלות. הם רצו להציל את חייהן של הנשים ההרות; למרות שההיריון לא סיכן את בריאות האם, חייה היו בסכנה לו ההיריון היה מתגלה.

ניתן לשאול האם זו חובה או זכות להישמע למצפון אישי בנסיבות כל כך מסוכנות. נשקל מצב שבו רופא שמתנגד לבצוע הפלות מבחינה מוסרית, ונסיבות קשות ביותר בהן האישה והעובר בסכנת מוות ללא התערבותו של הרופא בבצוע הפלה. זו הייתה הדילמה שעמדה בפני הרופאים היהודיים: מצפונם הורה להם להתנגד להפלות, אבל, בו בזמן הם הבינו את הכרח בבצוע הניתוחים האלו. באותה עת, מצפונה של ד"ר פרל הורה לה להמית את התינוקות כדי להציל את האימהות. בכל זאת, כעבור שנים אחרי ששרדה את השואה, היא חשה אשמה על הריגת אותם התינוקות.

רופאים צריכים לכבד, כמיטב יכולתם, את קשת הגישות השונות לגבי הזכות לחיים של עוברים שטרם נולדו. עליהם לפעול על פי חוק, אך בו בזמן גם בהתאם לערכים ולמצפון האישי. אמנם, קביעת מדיניות או חקיקת חוקים אינם מתפקידם של הרופאים, אך חובת הרופאים היא לנסות ולהבטיח את הגנת המטופלים, ובו בזמן, לשמור על זכויותיהם בחברה. על כן, במקרים בהם החוק מתיר ביצוע הפלות מסיבות טיפוליות, הפעולה חייבת להתבצע על ידי רופא כשיר ומוסמך, במקום ראוי ומורשה על ידי השלטונות.

אין ספק, שהחוקים הנאציים שאסרו או התירו הפלות בנשים מסוימות על פי גזען, היו לא אתיים לחלוטין. הרופאים שביצעו את ההפלות האלה (שלא היו למטרה טיפולית כלל) פעלו נגד כל העקרונות האתיים. הם לא שקלו את טובת המטופלות. הם ביצעו ניתוחים בנשים, לא בגלל שחייהן היו בסכנה, אלא פשוט על מנת לקיים את המדיניות הגזענית הנאצית ששלטה באותה עת.

כיום, מקובל מאוד שאם רופא משוכנע, מכל סיבה, שלא להתיר או ליעץ לבצוע הפלה, מותר לו לפרוש בתנאי שיבטיח את המשכיות הטיפול הרפואי על ידי עמית למקצוע. אין דיווחים על רופאים גרמניים שסירבו לבצע את ההפלות האלה. בהקשר זה, המטרה החברתית והצרכים הגזעניים של המדינה הנאצית קיבלו עדיפות על פני הצרכים האישיים והרפואיים של המטופלים. כך, שוב, ניתן לראות כיצד מצפון אישי ומקצועי עשוי להיות מושפע במידה רבה על ידי התקופה, הנורמות התרבותיות והחברתיות ועל ידי הנסיבות.

5. טיפול בחולים הנוטים למות

תאור מקרה:

ד"ר אלי כהן (Elie Cohen), רופא יהודי מהולנד, היה רופא אסיר באשוויץ. במהלך שהותו במחנה הריכוז, הוא היה עד לשליחתם של אלפי אסירים למוות בתאי הגז. בנוסף, הוא ראה את הסלקציות שאירעו בביתנים הרפואיים. בזמן הסלקציות הללו, החולים היו צריכים לצעוד לעבר הרופא הנאצי, שלאחר מכן בחר, לעתים, בצורה שרירותית ביותר, את אלה שאישר להם לחיות ואת אלה שגזר עליהם למות בתאי הגז. הכלל הבסיסי היה שמטופלים שהיו מאושפזים במשך זמן ארוך יותר משבועיים נשלחו למוות בתאי הגז. ד"ר כהן היה מודע היטב להיגיון הנאצי שגזר על מטופלים מוות בתאי הגז. יום אחד, לאחר שנודע לו על סלקציית המוות הקרובה, ניגש אל ד"ר כהן אחד החולים הסופניים שהיה כבר מאושפז בבלוק החולים במשך שבועיים. המטופל ידע שגורלו נחרץ להישלח את מותו וביקש: "כהן, אבקש ממך טובה גדולה מאוד. האם תדאג לי לכמות מספקת של תרופות כדי להבטיח שלא אהיה עוד בהכרה כשאלך לתא הגז?"

ד"ר כהן סירב לבקשתו של המטופל ולא נתן לו כל תרופה. הוא נזכר אחרי כך: "מדוע לא נתתי לפרופסור ההוא כל תרופה? ובכן, זה כמובן היה מקרה כואב מאוד עבורי אשר ציער אותי מאוד. זה מפני שפחדתי לתת! מפני שלא רציתי לסכן את חיי שלי שלא לצורך. הוא עמד למות בכל מקרה, ואני אז הייתי... כן, עשיתי את חשבון הנפש שלי, האמינו לי. זה לא שאני מחפש צידוקים. אבל זה מה שחשבתי אז: האם עלי לסכן את חיי בגלל משהו שכבר נגזר עליו, כן... נגזר עליו למות, הוא הלך למות, היה זה הוא שפשוט נלקח לתא הגז? יכולתי לעשות זאת. אבל לא עשיתי זאת. לא עשיתי זאת."

מקור:

Elie A. Cohen, *The Abyss. A Confession* (W W Norton & Company, 1973).

שאלה:

מהי העמדה האתית בטיפול בחולה הנוטה למות?

דיון:

המקרה של ד"ר כהן אינו מקרה רגיל. הוא עצמו, כמו המטופל שלו, היו אסירים במחנה הריכוז אושוויץ. תחת התנאים הקשים ביותר האלה, ד"ר כהן עסק בטיפול רפואי במטופל שנטה למות. האדם שבו מדובר, גסס, וביקש מן הרופא להקל את סבלו וגם ואת מותו. המטופל, בידיעה שהוא הולך למות בכל מקרה, היה מפוחד ומיוסר בשל הנסיבות.

הרופא היה בעמדה כזו שיכול היה לעזור למטופל שלו, אך על ידי מעשה זה עלול היה להעמיד את עצמו בסיכון גדול מפני הרופאים הנאציים. מה יכול היה לעשות? האם הייתה חובה אתית להקל על הסבל למרות הסכנה? האם היתה זה מחוייבות אתית לעזור למטופל למות כשמותו היה בלתי נמנע?

מהי חובת הרופא בטיפול בחולים הנוטים למות?

הדיון האתי בימינו על תפקידו של הרופא בטיפול של חולה הנוטה למות, מתנהל לעתים על פי הטענה שסיוע של רופא עשוי להיות בחירה הגיונית עבור אדם גוסס שבחר להימנע מכאב וסבל רב בימיו האחרונים. העזרה הרפואית אינה תמיד מרפאת או בעלת יכולת ריפוי, אבל עשויה להקל גם על סימפטומים רגשיים, רוחניים או פסיכולוגיים.

מספר ערכים מעורבים בטיפול במטופלים הנוטים למות. המטרה העיקרית של הרופא בטיפול שכזה

צריכה להיות לאפשר למטופל למות בכבוד וללא סבל. הסוגיות האתיות הקשורות לשיח זה כוללות: ערך החיים, עיקרון האוטונומיה, הטבה עם החולה (beneficence) ומניעת נזק למטפל (non-maleficence). הדילמה הבסיסית היא כיצד למצוא איזון בין קדושת החיים לבין עיקרון האוטונומיה. כמו כן, יש גם צורך להחליט היכן למתוח את קו הגבול בין הערכים אלה.

מיקומו של קו זה שנוי במחלוקת. ערכים אלו אינם מוחלטים. סביר להניח, שכאשר קדושת החיים ורצונו האוטונומי של המטופל להאריך את החיים עולים בקנה אחד, יש לכבדם. מצב זה נכון במידה והטיפול לא מהווה סכנה למטופל, גם אם לדעתם של המטפלים, הטיפול חסר תועלת. אולם, כאשר רצונו האוטונומי של המטופל דורש טיפול העלול לקצר את החיים, ומכאן, עומד בניגוד לערך קדושת החיים, מצבו המנטאלי של המטופל הופך לגורם חשוב בתהליך קבלת ההחלטות. מקובל, שבמידה והמטופל הנוטה למות הינו בעל דעה צלולה, אז כיבוד האוטונומיה והכבוד העצמי עולים בחשיבותם על כיבוד ערך החיים.

יש שיטענו שסיוע של רופא לאדם הנוטה למות אינה מותרת מבחינה אתית, משום שהדבר נוגד במישרין את החובה המסורתית של הרופא לשמר חיים ולא לגרום נזק.

כאשר נשקלות ההחלטות בנוגע לטיפול בחולים הנוטים למות, עולות דילמות אתיות מורכבות. הנחיות ההסתדרות הרפואית העולמית (The World Medical Association) קובעות כי: "אסור לרופאים להזניח את הנוטים למות, אלא עליהם החובה לספק טיפול חומל, גם אם אין סיכוי לרפואם". הרופא, כמובן, נדרש לקחת בחשבון את ערכיו האישיים והוא צריך לפעול על פי מצפונו.

כדי להימנע מקונפליקטים אתיים ובמקביל לעודד טיפול הולם למטופלים הנוטים למות, יש אלו שמציעים שימוש של "הוראות מקדימות" או "צוואה בחיים" על מנת לכבד את זכויות המטופלים. בנוסף, ישנן מדינות בהן המחוקק דאג לזכויות הנוטה למות כדי להתמודד עם מצבים של אי וודאות אתית הקשורים בנושא מורכב זה.

במקרה לעיל אין תשובות חד משמעיות. הנסיבות היו קיצוניות, ובתנאים ההם ד"ר כהן קיבל את החלטתו על פי תחושתו כנכון לעת ההיא. לא זו בלבד שמותו של המטופל היה קרוב, אבל חייו של ד"ר כהן היו בסכנה לו היה בוחר לספק את התרופה המקלה. ד"ר כהן, בדיעבד, הצטער על החלטתו, גם שהיה עדיין באושוויץ, כמו גם מאוחר יותר בחייו.

תאור מקרה 1:

ד"ר אלברט האס (Albert Haas), רופא יהודי ממוצא הונגרי-צרפתי, גויס על ידי תנועת המחתרת הצרפתית. בשל הלשנה, נחשף ונתפס על ידי הגרמנים, שעינו אותו ושלחו אותו לאחר מכן למחנה דכאו. מאוחר יותר נשלח ד"ר האס למחנה ריכוז גוזן II, שהיה חלק ממערכת מחנות ריכוז מאטהאוזן ליד העיר לינץ באוסטריה.

הוא מונה לרופא ראשי בבית החולים של המחנה על ידי רופא ה-ס.ס. פטטר. כשתוכנן "יום של סלקציה" היה עליו להגיש לפטטר רשימת אסירים ומספריהם. האסירים היו חייבים לעמוד עם גבם אל רופא ה-ס.ס. שהיה אמור לבדוק ואותם ולבחור מי מהם לשלוח לתאי הגז. במידה ואסיר יכול היה להעביר את אגרופו בין רגליו, היה זה סימן שאותו אדם היה כחוש מידי ולכן "מתאים לתאי המוות". האסירים שנבחרו נלקחו ולא חזרו עוד לעולם.

בזיכרונותיו, ד"ר האס כותב שהרופאים ואנשי הצוות היהודיים ידעו שאותם חולים חברים נהרגו, אבל הם לא ידעו כיצד. כדי להציל את חייהם הוא החליט החלטה לשקר, ולומר להם שהיה לטובתם להשתחרר מבית החולים. הוא כותב:

"אני סירבתי לשחק תפקיד בסלקציה של ביתן המחלימים. מיד הבנתי שאני מסוגל להיות פעיל יותר במאבקי כדי להציל חיים, או לפחות לדחות את המוות. כשנודע לי שהסלקציה המתוכננת קרובה, שחררתי, למקום בטוח יותר במחנה, את אותם אסירים שחשבתי שהיו חזקים מספיק כדי לשרוד את הימים הבאים מחוץ לבית החולים. החזרתי אותם לביתן לאשפוז מיד עם סיום הסלקציה. הבעיה היתה שרבים מבין האסירים סירבו להשתחרר. הם היו משוכנעים שאני שולח אותם אל מוות בטוח מרעב או מפגיעה גופנית אחרת. הם לא האמינו לי. בסלקציות רבות נשלחו אסירים מבין אלו שדחו את עזרתי."

מקור:

Albert Haas, *The Doctor and the Damned* (St. Martin's Press, 1984).

תאור מקרה 2:

ד"ר גוטפריד בלוך (Gottfried Bloch) היה סטודנט צעיר בשלבים האחרונים של הסמכתו לרופא כשגורש לאושוויץ. הוא עבד עם אסירים במחנה המשפחות הצ'כי. הוא, ואסירים אחרים, שמעו את התיאורים על ההרג שנעשה בתאי הגז וראו את העשן עולה מן הארובות של המשרפות. לאחר זמן הוא כתב על ניסיונו כרופא במחנה:

"אבל אפילו בבית החולים, שבו היה לנו קשר רב יותר עם המגזרים האחרים של המחנה, הצלחנו להוציא מתודעתנו את המציאות המתנהלת שם. כל פעם היינו צריכים להתעמת עם הוכחה מחרידה אחרת לתהליך ההשמדה שאנו עמדתו בפניה. הרגשתי יאוש מוחלט וחופשתי כל דרך להכחיש את האמת. פעמים רבות עודדתי את מטופלי במילותיי עד כדי כך שכבר התחלתי להאמין בהן בעצמי. כמובן שידעתי מה קורה באמת... האם היה זה מחובתי לידע אותם? איך זה היה עוזר? הסתרתי את האמת ממטופלי ומצוות בית החולים, אבל לא הצלחתי להסתיר את המצוקה העמוקה שלי."

מקור:

Gottfried R. Bloch, *Unfree Associations. A Psychoanalyst Recollects the Holocaust* (Red Hen Press, 1999).

דיון:

השאלה הזו נראית, על פניו, פשוטה אך היא בעצם שאלה מורכבת. לאי אמירת אמת, לאמיתו של דבר, יכולות להיות צורות שונות, מטרות שונות, ויכולה להוביל לתוצאות שונות ורבות. שאלות של אמת ושקר חודרות לכל התחומים של תקשורת בין בני אדם ויחסי אנוש. הן עולות במצבים ובהקשרים שונים: במשפחות, במועדונים, במקומות עבודה, בפוליטיקה, ביחסים בינלאומיים, בארגונים דתיים ובדאי ביחסים בין רופא למטופל. בכל הקשר, גם השאלות וגם גורמי המפתח בסוגיה זו, נתפשים ומועברים בדרכים שונות. אמירת אמת בהקשר קליני רפואי דורשת חמלה, אינטליגנציה, רגישות ועיתוי מתאים. במקרים מסוימים, הנזק של אי אמירת אמת עשוי להיות קטן מאמירת האמת העירומה.

אם יש סיבות לאי אמירת אמת, מה הן? מתי יהיה גילוי חלקי מוצדק ובאלו נסיבות? אילו יוצאי דופן, אם בכלל, עשויים להתקיים לכלל האוסר לשקר?

לשקר בהקשר קליני נכון הינו פעולה שגויה מסיבות רבות, אבל גילוי אמת חלקי עשוי להיות מוצדק מבחינה מוסרית. אם למשל במקרה של מטופל מדוכא, בלתי רציונאלי או אובדני, דרושה רגישות גבוהה יותר בגילוי מלא מאחר והיא עלולה לגרום נזק חמור. אם מטופל פסימי מאוד ורואה שחורות יותר מהרגיל, גילוי של אפשרויות שליליות עלול, בפועל, לתרום לתוצאות הרוות גורל של מימוש האפשרויות הללו. כך ניתן להסתכל על המקרים לעיל, אף על פי שכמובן, המצב אז היה קיצוני ביותר. סביר להניח, כי חלק מהמטופלים במחנות נתברכו בכך שלא ידעו את כל האמת. אבל ייתכן שאחרים נפגעו שלא במתכוון. אפילו במקומות כמו אושוויץ, כל אדם, כל מצב וכל הנסיבות היו תלויים בגורמים רבים ומשתנים בהתמדה.

אמירת האמת הינה לא רק חובה אתית, אלא ערך שצריך להשתלב ביחסים בין רופא למטופל, כמו גם להיות חלק אינטגרלי של שיפוט קליני. אמירת אמת צריכה להיות קשורה לאוטונומיה של המטופל, להטבה עם המטופל (beneficence) ולצדק (justice), כמו גם להגנת הזולת.

תרבויות מסורתיות מסוימות מתייחסות למטופל לא כישות אוטונומית בעלת זכויות בלתי ניתנות להפרה, אלא כחלק מיחידה משפחתית נרחבת. במקרים אלו בני משפחה, ולא המטופל, מקבלים את המידע הרפואי במיוחד בשורות רעות כמו אבחנה סופנית. האתיקה הרפואית נדרשת לכבד מנהגים תרבותיים והעדפות אישיות המשתנות ממטופלים שונים ומשפחותיהם.

במקרים המתוארים לעיל, שיפוטם של הרופאים האסירים היה נכון לגבי מה שנחשב לגביהם נכון מוסרית באותן נסיבות קיצוניות. באותן הנסיבות הקיצוניות, המטופלים הפיקו כנראה, תועלת מסוימת מאי ידיעת כל האמת. בהקשר של חיי היומיום באושוויץ, סביר מאוד שרבים מן המטופלים ידעו מהו הפירוש האמיתי של הסלקציות. למרות זאת, בנסיבות ההן, "מילות העידוד" של ד"ר כהן היו לגביהם מעשה של חמלה.

כמו כן סביר להניח, שכל אדם שעמד בפני מותו היה מתנהג בצורה שונה אם הוא היה מודע לכך שהוא הולך למות. כלומר, האם החולים היו בוחרים להישאר בבית החולים למרות שידעו את האמת? והאם זה היה עוזר להם? בידיעת האמת האם הם יכלו להכין את עצמם למוות בצורה טובה יותר?

למרות הקשרים שונים, כל אדם מתעמת עם מחלה ועם מוות באופן ייחודי. האם על ידי אי אמירת אמת אנו לא מונעים מאדם יכולת התמודדות אישית עם גורלו?

7. "בחירות נטולות בחירה" ברפואה - "Choiceless Choices"

תאור מקרה:

ד"ר מקסימיליאן סמואל (Maximillian Samuel) נולד בקולן בשנת 1880, והיה גינקולוג עד מלחמת העולם הראשונה. במהלך המלחמה, הוא שירת כרופא וקיבל עיטורי גבורה. עם התקדמות המדיניות הנאצית שהפלתה לרעה את הרופאים היהודיים, נשלל רישיונו של ד"ר סמואל והוא אולץ לסגור את מרפאתו. ביולי 1938, הוא נעצר על ידי הגסטאפו, אבל הצליח להימלט וברח לבלגיה עם משפחתו. למרות זאת, באוגוסט 1943, הוא נתפס וגורש לאושוויץ יחד עם אשתו ובתם. אשתו נשלחה מיד עם בהגיעם למחנה לתאי הגז. ד"ר סמואל ובתו שרדו את הסלקציה הראשונה ונשלחו לעבוד באחד המפעלים באושוויץ.

ד"ר סמואל הועבר מאוחר יותר, לבלוק 10 באושוויץ I, שם נדרש ניסיונו הגינקולוגי לניסויים שבוצעו על אסירות וכללו הסרת אברי הרבייה. מעדויות של הניצולות, התגלה שד"ר סמואל חיבל, באופן מכוון, בכמה מהניתוחים ולא הסיר את האברים, אלא פעל כאילו עשה זאת. כמה מהקורבנות, שיכלו ללדת לאחר המלחמה, העידו שהוא היה המושיע שלהן. אסירות לשעבר אחרות, בכל אופן, זוכרות שהוא, לכאורה, שיתף פעולה מרצון עם הנאצים בבצוע הניסויים הללו. הוא גם תואר כאדם מיואש ו"במצב נפשי גרוע" שלולא חרד לחיי בתו, לא היה משתף פעולה עם הרופאים הנאצים. באוקטובר 1943, ד"ר סמואל נלקח לתאי הגז בבירקנאו, שם הומת. ישנן לוקי דעות באשר לסיבת המותו. לפי דעה אחת הוא נשלח למותו משום שחיבל בניסויים; דעה אחרת גורסת שהומת משום ש"ידע יותר מדי" אודות הניסויים; ודעה שלישית אומרת שבריאותו התדרדרה ולכן, הוא כבר לא יכל לבצע את עבודתו.

מקורות:

1. Robert J. Lifton, The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide (Basic Books, 2000).
2. Susan Benedict and Ruth Jolanda Weinberger, Medical Personnel in Auschwitz. Medizinische Experimente in Nationalsozialistischen Konzentrationslagern, Ludwig Boltzmann-Institut für Historische Sozialwissenschaft (Vienna, 2008).
3. Daniel S. Nadav, Medicine and Nazism (The Hebrew University Magnes Press, 2009).

שאלה:

האם ישנם מצבים שבהם אי אפשר לקבל החלטות רפואיות הגיוניות מבחינה אתית?

דיון:

המקרה לעיל כמעט מדבר בעד עצמו. רופא ספציפי זה מצא את עצמו בזמן ובמקום בהם הוא נאלץ לקבל החלטות גורליות מסויימות שעלולות היו להשפיע על חייו האישיים והמקצועיים. כמו כן, להחלטות אלה היתה השפעה מכרעת לא רק על חייו עצמו, אלא גם על חייה של בתו, ועל החיים של המטופלות אותן הוא ניתח.

אחד הלקחים העיקריים מהשואה, כמו גם בחיים בכלל, הינו שאנשים, יהיה מעמדם אשר יהיה, אינם תמיד עושים אותן הבחירות באותם מצבים. כבני אנוש, איננו תמיד עקביים בבחירות האתיות ובקבלת החלטותינו. בתקופת השואה, חוסר העקביות האנושית הורעה לעתים קרובות בשל מצבו הפיזי של

האדם, היותו אסיר בבית הסוהר, בגטו או במחנה או במחבוא. קבלת ההחלטות השפיעה על הישרדותו של האדם עצמו ועל מקורביו האהובים. בנסיבות אלו, ועל בבסיס יומיומי, בחירתו של אדם עשויה, היתה, פשוטו כמשמעו, לחרוץ מוות לו או לאחרים.

מכיוון שד"ר סמואל נשלח לתאי הגז, איננו יכולים להבין לגמרי מה הניע אותו בקבלת החלטותיו. אבל מעדויות של חבריו הרופאים האסירים, וממטופליו (קרבתנות הניסויים) אנו יכולים בענווה, ומבלי לשפוט, לשאול את השאלות המתבקשות:

האם הוא היה משתף פעולה?

האם ביזה את מעמדו כרופא?

האם יכול היה להחליט אחרת?

האם שיתף פעולה כדי להציל את חיי בתו?

האם החליט מה שהחליט כדי לחבל בניסויים הנאציים?

האם אפשר לעשות בחירות אתיות בעלות ערך בנסיבות הללו?

במקרה של ד"ר סמואל, לו סירב תחילה להיענות לפקודות הנאצים, התוצאה עבורו היתה מוות בתא גז. עם זאת, על ידי הצלת פיריון של מספר אסירות, הוא בכל אופן השיג משהו חיובי שסביר להניח, כנראה לא היה מתבצע ביוזמת הרופאים האסירים האחרים.

אין זה מקרה שאנשים שונים זוכרים אותו בצורה שונה. הרופאים האסירים שהיו עדים למעשיו המקצועיים, תפסו אותו כמי שמבזה את ערכי האתיקה המקצועית על ידי שיתוף פעולה עם הנאצים בבצוע הניתוחים. מצד שני, הנשים שאת חייהן ואת פיריון הוא הציל, התייחסו אליו כאל בן אדם נדיב ורופא אתי.

1. The Nuremberg Code, 1947

1. The voluntary consent of the human subject is absolutely essential. This means that the person involved should have legal capacity to give consent; should be so situated as to be able to exercise free power of choice, without the intervention of any element of force, fraud, deceit, duress, over-reaching, or other ulterior form of constraint or coercion; and should have sufficient knowledge and comprehension of the elements of the subject matter involved as to enable him to make an understanding and enlightened decision. The duty and responsibility for ascertaining the quality of the consent rests upon each individual who initiates, directs or engages in the experiment. It is a personal duty and responsibility which may not be delegated to another with impunity.
2. The experiment should be such as to yield fruitful results for the good of society, unprocurable by other methods or means of study, and not random and unnecessary in nature.
3. The experiment should be so designed and based on the results of animal experimentation and knowledge of the natural history of the disease or other problem under study that the anticipated results will justify the performance of the experiment.
4. The experiment should be so conducted as to avoid all unnecessary physical and mental suffering and injury.
5. No experiment should be conducted where there is an a priori reason to believe that death or disabling injury will occur; except, perhaps, in those experiments where the experimental physicians also serve as subjects.
6. The degree of risk to be taken should never exceed that determined by the humanitarian importance of the problem to be solved by the experiment.
7. Proper preparations should be made and adequate facilities provided to protect the experimental subject against even remote possibilities of injury, disability, or death.
8. The experiment should be conducted only by scientifically qualified persons. The highest degree of skill and care should be required through all stages of the experiment of those who conduct or engage in the experiment.
9. During the course of the experiment the human subject should be at liberty to bring the experiment to an end if he has reached the physical or mental state where continuation of the experiment seems to him to be impossible.
10. During the course of the experiment the scientist in charge must be prepared to terminate the experiment at any stage, if he has probable cause to believe, in the exercise of the good faith, superior skill and careful judgment required of him that a continuation of the experiment is likely to result in injury, disability, or death to the experimental subject.

"Permissible Medical Experiments." Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10, Vol. 2, pp. 181-182. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1949.

http://www.loc.gov/rr/frd/Military_Law/pdf/NT_war-criminals_Vol-II.pdf

2. The Prussian Ministry of Religious, Educational and Medical Affairs Directive, 1900

- I wish to point out to the directors of clinics, polyclinics and similar establishments that medical interventions for purposes other than diagnosis, therapy and immunization are absolutely prohibited, even though all other legal and ethical requirements for performing such interventions are fulfilled if;
1. The person in question is a minor or is not fully competent on other grounds.
 2. The person concerned has not declared unequivocally that he consents to the intervention.
 3. The declaration has not been made on the basis of a proper explanation of the adverse consequences that may result from the intervention.
- II. In addition, I prescribe that:
1. Interventions of this nature may be performed only by the director of the Institution himself or with his special authorization.
 2. In every intervention of this nature, an entry must be made in the medical case-record book, certifying that the requirements laid down in Items 1-3 of Section I and Item 1 of Section II have been fulfilled, specifying details of the case.
- III. This directive shall not apply to medical interventions intended of the purposes of diagnosis, therapy or immunization.

George J. Annas, Michael A. Grodin, The Nazi Doctors and the Nuremberg Code. Human Rights in Human Experimentation (Oxford University Press, 1992)

3. The Reich Health Circular: Regulations on New Therapy and Human Experimentation, 1931

1. In order that medical science may continue to advance, the initiation in appropriate cases of therapy involving new and as yet insufficiently tested means and procedures cannot be avoided. Similarly, scientific experimentation involving human subjects cannot be completely excluded as such, as this would hinder or even prevent progress in the diagnosis, treatment, and prevention of diseases. The freedom to be granted to the physician accordingly shall be weighed against his special duty to remain aware at all times of his major responsibility for the life and health of any person on whom he undertakes innovative therapy or perform an experiment.
2. "Innovative therapy" means intervention and treatment methods that involve humans and serve a therapeutic purpose.
3. "Scientific experimentation" means interventions and treatment methods that involve humans and are undertaken for research purposes without serving a therapeutic purpose.
4. Any innovative therapy must be justified and performed in accordance with the principles of medical ethics and the rules of medical practice and theory. In all cases, the question of whether any adverse effects that may occur are proportionate to the anticipated benefits shall be examined and assessed. Innovative therapy may be carried out only if it has been tested in advance in animal trials (where these are possible).
5. Innovative therapy may be carried out only after the subject or his legal representative has unambiguously consented to the procedure in light of relevant information provided in advance.

Where consent is refused, innovative therapy may be initiated only if it constitutes an urgent procedure to preserve life or prevent serious damage to health and prior consent could not be obtained under the circumstances.

6. The question of whether to use innovative therapy must be examined with particular care where the subject is a child or a person under 18 years of age.
7. Exploitation of social hardship in order to undertake innovative therapy is incompatible with the principles of medical ethics.
8. Extreme caution shall be exercised in connection with innovative therapy involving live microorganisms.
9. In clinics, polyclinics, hospitals or other treatment and care establishments, innovative therapy may be carried out only by the physician in charge or by another physician acting in accordance with his express instructions and subject to his complete responsibility.
10. A report shall be made of any innovative therapy, indicating the purpose of the procedure, the justification for it, and the manner in which it is carried out. In particular, the report shall include a statement that the subject or, where appropriate, his legal representative has been provided in advance with relevant information and has given his consent. When therapy has been carried out without consent, under the conditions referred to in the

second paragraph of Section 5, the statement shall give full details of these conditions.

11. The results of any innovative study may be published only in a manner whereby the patient's dignity and the dictates of humanity are fully respected.
12. Section 4-11 of these Guidelines shall be applicable, mutatis mutandis, to scientific experimentation (cf. Section 3)

The following additional requirement shall apply to such experimentation:

- (a) Experimentation shall be prohibited in all cases where consent has not been given;
 - (b) Experimentation involving human subjects shall be avoided if it can be replaced by animal studies.
 - (c) Experimentation involving children or young persons under 18 years of age shall be prohibited if it in any way endangers the child or young person;
 - (d) Experimentation involving dying subjects is incompatible with the principles of medical ethics and shall therefore be prohibited.
13. Physicians and those in charge of hospital establishments should not be denied of the responsibility of seeking new ways to protect or treat patients of alleviate their suffering when they are convinced that known methods are likely to fail.
 14. Academic training courses should take every suitable opportunity to stress the physician's special duties when carrying out a new form of therapy or a scientific experiment, as well as when publishing his results.

מקור:

George J. Annas, Michael A. Grodin, The Nazi Doctors and the Nuremberg Code. Human Rights in Human Experimentation (Oxford University Press, 1992)

4. Declaration of Helsinki, 2013

Adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964
and amended by the:

29th WMA General Assembly, Tokyo, Japan, October 1975

35th WMA General Assembly, Venice, Italy, October 1983

41st WMA General Assembly, Hong Kong, September 1989

48th WMA General Assembly, Somerset West, South Africa, October 1996

52nd WMA General Assembly, Edinburgh, Scotland, October 2000

53rd WMA General Assembly, Washington, DC, USA, October 2002

55th WMA General Assembly, Tokyo, Japan, October 2004

59th WMA General Assembly, Seoul, Korea, October 2008

64th WMA General Assembly, Fortaleza, Brazil, October 2013

PREAMBLE

1. The World Medical Association (WMA) has developed the Declaration of Helsinki as a statement of ethical principles for medical research involving human subjects, including research on identifiable human material and data.

The Declaration is intended to be read as a whole and each of its constituent paragraphs should be applied with consideration of all other relevant paragraphs.

2. Consistent with the mandate of the WMA, the Declaration is addressed primarily to physicians. The WMA encourages others who are involved in medical research involving human subjects to adopt these principles.

GENERAL PRINCIPLES

3. The Declaration of Geneva of the WMA binds the physician with the words, "The health of my patient will be my first consideration," and the International Code of Medical Ethics declares that, "A physician shall act in the patient's best interest when providing medical care."
4. It is the duty of the physician to promote and safeguard the health, well-being and rights of patients, including those who are involved in medical research. The physician's knowledge and conscience are dedicated to the fulfilment of this duty.
5. Medical progress is based on research that ultimately must include studies involving human subjects.
6. The primary purpose of medical research involving human subjects is to understand the causes, development and effects of diseases and improve preventive, diagnostic and therapeutic interventions (methods, procedures and treatments). Even the best proven interventions must be evaluated continually through research for their safety, effectiveness, efficiency, accessibility and quality.
7. Medical research is subject to ethical standards that promote and ensure respect for all human subjects and protect their health and rights.
8. While the primary purpose of medical research is to generate new knowledge, this goal can never take precedence over the rights and interests of individual research subjects.
9. It is the duty of physicians who are involved in medical research to protect the life, health, dignity, integrity, right to self-determination, privacy, and confidentiality of personal information of research subjects. The responsibility for the protection of research subjects must always rest with the physician or other health care professionals and never with the research subjects, even though they have given consent.
10. Physicians must consider the ethical, legal and regulatory norms and standards for research involving human subjects in their own countries as well as applicable international norms and standards. No national or international ethical, legal or regulatory requirement should reduce or eliminate any of the protections for research subjects set forth in this Declaration.
11. Medical research should be conducted in a manner that minimises possible harm to the environment.

12. Medical research involving human subjects must be conducted only by individuals with the appropriate ethics and scientific education, training and qualifications. Research on patients or healthy volunteers requires the supervision of a competent and appropriately qualified physician or other health care professional.
13. Groups that are underrepresented in medical research should be provided appropriate access to participation in research.
14. Physicians who combine medical research with medical care should involve their patients in research only to the extent that this is justified by its potential preventive, diagnostic or therapeutic value and if the physician has good reason to believe that participation in the research study will not adversely affect the health of the patients who serve as research subjects.
15. Appropriate compensation and treatment for subjects who are harmed as a result of participating in research must be ensured.

RISKS, BURDENS AND BENEFITS

16. In medical practice and in medical research, most interventions involve risks and burdens. Medical research involving human subjects may only be conducted if the importance of the objective outweighs the risks and burdens to the research subjects.
17. All medical research involving human subjects must be preceded by careful assessment of predictable risks and burdens to the individuals and groups involved in the research in comparison with foreseeable benefits to them and to other individuals or groups affected by the condition under investigation.

Measures to minimise the risks must be implemented. The risks must be continuously monitored, assessed and documented by the researcher.

18. Physicians may not be involved in a research study involving human subjects unless they are confident that the risks have been adequately assessed and can be satisfactorily managed.

When the risks are found to outweigh the potential benefits or when there is conclusive proof of definitive outcomes, physicians must assess whether to continue, modify or immediately stop the study.

VULNERABLE GROUPS AND INDIVIDUALS

19. Some groups and individuals are particularly vulnerable and may have an increased likelihood of being wronged or of incurring additional harm.
All vulnerable groups and individuals should receive specifically considered protection.
20. Medical research with a vulnerable group is only justified if the research is responsive to the health needs or priorities of this group and the research cannot be carried out in a non-vulnerable group. In addition, this group should stand to benefit from the knowledge, practices or interventions that result from the research.

SCIENTIFIC REQUIREMENTS AND RESEARCH PROTOCOLS

21. Medical research involving human subjects must conform to generally accepted scientific principles, be based on a thorough knowledge of the scientific literature, other relevant sources of information, and adequate laboratory and, as appropriate, animal

experimentation. The welfare of animals used for research must be respected.

22. The design and performance of each research study involving human subjects must be clearly described and justified in a research protocol.

The protocol should contain a statement of the ethical considerations involved and should indicate how the principles in this Declaration have been addressed. The protocol should include information regarding funding, sponsors, institutional affiliations, potential conflicts of interest, incentives for subjects and information regarding provisions for treating and/or compensating subjects who are harmed as a consequence of participation in the research study.

In clinical trials, the protocol must also describe appropriate arrangements for post-trial provisions.

RESEARCH ETHICS COMMITTEES

23. The research protocol must be submitted for consideration, comment, guidance and approval to the concerned research ethics committee before the study begins. This committee must be transparent in its functioning, must be independent of the researcher, the sponsor and any other undue influence and must be duly qualified. It must take into consideration the laws and regulations of the country or countries in which the research is to be performed as well as applicable international norms and standards but these must not be allowed to reduce or eliminate any of the protections for research subjects set forth in this Declaration.

The committee must have the right to monitor ongoing studies. The researcher must provide monitoring information to the committee, especially information about any serious adverse events. No amendment to the protocol may be made without consideration and approval by the committee. After the end of the study, the researchers must submit a final report to the committee containing a summary of the study's findings and conclusions.

PRIVACY AND CONFIDENTIALITY

24. Every precaution must be taken to protect the privacy of research subjects and the confidentiality of their personal information

INFORMED CONSENT

25. Participation by individuals capable of giving informed consent as subjects in medical research must be voluntary. Although it may be appropriate to consult family members or community leaders, no individual capable of giving informed consent may be enrolled in a research study unless he or she freely agrees.
26. In medical research involving human subjects capable of giving informed consent, each potential subject must be adequately informed of the aims, methods, sources of funding, any possible conflicts of interest, institutional affiliations of the researcher, the anticipated benefits and potential risks of the study and the discomfort it may entail, post-study provisions and any other relevant aspects of the study. The potential subject must be informed of the right to refuse to participate in the study or to withdraw consent to participate at any time without reprisal. Special attention should be given to the specific

information needs of individual potential subjects as well as to the methods used to deliver the information.

After ensuring that the potential subject has understood the information, the physician or another appropriately qualified individual must then seek the potential subject's freely-given informed consent, preferably in writing. If the consent cannot be expressed in writing, the non-written consent must be formally documented and witnessed.

All medical research subjects should be given the option of being informed about the general outcome and results of the study.

27. When seeking informed consent for participation in a research study the physician must be particularly cautious if the potential subject is in a dependent relationship with the physician or may consent under duress. In such situations the informed consent must be sought by an appropriately qualified individual who is completely independent of this relationship.
28. For a potential research subject who is incapable of giving informed consent, the physician must seek informed consent from the legally authorised representative. These individuals must not be included in a research study that has no likelihood of benefit for them unless it is intended to promote the health of the group represented by the potential subject, the research cannot instead be performed with persons capable of providing informed consent, and the research entails only minimal risk and minimal burden.
29. When a potential research subject who is deemed incapable of giving informed consent is able to give assent to decisions about participation in research, the physician must seek that assent in addition to the consent of the legally authorised representative. The potential subject's dissent should be respected.
30. Research involving subjects who are physically or mentally incapable of giving consent, for example, unconscious patients, may be done only if the physical or mental condition that prevents giving informed consent is a necessary characteristic of the research group. In such circumstances the physician must seek informed consent from the legally authorised representative. If no such representative is available and if the research cannot be delayed, the study may proceed without informed consent provided that the specific reasons for involving subjects with a condition that renders them unable to give informed consent have been stated in the research protocol and the study has been approved by a research ethics committee. Consent to remain in the research must be obtained as soon as possible from the subject or a legally authorised representative.
31. The physician must fully inform the patient which aspects of their care are related to the research. The refusal of a patient to participate in a study or the patient's decision to withdraw from the study must never adversely affect the patient-physician relationship.
32. For medical research using identifiable human material or data, such as research on material or data contained in biobanks or similar repositories, physicians must seek informed consent for its collection, storage and/or reuse. There may be exceptional situations where consent would be impossible or impracticable to obtain for such research. In such situations the research may be done only after consideration and approval of a

research ethics committee.

USE OF PLACEBO

33. The benefits, risks, burdens and effectiveness of a new intervention must be tested against those of the best proven intervention(s), except in the following circumstances:
Where no proven intervention exists, the use of placebo, or no intervention, is acceptable; or
Where for compelling and scientifically sound methodological reasons the use of any intervention less effective than the best proven one, the use of placebo, or no intervention is necessary to determine the efficacy or safety of an intervention
and the patients who receive any intervention less effective than the best proven one, placebo, or no intervention will not be subject to additional risks of serious or irreversible harm as a result of not receiving the best proven intervention.
Extreme care must be taken to avoid abuse of this option.

POST-TRIAL PROVISIONS

34. In advance of a clinical trial, sponsors, researchers and host country governments should make provisions for post-trial access for all participants who still need an intervention identified as beneficial in the trial. This information must also be disclosed to participants during the informed consent process.

RESEARCH REGISTRATION AND PUBLICATION AND DISSEMINATION OF RESULTS

35. Every research study involving human subjects must be registered in a publicly accessible database before recruitment of the first subject.
36. Researchers, authors, sponsors, editors and publishers all have ethical obligations with regard to the publication and dissemination of the results of research. Researchers have a duty to make publicly available the results of their research on human subjects and are accountable for the completeness and accuracy of their reports. All parties should adhere to accepted guidelines for ethical reporting. Negative and inconclusive as well as positive results must be published or otherwise made publicly available. Sources of funding, institutional affiliations and conflicts of interest must be declared in the publication. Reports of research not in accordance with the principles of this Declaration should not be accepted for publication.

UNPROVEN INTERVENTIONS IN CLINICAL PRACTICE

37. In the treatment of an individual patient, where proven interventions do not exist or other known interventions have been ineffective, the physician, after seeking expert advice, with informed consent from the patient or a legally authorised representative, may use an unproven intervention if in the physician's judgement it offers hope of saving life, re-establishing health or alleviating suffering. This intervention should subsequently be made the object of research, designed to evaluate its safety and efficacy. In all cases, new information must be recorded and, where appropriate, made publicly available.

מקור:

JAMA. 2013;310(20):2191-2194.

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1760318>