

ÁLLAM- ÉS JOGTUDOMÁNY

LVII. ÉVFOLYAM • 2016 • 4. SZÁM • KÜLÖNSZÁM

Az életvégi döntések jogi szabályozása Magyarországon

TARTALOM

Szerkesztői előszó	3
TANULMÁNY	
BARCSI TAMÁS Az eutanáziaprobléma diskurzusetikai értelmezése	5
FILÓ MIHÁLY – BUZÁS PÉTER Életvégi döntések és a <i>margin of appreciation</i> az Emberi Jogok Európai Bíróságának gyakorlatában	19
SÁNDOR JUDIT Életvégi döntés életről és halálról	40
VISSY BEATRIX Méltatlan figyelem a méltó halál kérdésének – széljegyzetek az Alkotmánybíróság második eutanáziahatározatához	56
MOLNÁR HELLA Az ellátás visszautasítása jogának egyes kérdései – az Alkotmánybíróság határozataira és a Ptk. cselekvőképességre vonatkozó megújult szabályaira figyelemmel	75
ÉLŐ GÁBOR Az újraélesztés újraértelmezése – autonómia és betegbiztonság	91
ZUBEK LÁSZLÓ Ki és hogyan dönt az élet-halál kérdésében? Életvégi döntéshozatal a magyarországi intenzív osztályokon	105
FILÓ MIHÁLY Asszisztált öngyilkosság és az életvégi döntések Európában – tettesség, részesség, önrendelkezés	120

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG

Balogh Elemér, Erdő Péter, Farkas Ákos, Hamza Gábor, Harmathy Attila,
Kecskés László, Korinek László, Lamm Vanda, Lévnayné Fazekas Judit,
Menyhárd Attila, Sólyom László, Szabó István, Szikora Veronika,
Törő Csaba Attila, Vékás Lajos

SZERKESZTŐSÉG

Főszerkesztő

Jakab András

Felelős szerkesztő

Ganczer Mónika

Recenzió-szerkesztő

Fekete Balázs

Szerkesztőségi tagok

Gajdusчек György, Hollán Miklós, Pap András László,
Sulyok Gábor, Varju Márton

A különszám szerkesztője

Filó Mihály

Szerkesztőség címe

1014 Budapest, I. Országház u. 30.

1250 Budapest Pf. 25.

Telefon: +36 (1) 355-73-84

Fax.: +36 (1) 375-78-58

A kiadvány a Magyar Tudományos Akadémia támogatásával készült

A folyóiratot a Magyar Tudományos Művek Tára (MTMT) indexeli
és az MTA Könyvtárának Repozitóriuma (REAL) archiválja

Előfizethető és példányonként megvásárolható

MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont Jogtudományi Intézet

Állam- és Jogtudomány Szerkesztősége

1014 Budapest, I. Országház u. 30

E-mail: ajttan@tk.mta.hu

Kiadja az MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont Jogtudományi Intézet

Olvasószerkesztő: Mészáros Katalin

Tördelés és borítóterv: Pintér József

Nyomdai munkálatok: Prime Rate Kft.

Felelős vezető: Tomcsányi Péter

HU ISSN 0002-564X

SZERKESZTŐI ELŐSZÓ

A „jó halál” problémái Európában sajátos, napjainkig ható történelmi kontextusban jelennek meg. Az eszmetörténeti ív egyik végpontján az élet és a halál totális állami uralma áll, a szociáldarwinizmus és az életfilozófiák talaján fakadó eugenikai gondolkodás. A múlt század végétől az életvégi döntéseket körülölelő tágas jelentésháló másik végpontján azonban a gyógyítót már az egyén személyes döntéseit a haldoklás sajátos szituációjában is tiszteletben tartó, az emberi méltóságot az állam ellenében is védelmező hivatásrend tagjaként látjuk viszont. Az emberi élet végességének megélése és magyarázata azonban szükségszerűen szubjektív. Ennek megfelelően az eutanázia erkölcsi megítélésében jellemzően diametrális, feloldhatatlanul ellentétes álláspontokat találunk, amelyeket évezredek tradíciók alapoznak meg.

Az életvégi döntések horizontja napjainkban már aligha fogható át egy-egy tudományág elkülönülő nézőpontjából, egyetlen diszciplína sem formálhat kizárólagos jogot a „kegyes halál” értelmezésére. Kétségtelen ugyanis, hogy a „jó halál” a posztmodern társadalom legnehezebben megoldható morális és jogi problémái közé tartozik. A természettudományok és az orvostudomány robbanásszerű, a laikus számára szinte beláthatatlan fejlődése újra és újra olyan szituációkba sodorja az egyént, amelyekben a „helyes” döntéshez már nem támaszkodhat a tradicionális, gyakran elavultnak tűnő elvekre. A társadalomtudományok, így a jog és az etika is, csak bizonyos késéssel képesek – ha képesek egyáltalán – megnyugtatóan megválaszolni az emberi élettel mint pusztán biológiai ténnyel foglalkozó tudásrendszerek forradalmi nyomán születő újabb és újabb erkölcsi kételyeket. Az individuum egyre inkább magára marad a hatalmas és gyakran félelmetesnek tetsző tudásanyag nyújtotta lehetőségekkel szemben. Gyakran tűnik úgy, hogy a döntés elviselhetetlen terhet jelent, hiszen a bioetika kérdéseinek megválaszolásával pontosan embervoltunk határait jelöljük ki.

Az életvégi döntések megítélésében ezért a jogász is szükségszerűen támaszkodik más tudományok vívmányaira. Az egészségügy bonyolult életviszonyait a legteljesebben a születendőben lévő új terület, az integrált orvosi jog írhatná le, amely saját, önálló dogmatikájában egyesítené a büntetőjogi, polgári jogi, közjogi szabályrendszert, metodikájában pedig – transzdiszciplináris tudományként – figyelemmel kísérné a medicina lépéseit és az orvoslással foglalkozó társadalomtudományok eredményeit is.

A hazánkban jelenleg hatályos egészségügyi törvény előkészítését megalapozó szakértői munka mindenképpen úttörő jelentőségű: az új szabályozási rendszer megalkotásával a törvényhozó át kívánta formálni az addig jellemző hierarchikus szemléletű orvos-beteg viszonyt. Az életvégi döntések jogi keretbe illesztésére azonban akkor került sor, amikor a rendszerváltozást követően felszínre kerültek az állami életvédelem határainak hagyományos kérdései, így a halálbüntetés, az abortusz és a jogos védelem problémái. Ezek a viták alapvetően a politikai ideológiák szint-

jén zajlottak, amelyben a résztvevők a jogi érveket legfeljebb fegyvertárak részeként használták. Míg Nyugaton az életvégi döntések határai bírói ítéletek sokaságán keresztül formálódtak, addig hazánkban 1945 óta a mai napig egyetlen ügyet nem lehet említeni, amelyben orvosi eutanáziáról lenne szó. A rendszerváltozással kiteljesedő emberi jogi szemlélet, majd a korábbi paternalisztikus felfogással szakító, a betegjogok kodifikálásával Európát megelőző új törvényi szabályozás megteremtette a szükséges fundamentumot, azonban elmaradt – az ideológiai polémikák túl – a pragmatikus és dogmatikai szempontok kölcsönös ütköztetése, amely étellel tölthette volna meg az elvi kereteket. Továbbá – megfelelő empirikus vizsgálatok hiányában – arról is hiányos a tudásunk, hogy a betegjogi instrumentárium miképpen érvényesül a betegágy mellett, a mindennapos kórházi gyakorlatban.

Ahhoz, hogy a betegjogi katalógusban foglalt jogok és különösen az életmentő és életfenntartó ellátás visszautasításához való jog tényleges érvényesüléséről Magyarországon verifikálható megállapításokat tehessünk, átfogó, transzdiszciplináris kutatásokra van szükség. A nemzetközi példák bemutatásával, a hatályos jog elfogulatlan, igényes elemzésével, továbbá a hazai egészségügyi jogi kultúrára vonatkozó hatásvizsgálatok fényében lehet felelősséggel javaslatot kimunkálni az életvégi döntések fogalomkörébe eső cselekmények megítélésének jogfejlesztési irányaira. Ezt követően kerülhet sor megalapozott társadalmi vitára. A haldoklók méltóságát, az elmúlással kapcsolatos kérdéseket a közbeszéd részévé kell tenni.

A különszám ehhez a diskusszióhoz kíván hozzájárulni a jogtudomány szemszögéből akképpen, hogy megszólalási lehetőséghez juttat minden érintett empirikus és normatív tudományterületet.

Köszönet illeti Jakab Andrást és az MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont Jogtudományi Intézetét a nagyvonalú támogatásáért, továbbá az Állam- és Jogtudomány szerkesztőségét a hibátlan kiadói munkáért, és végezetül, de nem utolsósorban minden szakembert és tudóst, akik színvonalas tanulmányukkal biztosították helyüket ebben a rendkívüli vállalkozásban.

Filó Mihály

BARCSI TAMÁS*

AZ EUTANÁZIAPROBLÉMA DISKURZUSETIKAI ÉRTELMEZÉSE

Tanulmányomban diskurzusetikai szempontból elemzem az eutanáziaproblémát. A kantian alapok tisztázását követően bemutatom a Habermas-féle diskurzusetika főbb gondolatait, majd ennek egy módosított változatát, az értékkorlátos diskurzusetikát, amelynek centrális eleme az emberi méltóság tiszteletének elve. Az utóbbi figyelembevételével megvizsgálom az eutanáziához kapcsolódó legfontosabb kérdéseket, majd néhány, az elméleti megállapításokból következő konkrét, gyakorlati javaslatot is megfogalmazok.

1. BEVEZETÉS: A KANTI ALAPOK

A következőkben a diskurzusetika különböző felfogásairól és – ezek figyelembevételével – az eutanázia kapcsán felmerülő kérdésekről lesz szó. Mindehhez elengedhetetlen, hogy legalább vázlatosan kitérjünk Immanuel Kant *Az erkölcsök metafizikájának alapvetése* (*Grundlegung der Metaphysik der Sitten*, 1785) című könyvére.¹

Kant e művében a kategorikus imperatívusz („*Cselekedj úgy, mintha cselekedted maximájának akarata révén általános természettörvénnyé kellene válnia.*”) leírása után bizonyítani kívánja, hogy létezik-e valóban ilyen imperatívusz, van-e olyan gyakorlati törvény, amelyik teljesen, mindenfajta mozgatórugó nélkül, önmagában is parancsoló jellegű, és hogy e törvény követése kötelesség-e. Ha van valami, aminek létezése önmagában abszolút értékkel bír, ami *önmagában vett cél*, akkor ebben és csakis ebben lelhetjük fel egy lehetséges *kategorikus imperatívusz*, azaz a gyakorlati törvény alapját – állapítja meg Kant. *Az ember és általában minden eszes lény öncélként létezik*, és nem pusztán eszközként, amely egy másik akarat tetszés szerinti használatára szolgál. A gyakorlati imperatívusz tehát a következő lesz: „*Cselekedj úgy, hogy az emberiségre mind saját személyedben, mind bárki máséban mindenkor mint célra, sohasem mint pusztán eszközre legyen szükséged.*”² Kant alaptételét *az akarat autonómiája elvének* nevezi (szemben a többivel, amelyet a heteronómiához sorol) és eljut a *célok birodalmának* fogalmához. Mivel valamennyi eszes lényre érvényes az a törvény, hogy saját magát és

* PhD, egyetemi adjunktus, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, 7621 Pécs, Mária u. 5-7.

E-mail: barcsi48@gmail.com.

¹ Immanuel KANT: „Az erkölcsök metafizikájának alapvetése” [ford. BERÉNYI Gábor] in Immanuel KANT: *Az erkölcsök metafizikájának alapvetése, A gyakorlati ész kritikája, Az erkölcsök metafizikája* (Budapest: Gondolat 1991).

² KANT (1. l.) 62.

mindenki mást sohasem szabad pusztá eszközként kezelni, hanem mindenkor egyszerűs mind öncélként is, ezért a közös objektív törvények rendszeres kapcsolatot teremtenek az eszes lények között, vagyis olyan birodalmat, amelyet – mivel ezek a törvények a szóban forgó lények kapcsolatát a célok és eszközök szempontjából tartalmazzák –, a célok (eszményi) birodalmának nevezhetünk. *A célok birodalmában mindennek vagy ára van, vagy méltósága.* Aminek ára van, annak helyébe egyenérték gyanánt másvalamit is állíthatok, ami viszont *minden ár fölött áll*, ami az öncél létrejöttének egyedüli előfeltétele, annak *belső értéke, vagyis méltósága van.* Mivel a *moralitás az egyedüli feltétel*, amelynek megléte *egy eszes lényt öncéllá tehet*, ennél fogva egyedül az erkölcsiségnek és az *emberiségnek – amennyiben erkölcsiségre képes – van méltósága.*

Az eszes lénynek nincs más értéke, mint amit a törvény határoz meg számára. De a minden értéket megszabó törvényhozásnak éppen ezért méltósággal, azaz feltétlen, hasonlíthatatlan értékkel kell bírnia, amellyel szemben az eszes lény egyedül a *tisztelet* szóval élhet a megbecsülés illendő kifejezéséül. *Az ember és minden eszes természet méltóságának alapja tehát az autonómia.*³

2. JÜRGEN HABERMAS DISKURZUSETIKAI KONCEPCIÓJA

A Karl-Otto Apel és Jürgen Habermas által képviselt diskurzusetika (a két szerző elmélete bizonyos vonatkozásokban eltér egymástól, koncepciójuk alapjait az 1970-es, '80-as években dolgozták ki) a kanti erkölcsfilozófiához hasonlóan kognitív, formális és univerzális etika, amely azonban egy lényeges ponton eltér a kanti felfogástól: az érvényes normák nem az egyén által a kategorikus imperatívuszuknak megfelelően elvégzett általánosításon, hanem az egymást kölcsönösen elismerő feleknek az érvelő vitában kialakított konszenzusán alapulnak.

Habermas diskurzusetikája a kommunikatív cselekvés elméletére utal (illetve ráutalt), mivel a gyakorlati diskurzus a kommunikatív cselekvés összefüggéseibe ágyazódik be.⁴ A diskurzusetika elmélete tehát feltételezi *A kommunikatív cselekvés elmélete (Theorie des kommunikativen Handelns, 1981)* című művében foglaltakat (illetve a nyelv normatív szerkezetének elméletét).⁵

Az elméleti diskurzusban az egyes megfigyelések és az általános hipotézisek között tatóngó szakadékat az indukció különböző kánonjai segítségével hidaljuk át – mutat rá Habermas –, a *gyakorlati diskurzusban* egy ennek megfelelő *áthidaló elvre* van szükség, amely az érvelés szabályaként azzal egyenértékű szerepet kap, mint amit az indukció tölt be a tapasztalati tudományok diskurzusában. Minden kognitivistá etika ahhoz az eszméhez nyúl vissza, amelynek Kant adott formát a *kategorikus imperatívusz* segítségével. E szerint az *áthidaló erkölcsi elvnek* biztosítani kell, hogy csak azokat a normákat fogadják el érvényesnek, amelyek *álta-*

³ KANT (1. lj.) 66–70.

⁴ JÜRGEN HABERMAS: „Morális tudat és kommunikatív cselekvés” [ford. FELKAI Gábor] in Jürgen HABERMAS: *A kommunikatív etika* (Budapest: Új Mandátum 2001) 178.

⁵ JÜRGEN HABERMAS: *Theorie des kommunikativen Handelns* (Frankfurt am Main: Suhrkamp 1997).

lános akaratot fejeznek ki. Habermas szerint az univerzalizáció alapelvének kanti megfogalmazása és a *kantiánus értelmezések problémásak*, mert ezek azt kívánják, hogy *minden cselekvő egymaga végezze el* az adott *maxima igazolását*, márpedig az ellentmondás egyénileg elvégzett empirikus próbája (tehát annak megvizsgálása, hogy a cselekvési maximánk ellentmondás nélkül általánosítható-e) *nem biztosítja a pártatlan ítéletalkotást*. Az általánosíthatóság eszméjében kifejeződő intuíció azt kívánja meg, hogy az érvényes normának *minden* érintett személy elismerését ki kell érdemelnie, ez pedig csak egy olyan elv által biztosítható, amely *minden érintettet* arra kényszerít, hogy az érdekek mérlegelésekor *mindenki más* nézőpontjára helyezkedjen.⁶ Az univerzalizáció *alapelvének* tehát univerzális szerepcserét kell kikényszerítenie. Habermas ezt az elvet (amelyet *[U]-elvnek* nevez) a következőképpen írja le.

„Minden érvényes norma meg kell, hogy feleljen annak a feltételnek, hogy minden érintett elfogadhassa (és az ismert alternatív szabályozási lehetőségekkel szemben előnyben részesíthesse) azokat a következményeket és mellékhatásokat, amelyek mindenkori *általános* követéséből – előreláthatólag – *minden* egyes személy érdekeinek kielégítése szempontjából adódnak.”⁷

Habermas az *univerzalizációs elvet* ([U]-elv) *transzcendentál-pragmatikai úton* alapozza meg, tehát az *érvelés előfeltételeiből* vezeti le azt.⁸ A szerző az univerza-

⁶ Jürgen HABERMAS: „Feljegyzések a diskurzusetika megalapozásának programjához” [ford. FELKAI Gábor] in Jürgen HABERMAS: *A kommunikatív etika* (Budapest: Új Mandátum 2001) 137–138. Megjegyzem, hogy a „diskurzusetika” kifejezést használok a magyar fordításban használt „diskurzusetika” helyett.

⁷ HABERMAS (6. l.) 139.

⁸ Habermas különbséget tesz az érvelés előfeltételeinek három – a „termékek” előállításának logikái, az eljárások dialektikus és a folyamatok retorikai – síkja között (ezeket Alexy leírására utalva mutatja be). a) Az érveléseket meggyőző érvek termelésére szánták, amelyek segítségével beválthatók vagy visszautasíthatók az érvényességi igények. Az érvelés során tekintettel kell lennünk minimális *logikai* szabályokra, ill. konzisztenciával kapcsolatos követelmésekre. Így pl. egyetlen beszélő sem mondhat ellent önmagának, vagy a beszélők nem használhatják ugyanazt a kifejezést eltérő jelentéssel. b) Az *eljárás* síkján helyezkednek el az interakció specifikus formájának pragmatikai előfeltételei, pl. a résztvevők számonkérhetőségének és őszinteségének elismerése. Pl. minden beszélő csak olyat állíthat, amiben ő maga is hisz, ill. aki megtámad egy, nem a vita tárgyát képező kijelentést vagy normát, annak ezt külön meg kell indokolnia. Ezen a síkon olyan előfeltételesek jutnak érvényre, amelyek a diskurzus és a kommunikatív cselekvés esetében közösek, ilyenek pl. a kölcsönös elismerés viszonyai. c) A *folyamat* síkján az érvelésen alapuló társalgásnak *immunisnak kell lennie a represszióval és az egyenlőtlenséggel szemben*, azaz közelítenie kell a kommunikáció ideális feltételeihez, amit Habermas ideális beszédhelyzetként írt le. Az érvelés résztvevői nem térhetnek ki a következő előfeltéteves elől: kommunikációjuk szerkezete a nézetegyeztetés folyamatára kívülről ható vagy belőle eredő minden kényszer (a jobbik érv kényszerét kivéve) kizár. 1. Minden beszédre és cselekvésre képes szubjektum részt vehet diskurzusokban. 2. Minden résztvevő számára egyenlő esélyt kell biztosítani arra, hogy hozzájáruljon a vitához, ill. hogy érvényre jutassa saját érveit. Mindenki problematizálhat minden állítást. A diskurzusba mindenki bevezethet minden állítást. Beállítódását, kívánságait vagy szükségleteit mindenki kinyilváníthatja. 3. A diskurzuson belül vagy azon kívül uralkodó kényszer által egyetlen beszélő sem korlátozható abban, hogy éljen az 1. és a 2. pont által megszabott jogaival. Az általunk c) pontban összefoglalt *diskurzus szabályok* csak annyit mondanak ki – hangsúlyozza Habermas –, hogy az érvelésben résztvevőknek *feltételezniük kell ezen feltételek közelítőleges* (és

lizáció elve mint a normamegalapozó diskurzusokban alkalmazandó érvelési szabály mellett megfogalmazza a *diskurzusetikai alapelvet* is (*[D]-elv*), amelyben a diskurzusetika alap gondolata jut kifejezésre. „Egy norma csak akkor tarthat számot érvényességre, ha minden, általa – feltehetően – érintett személy egy gyakorlati vita résztvevőjeként egyetértésre jut (vagy jutna) abban, hogy érvényes.”⁹ A diskurzusetika alaptétele szerint *minden tartalmat*, bármennyire alapvető cselekvési normákat érintsen is, *valóságos* (vagy ezt helyettesítendő, az érdekeket képviselő „*ügyvédek*” által levezetett) *diskurzusoktól kell függővé tenni*. Habermas kiemeli: nem létezik olyan szociokulturális életforma, amely legalább implicit módon ne foglalná magában azt a gyakorlatot, hogy a kommunikatív cselekvést az érvelésre épülő diskurzusban folytathatnánk tovább, ugyanakkor a normamegalapozó diskurzusok (mint minden érvelés) *szököártól* fenyegetett szigetekhez hasonlítanak, hiszen a kölcsönös megértést szolgáló eszközöket újra és újra az erőszak eszközeivel váltják fel. Rá kell mutatni továbbá, hogy a gyakorlati diskurzusok nem függetleníthetők úgy a társadalmi konfliktusok nyomásától, mint az elméleti diskurzusok: a normatív viták akkor is *az elismerésért folyó harcban* gyökereznek, ha diskurzív eszközökkel mennek végbe.¹⁰

Fontos, hogy a diskurzusetika megkülönbözteti a szűkebb értelemben vett *etikát* és a *morált*, azaz a *jó életre* (az *értékekre*) és az *igazságosságra* (a *normákra*) vonatkozó kérdéseket. A „*jó élet*” kérdései mindig egy *partikuláris életforma* vagy egy *individuális élettörténet* egészére vonatkoznak és a kulturális értékek annyira összeszövődnek egy sajátos életforma totalitásával, hogy eredendően nem tarthatnak igényt normatív érvényességre, csupán csak pályázhatnak arra. Az univerzalizáció alapelve olyan „*késként*” működik, amely (az *érdekek általánosíthatóságának* szempontja alapján) elválasztja egymástól a „*jó*” és az „*igazságos*”, az értékelő és a szigorúan normatív kijelentéseket. Az erkölcsi érvelés résztvevője távolságot tart az életvilágtól, ami eddig normának számított, arra most a kétely árnyéka vetül, megszűnik az érvényesség és a társadalmi érvényben levőség életvilágbeli összeolvadása. Ennek következményeképpen a hétköznapi gyakorlat a szigorú igazolás követelményeinek alávethető normákra és a különböző életmódokba integrált értékekre hasad szét, amellyel szemben már nem vethetők fel erkölcsi (normatív) szempontok.¹¹

3. AZ ÉRTÉKKORLÁTOS DISKURZUSETIKA ALAPJAI

A kanti etika hátterében ott áll az *emberi személy értéként való elismerése*. Az ember értékét a morális autonómiája adja, a kategorikus imperatívusz valamenyny ember öncélként való létezésének figyelembevételét kívánja meg. Ugyanígy Habermasnál az emberi személy értékének elismerése nélkülözhetetlen a diskur-

az érvelés célja szempontjából elégséges) *teljesültségét*, függetlenül attól, hogy ez a feltételezés adott esetben tényellentétes-e vagy sem. Vö. HABERMAS (6. lj.) 154–157.

⁹ HABERMAS (6. lj.) 139.

¹⁰ HABERMAS (6. lj.) 162, 166.

¹¹ HABERMAS (6. lj.) 165–168.

zusetikában: a diskurzusok során előfeltételezett normatív elvárás, hogy mindenki szabadon és másokkal egyenlő módon vehet részt a vitában, és a norma elfogadása során minden emberi személy érdekét figyelembe kell venni.

Mindkét elmélet tehát végső soron *az emberi személy méltóságának elismerésére* épül, ennek mibenlétét pedig a morális autonómiával magyarázzák a szerzők: az ember erkölcsi törvényhozó, saját maga adja az erkölcsi törvényt magának, ehhez azonban kötve is van (Kantnál), illetve minden kommunikációképes felnőtt ember egyenrangú részese a morálról folytatott vitának (Habermasnál). Ugyanakkor mindkét esetben *problémás az emberi személy fogalma*. Kantnál ez morális képességeket feltételez, Habermasnál pedig a morális normáról folytatott vitában csak kommunikációra (és a morálról vitatkozni) képes felnőtt emberek vehetnek részt: kérdés, hogy az általánosítás során figyelembe veendő emberi személyek fogalmát is ilyen módon, vagy ennél tágabban értelmezzük.

A következőkben vázlatosan ismertetett felfogás szerint az emberi méltóság elismerésével az emberi személy önértékéből következő alapvető érdekeit ismerjük el. Minden emberi személy már pusztán létezésével olyan értéket valósít meg, amely abszolút tiszteletet érdemel: az emberi személynek alapvető érdeke, hogy életének fennmaradásához és kiteljesedéséhez szükséges követelményeket – életét, egyenlő szabadságát és egyedi személyiségét – a többi ember tiszteletben tartsa. Minden ember szabadságából adódóan részese a morálról folytatott vitának, azonban ennek során az összes emberi személy – a kommunikációs képességgel nem rendelkező, racionális morális vita lefolytatására képtelen személyek is ide tartoznak – alapvető érdekeire tekintettel kell lenni. De hogy milyen módon értelmezzük az önértékéből következően abszolút tisztelettel bíró emberi személy fogalmát (például hogy az emberi magzat személynek minősül-e vagy sem), illetve hogy mikortól beszélhetünk morális vitára képes emberi személyről, arról a kommunikációképes, felnőtt emberek folytathatnak normatív vitát az emberi méltóság értelmezése során. Minden racionális morális vitában impliciten tekintettel kell lenni az emberi méltóságra. Ennek fontosságát explicit módon is hangsúlyozhatjuk, mint az érvényes normákról folytatott diskurzust elsődlegesen korlátozó érték-elvet.

A morális diskurzusok *elsődleges érték-korlátját az emberi személy méltóságának tisztelete* jelenti. Ezt az *emberi méltóság tiszteletének elvében* foglalhatjuk össze (természetesen más megfogalmazás is elképzelhető, de a tartalmi elemek nem mellőzhetők): *Az emberi személy létezéséből adódóan önértékkel rendelkezik, ebből következően alapvető érdeke, hogy életének „szentségét”, lehető legkiterjedtebb szabadságát, egyedi személyiségét más személyekével egyenlő módon tiszteljük.* Az emberi méltóság elve a racionális normamegalapozó diskurzust korlátozó elsődleges érték-elv.¹²

Az érték-korlátok bevezetésével ugyan feladjuk azt, hogy a morális diskurzusok során csak a legjobb érv kényszermentes kényszere érvényesül, de az érték-korlátok olyan alapvető értékek figyelembevételét követelik meg, amelyeket mindenki elfo-

¹² Ezen túl más érték-korlátok bevezetése mellett is lehet érvelni, de ennek kifejtésére ezen a helyen nincs mód.

gadhat, aki racionális és felelősségteljes gondolkodásra képes, világnézeti-vallási-filozófiai alapállásától, kulturális hovatartozásától függetlenül (továbbá az elsődleges érték-korlát a morális diskurzusokban eleve előfeltételezett alapvető normatív elvárás explicit, részletező megfogalmazása, amely elkerüli az [U]-elv személyfogalmának ellentmondásait). Nagyon fontos rámutatni, hogy *az értékekhez, nem pedig az értékek egy bizonyos értelmezéséhez vannak kötve* a morális diskurzus résztvevői: mivel ezeket sokféleképpen lehet értelmezni, ezen értékek mibenlétéről – kétség esetén – normatív vitát kell folytatni. Természetesen az alapértékek értéként való leírása, köztük az emberi méltóság alapértékké válása hosszas fejlődési folyamat eredménye. Ezeket nyilván nem „találtuk”, hanem „létrehoztuk”, hiszen egy szellemi fejlődési folyamat (és elismerési „harcok”, amelyek az egyes értékek értelmezéséhez kapcsolódóan folynak tovább) nyomán létrejött konstrukciók, az értékek „felismerését” így kell értenünk.

Egy állam jogrendszerében vannak olyan *jogi normák* (különösen az alkotmányjog és a büntetőjog területén), amelynek *háttérében morális megfontolások állnak*. Meglátásom szerint alapvető fontosságú a jogi normák morális érvényességének tisztázása, és ez nem történhet másként, mint *társadalmi morális diskurzusok* lefolytatásával. Habermas is kifejti, hogy tekintettel kell lennünk ugyanakkor a *morális normák* és a *jogi normák* közötti különbségre: az előbbiek a nyelv- és beszédképes szubjektumok lehetséges interakcióját szabályozzák, az utóbbiak pedig egy *konkrét társadalom* interakciós összefüggéseire vonatkoznak, mindig egy meghatározott államterületen és az állampolgárok társadalmilag lehatárolt közösségén belül érvényesek. Fontos, hogy a kollektív célokra irányuló figyelem ne oldja fel a jogok struktúráját, a jogi formát, és ne vezessen a jog és a politika közötti különbség megszüntetéséhez. Arra is rámutat Habermas, hogy a szabályozandó anyag konkrét természetében benne rejlik, hogy *a viselkedési módok jogi normákkal való szabályozása* (szemben a morállal) *nyitott a társadalom politikai akaratának céltételezéseivel szemben*, ezért minden jogrendben nemcsak az alapjogok univerzális tartalma, hanem egyúttal *egy partikuláris életforma* is kifejezésre jut. Minél konkrétabb az anyag megformálásának jellege, annál inkább igaz ez a jogi szabályozásra. Tehát a kiindulópont nem az állami jogrend etikai (az etika és a morál fent kifejtett megkülönböztetését alapul véve ez a jó élet bizonyos értelmezését jelenti) neutralitása, hanem minden jogi közösség és az alapjogok megvalósításának szükségszerű *etikai impregnáltsága*.

A jogok megvalósításának folyamata tehát olyan kontextusokba ágyazódik, amelyek a politika részeként önértelmezési, etikai-politikai diskurzusokat is feltételeznek, de amíg a polgárok vélemény- és akaratformálása a jogok megvalósítását tartja szem előtt, ezt nem szabad egy etikai-politikai önértelmezéssel egyenlővé tennünk.¹³

¹³ Vö. Jürgen HABERMAS: „Harc az elismerésért a demokratikus jogállamban” [ford. WEISS János] *Fordulat* 2009/2. 43–47.

4. AZ EUTANÁZIAPROBLÉMA DISKURZUSETIKAI SZEMPONTBÓL

E fejezetben az eutanázia kapcsán felmerülő kérdéseket vizsgálva az emberi méltóság tisztelete elvének, illetve tartalmi elemeinek *egy lehetséges értelmezését* adom, amely mint megfontolásra érdemes elméleti adalék figyelembe vehető az elv érvényes normatív értelmezéséről folytatott morális diskurzusokban.

Az eutanázia lényegében egy gyógyíthatatlan, *súlyos szenvedéseket* átélő *beteg ember szándékos* halálba segítése (aktív eutanázia) vagy halni hagyása (passzív eutanázia), egy másik ember által, a *beteg érdekében*. Elfogadva a Kovács József által adott felosztást, mind az aktív, mind a passzív eutanázia lehet a betegnek az életvégi döntésben való részvétele alapján *önkéntes és nem önkéntes* (amikor a beteg kora vagy állapota miatt akaratnyilvánításra nem képes, és mások döntenek helyette), illetve beszélhetünk még *kényszer-eutanáziáról* (amikor a beteget úgy részesítik eutanáziában, hogy bár akaratnyilvánításra képes állapotban van, nem kéri beleegyezését, vagy megkérdézik a beteget, aki elutasítja az eutanáziát, de azt ennek ellenére végrehajtják).¹⁴ A szakirodalomban találunk olyan véleményeket, amelyek szerint eutanáziának csak a beteg önrendelkezésén alapuló halálba segítség minősül, passzív eutanázia nincs is, hiszen az életmentő és életfenntartó kezelésekről való lemondás során a beteg az önrendelkezését gyakorolja, ennek tiszteletben tartása esetén az orvos (vagy más személy) sem közvetlenül, sem közvetve nem oka a halál bekövetkezésének. Ezt képviseli többek között Jakab Tibor és Hegedűs Katalin.¹⁵ Vadász Gábor az aktív és a passzív eutanázia, illetve a kényszer-eutanázia fogalmát is használja (ez utóbbit Jakab Tibor szintén elutasítja). Vadász ugyanakkor felhívja a figyelmet, hogy a passzív eutanáziának azt a magatartást kell tekinteni, amikor „meglévő javallat ellenére, az élet megrövidítésének céljából mellőzik a gyógykezelést”, tehát *nem tartozik ide* (többek között) *az orvosilag hasztalan kezelés mellőzése*.¹⁶ A passzív eutanázia fogalmát alkalmazhatónak tartom, de csak e felfogás alapján, abban viszont eltérek Vadász álláspontjától, hogy az *asszisztált öngyilkosságot* (amikor az orvos a beteg kérésére rendelkezésre bocsátja a halált okozó szert) *nem sorolom az aktív eutanázia körébe*: ekkor a beteg saját maga hajtja végre az ölési cselekményt, nem egy másik ember tevékenysége vagy mulasztása vezet a halálához. Ugyanígy nem tekintem eutanáziának (mivel ezen csak a halni hagyás vagy halálba segítség *szándékos* magatartását értem), amikor az orvos szándéka a beteg szenvedésének csillapítására irányul, és ez vezet *előre látott, de nem kívánt* módon a halál bekövetkezéséhez.¹⁷

¹⁴ KOVÁCS JÓZSEF: *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába* (Budapest: Medicina 1999) 404.

¹⁵ HEGEDŰS KATALIN: „A hospice és palliatív ellátás mint az eutanázia alternatívája” in FILÓ MIHÁLY (szerk.): *Párbeszéd a halátról. Eutanázia a jogrend peremén* (Budapest: Literatura Medica 2011) 159, ill. JAKAB TIBOR: „Az eutanázia és amit annak hisznek” in FILÓ uo. 114–116.

¹⁶ VADÁSZ GÁBOR: „Mit nevezhetünk eutanáziának, és mit nem? – Az életvégi döntésekről” in FILÓ (15. lj.) 187.

¹⁷ A szakirodalomban létezik olyan felfogás, amely ezt a magatartást indirekt eutanáziának tekinti, lásd ÉLŐ GÁBOR – ZUBEK LÁSZLÓ: „Életvégi döntések az intenzív terápiában” in FILÓ (15. lj.), de Kovács József is megkülönbözteti a direkt és indirekt eutanáziát. Lásd Kovács (14. lj.) 414–415.

Szakértők megfogalmaztak olyan álláspontot is, mely szerint az orvosi technológia fejlettsége *problémássá teszi az aktív és a passzív eutanázia megkülönböztetését a gyakorlatban*, így például a lélegeztetőgép kikapcsolásának (a kapcsoló elfordításának) értelmezéséről is vitát lehet folytatni. Még ha azt is mondjuk, hogy ebben az esetben logikusabb passzív eutanáziáról beszélni, mert egy életfenntartó kezelés megszüntetéséről van szó, a cselekmény *büntetőjogi értelmezése* szempontjából nem ez számít, hanem az, hogy büntetőjogilag *tevékenységről vagy mulasztásról* van-e szó. Ami nem mindegy, hiszen ha mulasztásról beszélünk, akkor már a tényállásszerűség szintjén kizárjuk a felelősséget (mulasztás esetén csak az eredmény elhárítására köteles személy felelős) és nem kell vizsgálni jogellenességi és bűnösségi tényezőket.¹⁸ A Tóth Mihály és Filó Mihály közötti szakmai vita nyilvánvalóvá tette, hogy nem egyszerűen megválaszolható kérdésről van szó: Tóth természetes-kauzális alapon a respirátor kikapcsolását tevékenységként értelmezte, Filó ezzel ellentétesen érvelt a cselekmény „szociális értelmére” hivatkozva.¹⁹ Vannak, akik szerint *erkölcsi szempontból nem tehetünk különbséget* aktív és passzív eutanázia között, Rachels sokat idézett (és kritizált) elméletében úgy érvel, hogy azért nem tehető különbség, mert az eutanázia végrehajtójának szándéka és tettének következménye mindkét esetben ugyanaz: a beteg szenvedéseinek megszüntetése, illetve a halál bekövetkezése. Így vagy el kell fogadnunk az eutanázia mindkét végrehajtási módját, vagy el kell utasítanunk azokat, attól függően, hogy miként vélekedünk: lehet-e olyan helyzet, amikor valakinek érdekében állhat a saját halála?²⁰ Az emberi élet szentségének egyéni értelmezésétől függ az, hogy mit választunk erre a kérdésre, de ettől még *indokolt* az aktív és a passzív eutanázia közötti *különbségtétel* önkéntesség esetén is. A következőkben diskurzusetikai szempontból emellett, továbbá az önkéntes eutanázia, a nem önkéntes eutanázia, illetve a kényszer-eutanázia különböző erkölcsi megítélése mellett érvelek.

Az emberi méltóság tiszteletének elvéből származó alapkövetelmény, hogy az önértekkel rendelkező emberi személy *élete védelmet érdemel*. Az emberi méltóság és az emberi élet összetartozik: az ember önértékét azáltal valósítja meg, hogy létezik (a halott személy holttestének tiszteletben tartási kötelezettsége is abból következik, hogy életében emberi méltósággal rendelkező lény volt). Ezt fejezi ki *az emberi élet szentségének elve*. Ronald Dworkin egyik művében rámutat, hogy korántsem egynemű fogalommal van dolgunk. Dworkin úgy véli, hogy a bioetikai viták arra vezethetők vissza, hogy az emberek *különböző módon értelmezik* az élet szentségének (*sanctity of human life*) a fogalmát. Dworkin szerint az *önérték* kifejezés azt jelenti, hogy valaminek az értékes volta nem függ a haszontól, az élvezettől, a kedvező állapottól, amelyet köszönhetünk neki. Egy dolog kétféle módon lehet önmagában értékes: a) vagy úgy, hogy minél több van belőle, annál jobb lesz a világ (például az emberi tudás), b) vagy úgy, hogy mennyiségi szaporítása nem teszi a világ állapotát jobbá, de egyszer már létrehozott példányát megsemmisíte-

¹⁸ Filó Mihály: „Ölni, vagy halni hagyni? – A dogmatika, a valóság és a józan ész” in Filó (15. lj.) 148.

¹⁹ Filó (18. lj.) 149–152.

²⁰ Az elméletről és kritikájáról lásd Kovács (14. lj.) 405–418.

ni borzalmas tettek minősül (például az emberi élet): az ilyen értékeket nevezzük *szentnek* és sérthetetlennek. A szent azáltal válik értékké, hogy létrejött. De mitől tekintjük szentnek azt, ami szent? Egy dolog a) vagy olyan módon válik szentté, hogy a *konvenció révén társul* egy másik dologhoz, amelyet már szentként tisztelünk (például a nemzeti jelképek a hazához), b) vagy olyan módon, hogy *saját egyszeri története teszi azzá. Az utóbbihoz tartozik* és kiemelkedik ebből a kategóriából *az emberi élet*, mert kétfajta teremtés: *a biológiai evolúció és a kulturális teremtés keresztútján található*. Minden megkezdett életben benne van a természet műve, de benne van a szándékos emberi cselekvés is, és minél tovább tart az egyedfejlődés, annál nagyobb az utóbbi elem része benne. Az emberi egyedből – ahogyan azt már többször hangsúlyoztuk –, nem egyszerűen az lesz, amivé szervezete megéri, hanem az is, amivé a társadalmi környezete alakítja, illetve amivé ő maga teszi saját magát. Amikor az egyének élethez való jogáról beszélünk, vonja le a következtetést Dworkin, nem tehetünk különbséget emberek, emberi életek között. Az abortusz és az eutanázia kapcsán számos érvet és ellenérvet megfogalmaznak, és a legtöbb álláspont megfelel az élet szentsége tiszteletben tartása elvének. A vita azért alakul ki, mert az egyes nézetek megfogalmazói *másképpen értelmezik* az élet szentségét. Vannak, akik úgy gondolják, hogy a *természet (vagy Isten) hozzájárulása* az élet szakrális jelentőségéhez *maximális*, a kultúráé és az emberi cselekvésé elhanyagolható (ezért elutasítják az abortuszt és az eutanáziát), *mások* felfogása szerint a természet szerepe kisebb, a *kultúráé és az emberi cselekvésé a főszerep* (és bizonyos körülmények között megengedhetőnek tartják az abortuszt és az eutanáziát), és természetesen köztes álláspontok is elképzelhetők, amelyek e két szélsőséges nézet közötti kompromisszum alapján fogalmazódnak meg.²¹

Az emberi méltóság tiszteletének elvéből következő szabadságból adódik, hogy az *emberi személy* a maga *egyéni módján fogja fel az élet szentségének elvét*. Ez azonban *nem lehet ellentétes* az életszentség-elv vonatkozásaival, amelyekről *morális konszenzus* van, illetve nem lehetséges olyan felfogása, amely az emberi méltóság tisztelete elvének lényegével ellentétes. Ezért nem megengedhető a halálbüntetés. Ebben az esetben egy, már a létezésével önértéket megvalósító emberi személy életének szándékos kioltásáról van szó, amelynek indoka a megtorlás, az elrettentés: ekkor állami célok érdekében eszközként kezelnek egy emberi lényt, ez pedig összeegyeztethetetlen az emberi méltóság tiszteletének elvével. Az abortuszt viszont lehetővé kell tennie az államnak, hiszen el nem dönthető etikai vita folyik a méhmagzat státuszáról, morális konszenzus nem alakítható ki, ezért az államnak a „semlegesség” álláspontját kell elfoglalnia (ugyanakkor meg kell tennie mindent az abortuszok számának csökkentése érdekében, mert az nyilvánvaló, hogy a méhmagzat értéket képvisel, a vita arról szól, hogy milyen értéket).

Nincs morális konszenzus az eutanázia és az öngyilkosság kérdésében sem. De amíg az *öngyilkosság* esetében a személy maga vet véget az életének, az eutanázia

²¹ Vö. RONALD DWORKIN: *Life's Dominion. An Argument About Abortion, Euthanasia and Individual Freedom* (New York: Knopf 1993) 69–87, ill. KIS JÁNOS: *Az állam semlegessége* (Budapest: Atlantisz 1997) 245–260.

végrehajtása *feltételez más személyt* is, ezért *szükségszerűen avatkozik be* ezekben az esetekben *az állam*. *Aktív eutanázia* esetében is egy önértéket megvalósító emberi személy életének szándékos kioltása történik, *passzív eutanázia* esetében pedig nem nyújtunk egy embernek életmentő vagy életfenntartó kezelést. Azonban ezekben az esetekben egy *nagy szenvedéseket átélő, gyógyíthatatlan beteg* emberről van szó, és a halálba segítés vagy a halni hagyás *a beteg érdekében, szenvedéseinek megszüntetése céljából* történik, tehát az eutanázia végrehajtója a beteg (vélt vagy valós) érdeke alapján cselekszik. Ha az emberi méltóság tiszteletének elvét vesszük figyelembe, akkor *különbözőképpen kell megítélnünk az önkéntes és a nem önkéntes eutanáziát és a kényszer-eutanáziát*. Az *utóbbi teljességgel elfogadhatatlan*, hiszen a beteg autonómiájának figyelembe vétele nélkül történik az eutanázia végrehajtása, így nyilvánvalóan nem érvényesülhet a beteg saját élet szentségének felfogása (ekkor az, amit az eutanázia végrehajtója a beteg érdekének vél, nem a beteg valós érdeke). A *nem önkéntes eutanázia* (amikor a beteg kora vagy állapota miatt akaratnyilvánításra nem képes) főszabályként szintén elfogadhatatlan az emberi méltóság tisztelete elve alapján, hiszen a beteg autonómiája ugyancsak sérül, ebben az esetben azonban nem azért, mert akarata ellenére cselekszenek – mint a kényszer-eutanázia esetén –, hanem mert nem tudja kifejezni az akaratát és mások (hozzátartozó, orvos, állami szerv) döntenek helyette. Az *aktív nem önkéntes eutanázia minden esetben elfogadhatatlan*, hiszen az aktív eutanázia lehetővé tétele olyan súlyú döntés, amelyet csak egyén hozhat meg saját magával kapcsolatban. Az élet szentségét ellenkező esetben olyan módon értelmeznénk, amely összeegyeztethetetlen az egyéni szabadság tiszteletével. A *passzív nem önkéntes eutanázia kivételesen* csak akkor elfogadható, ha a beteg hozzátartozói a bíróság, vagy más állami szerv előtt meggyőzően állítják, hogy a beteg akaratnyilvánításra képes állapotban lemondana az életfenntartó vagy életmentő kezeléstről (de ez például újszülött esetében eleve nem lehetséges). Ekkor a *beteg feltételezett akarat*a alapján születik meg a döntés, így autonómiájára – a lehetőségekhez képest – tekintettel vannak. Az állami szerv beavatkozása ebben az esetben nem mellőzhető, garanciális jellegű. Célszerű lenne továbbá nem csak egy hozzátartozót feljogosítani a nyilatkozatra, a jogszabály több hozzátartozó egybehangzó nyilatkozatát is elvárhatná, de a végső döntést mindenképpen bíróságnak (vagy más erre felruházott állami szervnek) kell meghoznia. Nyilván mindez csak akkor történhet így, ha a betegnek nem volt saját előzetes, még akaratnyilvánításra képes állapotban megtett írásbeli nyilatkozata, *élő végrendelete (living will)*, mert akkor az ebben foglaltaknak kell érvényesülniük a beteg akaratának megfelelően (ebben a nyilatkozó a felmerülő vitás kérdések megoldására egy „helyettes döntéshozót” is kijelölhet). Az élő végrendelet meghatározó jelentőségű eszköz a beteg autonómiájának és az élet szentsége saját felfogásának érvényesülése szempontjából, ezért mindent meg kell tenni ennek tényleges elterjedése érdekében. Problémás, ha az élő végrendelet lehetőségét a jog ugyan biztosítja, de alig ismert az élő végrendelet mibenléte, vagy ha a nyilatkozat megtételének bonyolult feltételei visszatartó erőt jelentenek.

Az *önkéntes passzív eutanázia elfogadható* az emberi méltóság tiszteletének elve alapján. Mivel nincs morális konszenzus az önkéntes passzív eutanázia eluta-

sításáról (sőt, a legtöbb etikai álláspont ezt elfogadja), ezért az állam a „*semlegeség*” elve alapján a *betegtől nem tagadhatja meg* azt a lehetőséget, hogy visszautasíthassa az életmentő és életfenntartó kezeléseket, ez a személy szabadságából következik. Ugyanakkor itt az orvos olyan beavatkozásokat mellőz, amelyek megítétele egyébként kötelessége lenne, ezért ez csak *bizonyos szabályok betartásával mehet végbe* (a visszautasító nyilatkozat formai követelményeit, elbírálásának módját stb. jogszabályban kell tisztázni), azonban fontos elvárás, hogy ezek a szabályok ne nehezítsék meg – például bonyolult eljárási rend megkövetelésével – a beteg akaratának érvényesülését. Rendkívüli jelentőségű ebben az esetben a beteg teljes körű, egyéniesített tájékoztatása (állapotának orvosi megítéléséről, illetve a jogi lehetőségekről egyaránt).

Az *önkéntes aktív eutanáziával* kapcsolatban az államnak szintén a „*semlegeség*” álláspontját kellene elfoglalnia: hiszen olyan etikai kérdésről van szó, amelyben nem alakítható ki konszenzus, azonban ebben az esetben nem olyan egyszerű a helyzet. Ennek megvilágítása céljából utalok Kis Jánosnak az erkölcsi terheket vizsgáló elméletére, amelyet az abortusz-probléma kapcsán fejtett ki. Abban egyetérthetünk – írja Kis János –, hogy akinek a meggyőződése szerint a magzat személy, annak *erkölcsi teher* egy olyan társadalomban élni, ahol az abortusz megengedett, és aki szerint nem személy a magzat, annak erkölcsi teher egy olyan társadalomban élni, ahol az abortusz tilos. De az előbbi esetben a teher csupán *közvetett*: politikai közösségünk másoknak megengedi azt, ami az ő felfogásában bűn. Az utóbbi esetben viszont a teher *közvetlen* lehet, amikor a terhes nő számára megtiltják azt, ami az ő felfogásában nem bűn. Mivel a közvetlen teher súlyosabb a közvetett tehernél, ebből adódik a szabályozási mód is.²² Az erkölcsi terheket vizsgálva az eutanáziával összefüggésben is azt mondhatjuk, hogy nagyobb (mert közvetlen) az erkölcsi teher azon a személyen, aki nem tartja etikailag problémásnak az önkéntes aktív eutanáziát, viszont olyan államban kell élnie, ahol ez tiltott, mint azon a személyen, aki olyan államban él, ahol ezt megengedik, pedig az ő felfogása szerint ez elvetendő (ekkor az erkölcsi teher közvetett). Azonban nem teljesen ugyanaz a helyzet, mint az abortusz-kérdés tekintetében: itt az utóbbi felfogást valló személy erkölcsi terhe súlyosabb, mintha abortuszról lenne szó. Természetesen fel sem merül, hogy annak, aki elutasítja a művi terhességmegszakítást, bármi köze is lehet ilyen beavatkozáshoz (tehát senkinek sem kell attól tartania, hogy akaratára ellenére végezik el rajta az eljárást), míg az eutanáziát elutasító személynek *félelmei lehetnek* azzal kapcsolatban, hogy *nem élnek-e vissza ezzel a lehetőséggel*. Önkéntes aktív eutanáziát valóban csak olyan államokban lehet bevezetni, ahol olyan egészségügyi-intézményi rendszer van, hogy a visszaéléseket meg tudja előzni. Ahol ezek a feltételek nem állnak fenn, ott az állam elvonhatja az önkéntes aktív eutanázia lehetőségét e feltételek megvalósulásáig. Természetesen társadalmi morális vitát kell folytatni az önkéntes aktív eutanázia megengedhetőségéről, illetve arról, hogy bevezetési feltételei megvannak-e vagy sem. Bizonyos államokban az önkéntes aktív eutanáziát ugyan elvetik, de az asszisztált öngyilkosság-

²² Kis (21. l.) 262.

ra lehetőséget adnak (például Svájcban, illetve az USA egyre több államában ez a helyzet), amely az önkéntes aktív eutanáziánál jobban összeegyeztethető az emberi méltóság tiszteletének elvével, hiszen itt a beteg a saját élet szentségének felfogása alapján autonóm döntést hozva, maga cselekszik, továbbá így a visszaéléseknek is kisebb az esélye. Természetesen jogszabályban kell tisztázni, hogy milyen esetekben adhat segítséget ehhez a döntéshez az orvos. Az aktív eutanáziát ugyanakkor nem „váltja ki” teljesen az asszisztált öngyilkosság, hiszen van, aki az öngyilkosságot elutasítja, de azt már el tudja fogadni, ha más idézi elő a halálát, illetve lehet olyan állapotban az egyébként tudatánál lévő beteg, hogy képtelen öngyilkosságot elkövetni (például bénulás esetén).

Az életvégi döntésekkel kapcsolatos jogi normák hátterében nem csak a morális diskurzusok nyomán kikristályosodott morális szempontok állnak, mivel ezek sosem mentesek a (szűkebb értelemben vett) etikai elemektől – lásd Habermas felfogását az alapjogok etikai impregnáltságáról –, azaz egy adott politikai közösségnek *a jó életre vonatkozó bizonyos értéktételezéseitől*. Így például lehetséges az egyéni szabadság és az élet szentségének elve összefüggéseinek olyan közösségi értelmezése, amely alapján az asszisztált öngyilkosságot az adott társadalom inkább el tudja fogadni, mint az önkéntes aktív eutanáziát, vagy éppen mindkettőt elutasítja. A bírói jogértelmezésben is megjelennek ezek a szempontok, a nagy figyelemmel kísért eutanáziaügyek, illetve a meghozott döntések alkalmasak arra, hogy társadalmi morális és etikai diskurzusokat generáljanak, amelyek a jogi normák, vagy a jogértelmezés változását is eredményezhetik hosszú távon. E szemlélet alapján – Sándor Judit is hasonló álláspontot fejtett ki – viszont mindenképpen kerülni kell, hogy politikusok a *saját* értékszemléletük alapján beavatkoznak eutanáziával kapcsolatos kérdésekbe, mint ahogyan ezt tette John Ellis Bush kormányzóként a *Terry Schiavo*-ügyben, vagy Berlusconi az *Englaro*-ügyben.²³

Az emberi méltóság tiszteletének elvén nyugvó gondolkodás szerint az alapvető cél az élet utolsó periódusában a *saját meghalás* elősegítése. Ez a *saját élet részeként* értelmezhető és annak biztosítását jelenti, hogy az egyén emberhez méltó módon éljen élete utolsó pillanatáig, és emberhez méltó módon haljon meg. Az aktív eutanázia, vagy éppen az asszisztált öngyilkosság bevezetése ugyan nem ellentétes az emberi méltóság tiszteletének elvével, de célunk csak az lehet, hogy a haldoklóknak olyan körülményeket, multidimenzionális szemléletű életvégi gondozást biztosítsunk, hogy e lehetőségek igénybevétele nélkül is emberhez méltó halált haljanak. Ennek feltétele a halálhoz való viszonyunk átalakítása, a halál tabuizálásának feloldása. Nagy jelentősége van a hospice-palliatív gondozásnak, a beteg megfelelő fájdalomcsillapításának és szeretetteljes ellátásának. Számos olyan terápia létezik, amelyek a végstádiumú betegeket ahhoz segíthetik, hogy felismerjék életük utolsó időszakának értelmét. A Viktor E. Frankl által kidolgozott *logoterápia* a végstádiumú betegek esetében is alkalmazható. A logoterápia célja a páciens *beállítódásának megváltoztatása*, hogy úgy szemlélje az életét, mint amelyet

²³ SÁNDOR Judit: „Az eutanázia mint politikai kérdés” in *FILÓ* (15. lj.) 89–93.

értelmesen kell élnie: erre élete végén is lehetősége van.²⁴ Szintén az értelem-találást segíti elő a Max Chochinov által kifejlesztett *méltóságterápia*.²⁵ Fontos lenne, hogy a haldoklót, ha állapota engedi, az említett és ezekhez hasonló terápiákkal segítsék a teljes körű fájdalomcsillapítás és az emberi méltóságát maximálisan tiszteletben tartó gondozás mellett.

Az előzőekben az értékcorlátos diskurzusetika, illetve a diskurzusok elsődleges értékcorlátját jelentő emberi méltóság tiszteletének elve alapján értelmeztem az eutanázia problémáját. Terjedelmi okok miatt csak a legalapvetőbb kérdéseket érintettem, de a kifejtett nézetek talán hozzájárulnak az eutanáziavitában alkalmazott fogalmak tisztázásához, akár olyan módon, hogy kritikai reflexiók alapjául szolgáljanak.

5. JAVASLATOK AZ EMBERI MÉLTÓSÁG TISZTELETÉNEK ELVÉN ALAPULÓ DISKURZUSETIKAI SZEMLELET ALAPJÁN

Végezetül a felvázolt szemlélet alapján néhány javaslatot fogalmazok meg, amelyek figyelembe vehetők a magyar szabályozás újragondolásakor.

(1) Az emberi élet tisztelete elvének alapján olyan jogi szabályozás lenne kívánatos, amely egyszerre akceptálja a személy szabadságát és az élet szentségének eltérő értelmezéseit.

(2) Fontos, hogy minél inkább valódi társadalmi morális diskurzusokon alapuljon a szabályozás. Nagy jelentősége van a szakmai vitákon túl a különböző tömegmédiuumoknak, nemcsak a témával kapcsolatos megfelelő tájékoztatásban, hanem az alternatívák bemutatásában és a valódi viták lefolytatásának segítésében is.

(3) A diskurzusetika szellemében a morális és az etikai, tehát az erkölcsi konszenzuson alapuló és a jó élet egyéni értelmezéséhez kapcsolódó értéktelezéseket el kell választani egymástól. Ugyan az alapjogok értelmezése egy adott közösségben mindig „etikailag impregnált”, de ez nem azt jelenti, hogy politikusok pártérdekeknek megfelelően dönthetnek olyan kérdésekben, amelyek szabályozása csak társadalmi morális diskurzusokon alapulhat.

(4) Az emberi méltóság tiszteletén alapuló fent vázolt szemlélet alapján a nem önkéntes aktív eutanázia nem lehetséges, a nem önkéntes passzív eutanázia pedig csak megfelelő jogi garanciák érvényesülése esetén elfogadható, ezek a beteg feltételezett akaratának megállapítását segítik. De a még így is problematikus megoldás helyett az élő végrendelet (*living will*) társadalmi elterjedése támogatandó. Ilyen nyilatkozat Magyarországon is tehető, de nagyon kevesen ismerik ezt a lehetőséget, továbbá az elvárt alaki-formai követelmények problémásak. Vadász Gábor beadványa alapján a 24/2014. (VII. 22.) AB határozat ugyan bizonyos változásokat hozott, hiszen már nem szükséges hozzá pszichiáter szakorvos – egy hónapnál

²⁴ Viktor E. FRANKL: *Orvosi lélegzõdozás* [ford. JAKABFFY Imre, JAKABFFY Éva] (Budapest: UR Kiadó 1997).

²⁵ Harvey Max CHOCHINOV: *Méltóságterápia* [ford. BÍRÓ Eszter] (Budapest: Oriold és Társai 2014).

nem régebbi – szakvéleménye és nem kell kétévente megújítani a nyilatkozatot, de továbbra is csak közokiratban tehető. Talán célszerűbb volna teljes bizonyító erejű okiratot megkövetelni ebben az esetben. Támogatandó megoldás volna továbbá az is, hogy a közjegyzők által elektronikusan archivált egészségügyi nyilatkozatok elérhetőek legyenek az egészségügyi szolgáltatók számára.

(5) Az életfenntartó és életmentő kezelések visszautasításának hazai szabályozása sokak szerint problematikus, erre utalt például az AB 2003-as eutanáziahatározatához különvéleményt csatoló Bihari Mihály alkotmánybíró is.²⁶ A szabályozás túlbonyolított, a gyakorlatban nem érvényesül, például a háromtagú orvosi bizottság felállítását az egészségügyi intézmények a tapasztalatok szerint általában mellőzik. A szabályozást a 2014-es eutanáziahatározat is érintetlenül hagyta (elsősorban formai okokra hivatkozva), pedig e fontos életvégi döntés jogi szabályozásának újragondolása elengedhetetlen.

(6) Az AB 22/2003. (IV. 28.) határozata szerint „a jelenlegi társadalmi-intézményi-tudományos feltételek mellett nem biztosítható a beteg döntésének befolyásmentessége, ezért az aktív eutanázia alkotmányellenes, de ha a befolyásmentes döntés biztosítható lesz, változhat az alkotmányos megítélés is”. 2003 óta sok év eltelt, így szükségessé vált, hogy az önkéntes aktív eutanázia feltételeinek meglétéről társadalmi morális vitát folytassunk. Az önkéntes aktív eutanázia elfogadható a fenti szemlélet alapján, de csak akkor, ha a betegek autonómiája valóban érvényesül, és megfelelő biztosítékokat garantál az állam a visszaélések elkerülésének érdekében. Megvizsgálandó kérdés továbbá – az önkéntes aktív eutanázia elvetése esetén is –, hogy fennállnak-e az asszisztált öngyilkosság feltételei.

(7) Az emberi méltóság tiszteletének elve alapján a legfontosabb cél az élet utolsó periódusában a *saját meghalás* elősegítése. Ezt nem csupán az életvégi döntések megfelelő szabályozása szolgálja, alapvető jelentősége van beteg emberi méltóságát tiszteletben tartó gondozásnak, a fájdalomcsillapításnak, illetve a lelki támogatásnak. Ennek érdekében fejleszteni kell a hospice-palliatív ellátást és olyan terápiákat kell felkínálni a végstádiumú betegeknek, amelyek hozzásegítik őket ahhoz, hogy értelmet találjanak életük utolsó időszakában is.

²⁶ Bihari Mihály alkotmánybíró különvéleményében azon az állásponton volt, hogy az 1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről (Eütv.) 20. § (3), (4) és (7) bek.-ében szereplő feltételek alkotmányellenesek. 22/2003. (IV. 28.) AB hat., ABH 2003, 293–310. Bihari Mihály alkotmánybíró különvéleménye.

FILÓ MIHÁLY* – BUZÁS PÉTER**

ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK ÉS A *MARGIN OF APPRECIATION* AZ EMBERI JOGOK EURÓPAI BÍRÓSÁGÁNAK GYAKORLATÁBAN¹

A szerzők tanulmányukban bemutatják a strasbourgi gyakorlatban az életvégi döntésekre vonatkozó legfontosabb eseteket, majd elemzik a mérlegelési mozgástér doktrínájának érvényesülését. A szerzők arra a következtetésre jutnak, hogy bár az EJEB alapvetően egyensúlyt kíván teremtetni az egyének élethez való és a magánélet tiszteletben tartásához fűződő joga között, a margin-elv alkalmazása az egyes döntések meghozatala során – adott esetben – az egyéni jogok érvényesülésének korlátozásához vezethet.

Az életvégi döntések szabályozása a posztmodern társadalom legnehezebben megoldható erkölcsi és jogi problémái közé tartozik, ezért az ide sorolható esetek vizsgálata mindig nehéz feladat elé állítja az EJEB bíráit.² Az EJEE³ releváns rendelkezései értelmezése során morális szempontból két elv jut kiemelt szerephez. Az egyik az élet szentségének principiuma, amelynek értelmében az emberi élet abszolút, azaz – külső körülményektől függetlenül – értékes és sérthetetlen. Ezzel áll szemben az autonómia tiszteletben tartásának követelménye, ami a nyugati kultúrkörben különleges státuszt élvez.⁴ Habermas szerint a posztindusztriális korban az önreflexió – amely korábban kevesek kiváltsága volt – mindennaposá válik azzal, hogy az individualizáció, az „*életvilág racionalizálása*” következtében az egyén már nem követi feltétlenül a tradicionális viselkedési mintákat. Az egyén életvitele egyre kevésbé a közösségi diskurzus tárgya.⁵ Sőt, Raz úgy véli,

* PhD, egyetemi adjunktus, Eötvös Loránd Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar, 1053 Budapest, Egyetem tér 1-3.

E-mail: filo@ajk.elte.hu.

** Doktorandusz, Eötvös Loránd Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar, 1053 Budapest, Egyetem tér 1-3.

E-mail: peter.buzas.jd@gmail.com.

¹ A „*margin of appreciation*” kifejezésnek a magyar jogi szaknyelvben számos megfelelője használatos. A tanulmányunk nem célja az, hogy állást foglaljon a terminológiát övező vitában. A szerzők ezért elsődlegesen az angol kifejezés használata mellett döntöttek, ill. a „mérlegelési mozgástér”, „mérlegelési szabadság”, „mérlegelési jogkör” és a „diszkreionális jogkör” kifejezéseket szinonimaként alkalmazzák. Vö. DUBÁS DÓRA VIRÁG: *A mérlegelési mozgástér doktrína természete, különös tekintettel a magyar vonatkozású strasbourgi ügyek tapasztalataira* [PhD-értekezés] (Budapest: ELTE Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola 2013) 12–23.

² FILÓ MIHÁLY: *Az eutanázia a büntetőjogi gondolkodásban* (Budapest: ELTE Eötvös 2009) 69.

³ Az emberi jogok és az alapvető szabadságok védelméről szóló, 1950. november 4-én kelt Egyezmény (1950 Róma).

⁴ THOMAS GUTMANN: *Freiwilligkeit als Rechtsbegriff* (München: C. H. Beck 2001) 5.

⁵ JÜRGEN HABERMAS: *Faktizität und Geltung. Beiträge zur Diskurstheorie des Rechts und des demokratische Rechtsstaats* (Frankfurt am Main: Suhrkamp 1992) 126.

hogy a társadalom egyenesen megköveteli, hogy az egyén autonóm módon cselekedjék.⁶

Az emberi jogok védelmének európai rendszerében az említett morális normákat az EJEE élethez való jogot deklaráló 2. cikke, valamint a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jogot biztosító 8. cikke juttatja érvényre.

Másrészről az EJEB-nek figyelemmel kell lennie a részes államok eltérő jogi, kulturális, társadalmi és történelmi hagyományaira is, ami a „margin of appreciation” elvében jelenik meg. A hazai jogirodalomban „mérlegelési mozgástérként” említett jogi doktrína alkalmazásával az EJEB

„a tagállamok helyi viszonyaira és olykor konszenzusra figyelemmel, az adott jogok és tevékenységek természetétől és az alapvető demokrácia igényéből következően lazábban vagy szigorúbban vizsgálja az egyéni jogokba való állami beavatkozás arányosságát, a helyes egyensúly szokásos arányossági mércéjével mér, figyelembe véve demokratikus, konszenzus vagy szakértelmi megfontolásokat, illetve a pozitív kötelezettségek teljesítésében nyújt szabadságot az államoknak mindaddig, amíg az általa alkalmazott eszközök hatékonyak.”⁷

Ez azonban nem jelenti azt, hogy korlátlan szabadsággal rendelkeznek, a meghozott intézkedések ugyanis továbbra is strasbourgi felülvizsgálat tárgyát képezik.⁸

Az EJEB a fenti szempontok mérlegelésével alakította ki ítélkezési gyakorlatában az életvégi döntések gyakorlásának jogi kereteit. Ezáltal biztosítja az egyéneket megillető emberi jogok érvényesülését. A testület ugyanakkor így képes fenntartani a döntései tiszteletben tartásához és végrehajtásához elengedhetetlenül szükséges állami bizalmat is.⁹

Jelen tanulmány célja annak vizsgálata, hogy milyen módon érvényesül az EJEB vonatkozó gyakorlatában a tagállamokat megillető mérlegelési szabadság az életvégi döntések tekintetében. Az első rész ennek megfelelően bemutatja a strasbourgi esetjogban fellelhető legfontosabb döntéseket, azok hátterét, valamint az Emberi Jogok Európai Bizottsága (EJEBiz) és az EJEB érvelésének főbb megállapításait. A második rész a „margin of appreciation” problémáira fókuszál. Először megvilágítja e doktrína alapjait, majd ezek mentén elemzi az EJEB korábban ismertett döntéseit. A dolgozat végkövetkeztetése, hogy noha a testület egyensúlyt kíván teremteni a vonatkozó jogok érvényre juttatása és a mérlegelési szabadság között, az utóbbi mégis hangsúlyosabban érvényesül a gyakorlatban. Ennek következtében az életvégi döntésekkel kapcsolatos egyéni jogok hátrányt szenvednek.

⁶ „Azok számára, akik egy autonómiát támogató környezetben élnek, nincs más választás, mint autonómnak lenni. Egy ilyen társadalomban nincs más mód a boldogulásra.” Joseph RAZ: *The Morality of Freedom* (Oxford: Clarendon Press 1986) 391.

⁷ Dudás (1. lj.) 245.

⁸ *Handyside v. the United Kingdom*, Judgement of 7 December 1976, Series A, no. 24, § 49.

⁹ Bilyana PETKOVA: „The Notion of Consensus as a Route to Democratic Adjudication?” in Catherine BARNARD – Markus W. GEHRING – Iyiola SOLANKE (szerk.): *Cambridge Yearbook of European Legal Studies Vol. 14* (Oxford: Hart 2011–2012) 681.

1. ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK AZ EJEB ESETJOGÁBAN

1.1. ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK ÉS A MAGÁNÉLET ASPEKTUSAI

– R. V. THE UNITED KINGDOM

Az EJE Biz először 1984-ben konfrontálódott a „kegyes halál” kérdésével, amikor Nicholas Reed, a brit önkéntes eutanázia társaság titkáráként több személy öngyilkosságában működött közre, illetve a suicidium elkövetéséhez szükséges eszközökről tartott tájékoztató előadásokat, ami az angol jog szerint büntetendő.¹⁰ Reed, akit letöltendő szabadságvesztésre ítélték, többek között azzal érvelt, hogy az öngyilkosságban való közreműködés minden szándékos formáját *sui generis* bűncselekményként kriminalizáló Suicide Act sérti az EJE 8. cikk által védett magánélet tiszteletben tartásához fűződő jogát.¹¹

Az EJE Biz a kérelmet – mint nyilvánvalóan alaptalant – utasította el, azonban indokolásában a testület a *Bruggemann–Scheuten* ügyre hivatkozva abból indult ki, hogy a „magánélet” fogalma tágan értelmezendő. Noha a *privacy* alapján az egyén kibontakoztathatja saját személyiségét,¹² ez nem jelentheti a korlátlan cselekvési szabadságot. A 8. cikk ugyanis csak azokat az eseteket védi, amikor az egyén létesít kapcsolatot a magánélete és más személyes érdekei, valamint a külvilág között. Ezt az érvelést követve az EJE Biz arra a következtetésre jutott, hogy az öngyilkosságban való közreműködés nem esik a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jog hatálya alá, noha maga az öngyilkosság ebbe a védelmi körbe eshet.¹³

„A Bizottság nem tekinti úgy, hogy az a cselekmény, amelyért a kérelmezőt elítélték, nevezetesen az öngyilkosságban való közreműködés és az öngyilkosságra történő rábírás, a magánéletbe történő beavatkozásként határozható meg. Egyúttal abból, hogy az öngyilkosságot megkísérelni szándékozók magánélethez való joga közvetlenül érintett, nem következik az, hogy a kérelmező magánélethez való joga is sérülne. Éppen ellenkezőleg, a Bizottság arra az álláspontra helyezkedik, hogy az öngyilkosságban való segítségnyújtás, az arra történő rábírás, a tanácsadás az elkövetéshez vagy az öngyilkosságban való közreműködés kizárandó a magánélethez való jog fogalmából, tekintettel arra, hogy mindezen cselekmények az élet védelmére vonatkozó közérdekbe ütköznek, ahogy ezt az 1961-es törvény büntetőjogi rendelkezései is tükrözik.”¹⁴

A döntés jelentősége, hogy az EJE Biz lefektette annak a dogmatikának az alapjait, amely a tárgyi ügyekben a mai napig meghatározó. Egyrészt az öngyilkosság mint

¹⁰ *Report of the Commission, R. v. the United Kingdom*, 04 July 1983, DR 33, pp. 270–275.

¹¹ Az EJE 8. cikk 1. bek.-e értelmében „mindenkinek joga van arra, hogy magán- és családi életét, lakását és levelezését tiszteletben tartsák”.

¹² *Report of the Commission, Bruggemann & Scheuten v. Federal Republic of Germany*, DR 10, pp. 100–115.

¹³ FILÓ (2. lj.) 310.

¹⁴ 10. lj. 271–272.

a magánélet egy aspektusa lesz az a keret, amelynek segítségével az EJEB a vonatkozó eseteket vizsgálja. Másrészt pedig már a bizottsági döntésben is felmerült az államok azon kötelezettsége, hogy – az élet szentsége elvét érvényre juttatandó – megfelelő módon szabályozzák a felmerülő kérdéseket, ezáltal pedig e téren korlátozzák az egyéni autonómiát. E két pólus, vagyis az egyéni autonómia és az élet szentségének védelme – fogja meghatározni a bírósági gyakorlatban a vonatkozó nemzeti jogszabályok egyezmény-konformitását, illetve az egyes államokat a szabályozás tekintetében megillető szabadságot.

1.2. AUTONÓMIA KONTRA AZ ÉLET SZENTSÉGE – PRETTY V. THE UNITED KINGDOM

A Bíróság az öngyilkosságban való közreműködés megítéléséről részletesen a *Pretty*-ügy kapcsán foglalt állást.¹⁵ A kérelmező, a brit Diane Pretty, olyan progresszív lefolyású, degeneratív neurológiai bántalomban szenvedett, amely minden esetben gyógyíthatatlan, és – tekintettel arra, hogy a kór előrehaladtával a beteg izmai megbénulnak – elviselhetetlen fájdalommal jár, mielőtt bekövetkezik a fulladós halál.¹⁶ A kérelmező saját kezüleg akart véget vetni az szenvedéseinek, állapota miatt azonban erre csak férje közreműködésével lett volna lehetősége. Pretty ezért azzal a kérelemmel fordult a brit hatóságokhoz, hogy házastársa mentesülhessen a Suicide Act szerinti büntetőjogi következmények alól, az angol jog ugyanis az öngyilkosságban közreműködés minden szándékos formáját szigorúan bünteti. A beadványt azonban végül a House of Lords is elutasította.¹⁷

Diane Pretty az EJEB-hez benyújtott kérelmében azt kifogásolta, hogy a vonatkozó jogszabályi rendelkezések sértik – többek között – az EJEE 2. és 8. cikkeit. A strasbourgi testület bírái azonban 2002. április 29-én a kérelmet egyhangúlag elutasították. A panaszos az ítéletet – amelynek kihirdetése után egy héttel elhunyt, egyetlen mondattal kommentálta: „*A Bíróság minden jogomtól megfosztott.*”¹⁸

Az EJEB az élethez való jogot deklaráló második cikk kapcsán felidézte korábbi gyakorlatát, amelynek értelmében az EJEE részes államainak kiemelt kötelessége az emberi élet védelme.¹⁹ E rendelkezés a legalapvetőbb emberi jogot ismeri el,

¹⁵ *Pretty v. the United Kingdom*, no. 2346/02, ECHR 2002-III.

¹⁶ Az eljárás megindításnak időpontjában csupán néhány hónap lehetett hátra a kérelmező életéből. Emily WADA: „A Pretty Picture: The Margin of Appreciation and the Right to Assisted Suicide” *Loyola of Los Angeles International and Comparative Law Review* 2005/2. 276–278.

¹⁷ Monika HEYMANN: „Die Europäische Menschenrechtskonvention und das Recht auf aktive Sterbehilfe – EGMR, NJW 2002, 2851” *Juristische Schulung* 2002. 957; FILÓ Mihály: „Die Strafbarkeit der Suizidbeihilfe im ungarischen Strafrecht” *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft* 2005/5. 952–965.

¹⁸ Kurt FASSBENDER: „Lebensschutz am Lebensende und Europäische Menschenrechtskonvention” *Juristische Ausbildung* 2004. 115–120.

¹⁹ Az EJEE 2. cikk 1. bek.-e értelmében „[a] törvény védi mindenkinek az élethez való jogát. Senkit nem lehet életétől szándékosan megfosztani, kivéve, ha ez haláltbüntetést kiszabó bírói ítélet végrehajtása útján történik, amennyiben a törvény a bűncselekményre ezt a büntetést állapította

amelynek alkalmazását még háború vagy a nemzet létét fenyegető más rendkívüli állapot idején sem lehet felfüggeszteni.²⁰ A vonatkozó esetjog értelmében a hatóságoknak egyrészt tartózkodnia kell az élethez való jog – szándékos vagy gondatlan – megsértésétől.²¹ Másrészt az államokat tevőleges, kriminalizációs kötelezettség is terheli ebben a vonatkozásban, amely kiterjed mind az állam és állampolgárai közötti, mind pedig az állampolgárok egymás közötti viszonyaira.²² Ezeket figyelembe véve a testület egyértelmű döntést hozott, hiszen kimondta, hogy az élethez való jogból nem vezethető le az egyén halálhoz való joga:

„A Bíróság nem jut arra a következtetésre, hogy a 2. cikkben biztosított »élethez való jogot« akként lehetne értelmezni, hogy az negatív aspektust tartalmazzon. [...] A 2. cikk nem értelmezhető úgy a nyelv szabályainak lerontása nélkül, hogy egymással szöges ellentétben álló jogokat keletkeztessen, nevezetesen a halálhoz való jogot, és nem értelmezhető úgy sem, hogy az önrendelkezés magában foglalhatná azt a jogosultságot, hogy az egyén inkább a halált választja az élet helyett. A Bíróság a továbbiakban megállapítja, hogy nem vezethető le az Egyezmény 2. cikkéből a halálhoz való jog, sem harmadik személy keze által sem a közhatalom közreműködésével.”²³

A magánélet tiszteletben tartásához fűződő jog kapcsán az EJEB – csatlakozva az *R.*-ügy óta követett logikához – megállapította, hogy a személyes autonómia a 8. cikkben foglalt garanciák alapjául szolgáló egyik legfontosabb elv.²⁴ A magánélet védelme ezért kiterjed a veszélyes vagy morálisan elítélendő cselekedetek választásának szabadságára is. A strasbourgi bíróság továbbá elismerte, hogy megváltozott a társadalom értékítélete az asszisztált öngyilkosság kérdésében. „*Egy olyan korban, amikor egyre hosszabb az emberek várható élettartama, idős korban, valamint előrehaladott fizikai vagy szellemi hanyatlás állapotában sokakat foglalkoztat az élet megrövidítésének gondolata.*”²⁵ A testület így arra a következtetésre jutott, hogy nem zárhatja ki a magánélet tiszteletben tartásához fűződő joggyakorlásába történő beavatkozások közül azt az esetet, amikor törvény tiltja az érintett számára, hogy saját elhatározásából öngyilkosságot kövessen el.²⁶

meg”. GELLÉR Balázs József: „A legfőbb bírói fórum három végzésének margójára” *Fundamentum* 2000/1. 114–115.

²⁰ *McCann and Others v. the United Kingdom*, Judgement of 27 September 1995, Series A, no. 324; FÍLÓ (2. lj.) 307–308.

²¹ *Stewart v. the United Kingdom*, App No 10044/82 (1984) 39 DR 162 EcommHR; FÍLÓ (2. lj.) 308.

²² *Osman v. the United Kingdom*, Judgment of 28 October 1998, Reports 1998-VIII, p. 3159, § 115; *Keenan v. the United Kingdom*, no. 27229/95, ECHR 2001-III; FÍLÓ (2. lj.) 308–309; DANIEL RIETIKER: „From Prevention to Facilitation? Suicide in the Jurisprudence of the ECtHR in the Light of the Recent Haas v. Switzerland Judgment” *Harvard Human Rights Journal* 2012/1. 98–101.

²³ 15. lj. § 39; RIETIKER (22. lj.) 16.

²⁴ 15. lj. § 61; KIM GOOSSENS: „Case of Pretty vs. the United Kingdom” *Tilburg Foreign Law Review* 2002–2003/3. 295.

²⁵ 15. lj. § 65; vö. EDWARD RUBIN: „Assisted Suicide, Morality and Law: Why Prohibiting Assisted Suicide Violates the Establishment Clause” *Vanderbilt Law Review* 2010/3. 776–777.

²⁶ BUZÁS Péter: „Etikai normák érvényesülése az EJEB asszisztált öngyilkossággal kapcsolatos gya-

A Suicide Act Pretty által kifogásolt rendelkezése azonban jogszerűnek minősül az EJEE kontextusában.²⁷ Az EJEB megállapította ugyanis, hogy a kérelmező 8. cikk szerinti jogainak gyakorlásába történő beavatkozás egyrészt törvényben meghatározott volt. Másrészt az öngyilkosságban való közreműködés tilalmának indokálul a sérülékeny individuumok, a kiszolgáltatott helyzetben lévők és azok védelme szolgált, akik nem képesek tájékozott döntéseket hozni. Az államoknak pedig jogában áll mérlegelni az asszisztált öngyilkosság esetleges dekriminalizálásával járó kockázatokat, így – adott esetben – dönthetnek e beavatkozás büntetőjogi tilalma mellett is.²⁸ A beavatkozás ezért egy demokratikus társadalomban mások jogainak és szabadságának védelme érdekében szükségesnek minősül.²⁹

Noha az ítélet nem minősítette az EJEE-vel ellentétesnek az öngyilkosságban való közreműködés brit tilalmát, ebből még nem következik az, hogy azon európai országok szabályozása, ahol az öngyilkosságban közreműködés büntetlenséget élvez, sértené az egyezményi jogokat.³⁰ Az EJEB döntése ugyanis kifejezetten utalt arra, hogy a tagállamoknak széles mérlegelési lehetőségük van az életvédelem kérdésében, ezért a maguk útját járhatják az élet végén hozott orvosi döntések megítélésében.³¹ Az asszisztált öngyilkosság lehetővé tétele ily módon nem jelentene *ipso facto* egyezmény-ellenességet.³²

1.3. A HALÁL IDEJÉNEK ÉS MÓDJÁNAK MEGVÁLASZTÁSÁHOZ VALÓ JOG ELISMERÉSE – HAAS V. SWITZERLAND

A 8. cikk által védett önrendelkezési jog és az asszisztált öngyilkosság egyes kérdései volt a tárgya a *Haas*-ügynek.³³ Ernst G. Haas súlyos bipoláris betegségben

korlatában” in FAZEKAS Marianna (szerk.): *Jogi Tanulmányok 2014*, 479, www.ajk.elte.hu/file/jogitanulmanyok2014.pdf.

²⁷ Az EJEB ebben a vonatkozásban az EJEE 8. cikk 2. bek.-e alapján vizsgálta meg a vitatott rendelkezéseket. Eszerint a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jog gyakorlásába hatóság csak a törvényben meghatározott, olyan esetekben avatkozhat be, amikor az egy demokratikus társadalomban a nemzetbiztonság, a közbiztonság vagy az ország gazdasági jóléte érdekében, zavargás vagy bűncselekmény megelőzése, a közegészség vagy az erkölcsök védelme, avagy mások jogainak és szabadságainak védelme érdekében szükséges. A „szükségesség” egyrésztől feltételezi egy kényszerítő erejű társadalmi igény (*pressing social need*) meglétét, másrésztől pedig azt követeli meg az államoktól, hogy az alkalmazott intézkedések arányban álljanak a kitűzött célokkal. IVANA ROAGNA: *Protecting the Right to Respect for Private and Family Life under the European Convention on Human Rights* (Strasbourg: Council of Europe 2012) 44–45.

²⁸ 15. lj. § 74; GOOSSENS (24. lj.) 295.

²⁹ 15. lj. § 78; KOVÁCS András Péter: „Amicus Curiae egy alkotmánybírói határozathoz – avagy az öngyilkosság aktuális alapjogi kérdései” in FILÓ Mihály (szerk.): *Halálós bűn és szabad akarat – Öngyilkosság a jogtudomány tükrében* (Budapest: Medicina 2013) 289.

³⁰ HEYMANN (17. lj.) 957.

³¹ FASSBENDER (18. lj.) 119; FILÓ Mihály: „Suizid und Strafrecht in Europa” in FILÓ Mihály (szerk.): *Menschenwürdiges Sterben. Zur Rechtslage der Sterbehilfe in Europa* (Budapest: Literatura Medica 2010) 103–117.

³² RIETIKER (22. lj.) 113.

³³ *Haas v. Switzerland*, no. 31322/07, ECHR 2011.

szenvedett, aminek következtében az a képzele alakult ki, hogy már nem képes méltósággal élni. Öngyilkosságához orvosi közreműködést szeretett volna igénybe venni, ezzel a kívánságával több orvost is megkeresett. A szakemberek azonban nem állították ki számára a halálos adag nátrium-pentobarbitál³⁴ kiváltásához szükséges receptet, mivel Haas nem felelt meg a vonatkozó, az asszisztált öngyilkosság igénybevételéhez szükséges előírásoknak.³⁵ A svájci bíróságok pedig elutasították azon kérelmét, amelynek értelmében mentességet kapott volna az orvosi vény beszerzésének kötelezettsége alól.

Haas ezt követően az EJEB-hez fordult. Kérelmében azt kifogásolta, hogy Svájc megsértette a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jogát azáltal, hogy orvosi vizsgálathoz kötötte a halálos dózisú szer kiváltásához szükséges recept kiállítását. A testület azonban 2011. január 20-án kelt ítéletében egyhangúlag megállapította, hogy a svájci szabályozás nem sérti az EJEE 8. cikkét.³⁶

Az EJEB a döntésében – a *Pretty*-ügyben hozott döntésére tekintettel – már jogként nevesítette az autonómia tiszteletben tartásának elvét az asszisztált öngyilkosság vonatkozásában. Elvi éllel kimondta ugyanis, hogy

„az egyén azon joga, hogy eldönthesse, milyen módon és mikor érjen véget az élete, az [EJEE] 8. cikke szerinti magánélet tiszteletben tartásához fűződő jog egyik aspektusa, feltéve, hogy [az érintett] olyan helyzetben van, amiben önállóan dönthet a kérdéstről és annak megfelelően is cselekedhet”.³⁷

A testület ezután a panaszt a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jogból fakadó pozitív kötelezettségekkel összefüggésben vizsgálta meg.³⁸ Arra a kérdésre kereste a választ, hogy Svájc megfelelő intézkedéseket hozott-e a „méltóságteljes halál” biztosítása érdekében.³⁹

Az EJEB mindenekelőtt empátiáját fejezte ki a kérelmező azon igényével kapcsolatban, hogy „*biztonságos és méltóságteljes módon, szükségtelen fájdalom és*

³⁴ Úgy tűnik, ez a szer ideális az öngyilkosság elkövetésére. „*Annjira jól vagyok, minden olyan könnyű*” – állította a DIGNITAS munkatársa a segítségével nátrium-pentobarbitál túladagolásával jobblétre szenderült elhunyt utolsó pillanatairól. *Bild am Sonntag* 2001. 09. 02. 32.

³⁵ Svájc egyike azon négy európai államnak, amelyek bizonyos felételek mellett nem büntetik az orvos öngyilkosságban való közreműködését. A vonatkozó előírásokat a Svájci Orvostudományi Akadémia (SAMW) által elfogadott, a betegek életvégi ellátásáról szóló orvostikai irányelvek tartalmazzák. Az említett dokumentum szerint asszisztenciát csak belátási képességgel rendelkező, a betegsége végső stádiumában lévő beteg kérhet akkor, ha a saját elhatározásából úgy dönt, hogy véget vet életének. Amennyiben egy orvos megállapítja az érintett személyről, hogy tekintetében teljesülnek az előbbi feltételek, kiállíthatja számára a receptet, amellyel kiváltható az öngyilkosság elkövetéséhez szükséges szer. Kristina EBOT: „A »Good Death« Defined by Law: Comparing the Legality of Aid-in-Dying around the World” *William Mitchell Law Review* 2010/1. 197–199.

³⁶ 33. lj. § 61.

³⁷ 33. lj. § 51.

³⁸ A 8. cikkből az államokra háruló pozitív kötelezettségek olyan jogi és egyéb intézkedések megtételét foglalják magukban, amelyek a magánélet tényleges tiszteletben tartását biztosítják az egyének közötti kapcsolatokban. Vö. ROAGNA (27. lj.) 60.

³⁹ 33. lj. 52; Kovács (29. lj.) 290.

*szenvedés nélkül kövessen el öngyilkosságot*⁴⁰.⁴⁰ Ugyanakkor azt is elismerte, hogy az asszisztált öngyilkosság igénybevételéhez szükséges feltételek meghatározása többek között az egyének elhamarkodott döntések és visszaélések elleni védelmet szolgálják.⁴¹ A testület szerint ugyanis nem szabad lebecsülni az olyan rendszerben rejlő visszaélések veszélyét, amely lehetővé teszi a hozzáférést az asszisztált öngyilkossághoz. Az államoknak ennek érdekében pedig megfelelő végrehajtási és megelőző intézkedéseket kell elfogadniuk.⁴²

Az EJEB szerint a svájci szabályozás kellő egyensúlyt kíván teremteni az egyén és a társadalom érdekei között, és megfelelő módon szem előtt tartja a visszaélések és jogsértések elkerülésének célját. Ezért az az előírás, amelynek értelmében a suicidium elkövetéséhez szükséges szert csak orvosi receptre lehet kiváltani, nem sérti az EJEE 8. cikkét:⁴³ „*Még ha feltételezzük is, hogy az államokra pozitív kötelezettség hárul a méltóságteljes öngyilkosságot elősegítő intézkedések elfogadása tekintetében, a svájci hatóságok eleget tettek ennek a kötelezettségnek a jelen ügyben.*”⁴⁴

Ez a döntés volt az első, amelynek keretében a strasbourgi testület egy olyan állam szabályozását vizsgálta, amely lehetővé tette az orvosi közreműködést az öngyilkosság elkövetéséhez. Az eset jelentősége az, hogy az autonómia tiszteletben tartása már nem csupán elvi szinten, hanem az EJEE 8. cikkének hatálya alá eső jogosultságként jelenik meg.⁴⁵ Ezáltal az EJEB precedenst teremtett, amelyre a későbbi döntéseiben a *Pretty*-ügyben megfogalmazott személyes autonómia elve mellett rendszeresen hivatkozott.

1.4. AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK PROCEDURÁLIS ASPEKTUSAI – KOCH V. GERMANY

Az első olyan eset, amelyben a strasbourgi testület megállapította valamely egyezményben foglalt jog megsértését egy állam részéről, a *Koch*-ügy volt.⁴⁶ Ulrich Koch felesége egy súlyos baleset következtében szinte teljesen megbénult, mesterséges lélegeztetésre és állandó gondozásra szorult. Bár orvosai szerint ebben az állapotban még legalább 15 évet élhetett volna, az asszony mégis véget kívánt vetni az általa méltóság nélkülinek tartott életének. 2004 novemberében ezért engedélyt kért a Szövetségi Gyógyszerészeti és Gyógyászati Intézettől (*Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte*) arra, hogy halálos dózis nátrium-pentobarbitált kaphasson. A kérelmet azonban az intézet elutasította, mivel álláspontja szerint az sértené a hatályos német törvényeket. A házaspár ezt követően fellebbezett

⁴⁰ 33. lj. 56; RIETIKER (22. lj.) 120.

⁴¹ Vö. *Tysiqc v. Poland*, no. 5410/03, § 116, ECHR 2007 IV; RIETIKER (22. lj.) 120.

⁴² 33. lj. 57; KOVÁCS (29. lj.) 290.

⁴³ KOVÁCS (29. lj.) 290.

⁴⁴ 33. lj. 61; RIETIKER (22. lj.) 123.

⁴⁵ BUZÁS (26. lj.) 480.

⁴⁶ *Koch v. Germany*, Judgement of 19 July 2012, no. 497/09.

a döntés ellen, majd Zürichbe utaztak, ahol a feleség egy svájci eutanáziatársaság segítségével asszisztált öngyilkosságot követett el. Koch bírói útra terelte az ügyet, azonban az eljáró rendes bíróságok érdemi vizsgálat nélkül elutasították indítványait.⁴⁷

Koch azt kifogásolta az EJEB előtt, hogy néhai felesége kérelmének megtagadása sértette az elhunyt és házastársa 8. cikkében foglalt jogait. A kérelmező továbbá a 13. cikk sérelmére is hivatkozott, mivel a német bíróságok nem vizsgálták meg érdemben a kérelmeit. A strasbourgi testület 2012. július 19-én hozott ítéletében megállapította a kérelmező magánélet tisztelőben tartásához fűződő jogának sérelmét.

A bíróságnak először is abban a kérdésben kellett döntenie, hogy Koch egyáltalán hivatkozhat-e az őt megillető jogok sérelmére a szövetségi intézet döntésével összefüggésben. Ezzel kapcsolatban a testület felállított egy háromlépcsős tesztet, amelynek keretében figyelembe vette a házastársak közötti szoros kapcsolatot, valamint Koch elkötelezett kiállását felesége ügye mellett.⁴⁸ Erre alapozva a testület „elfogad[t]a, hogy a kérelmezőnek jelentős és állandó érdeke fűződött az eredeti kérelem érdemi elbírálásához”.⁴⁹

Az EJEB a 8. cikkel összefüggésben felidézte a *Pretty-* és a *Haas*-ügyben lefektetett elveket. Továbbá kimondta, hogy „az [EJEE] 8. cikke magában foglalhatja a bírósághoz fordulás lehetőségét egy olyan ügyben is, amelyben a kérdéses jogot [az adott állam] még nem deklarálta”.⁵⁰ Emiatt a testület megállapította, hogy a szövetségi intézet, valamint a német bíróságok azon döntései, amelynek értelmében nem vizsgálták érdemben a házaspár indítványait – a 8. cikk 1. bekezdésére tekintettel – beavatkozást valósítottak meg a kérelmező magánélet tisztelőben tartásához fűződő jogának gyakorlásába.

A Bíróság ezt követően a 8. cikkből fakadó procedurális kötelezettségekkel összefüggésben vizsgálta meg az esetet. E tekintetben nem találta bizonyítottnak, hogy az említett beavatkozás a kérelmező jogainak gyakorlásába bármiféle jogszerű indokkal rendelkezett volna a 8. cikk 2. bekezdése értelmében. Nem volt megállapítható továbbá olyan legitím cél sem, amelynek érdekében arra sor került. Következésképpen a német hatóságok megsértették a kérelmező magánélet tisztelőben tartásához fűződő jogát, amikor nem vizsgálták érdemben az általa benyújtott kérelmeket.⁵¹

Az EJEB e döntésében tehát elismerte, hogy az elhunyt asszisztált öngyilkosságának körülményei, különösen a német hatóságok döntései, olyan hatással voltak a kérelmezőre, hogy emiatt közvetlenül is hivatkozhatott a 8. cikk alapján őt megillető

⁴⁷ Gregor PUPPINCK: „Le ‚droit‘ au suicide assisté dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l’homme” *The International Journal of Human Rights* 2014/7-8. 41.

⁴⁸ A teszt elemei: a kérelmező és az elhunyt közötti kapcsolat szorossága; a kérelmezőnek alapos személyes vagy jogi érdeke fűződik-e az eljárás végkimeneteléhez; a kérelmező kellőképpen elkötelezett-e az eljárás lefolytatása mellett; PUPPINCK (47. lj.) 43–44.

⁴⁹ 46. lj. § 45; PUPPINCK (47. lj.) 43–44.

⁵⁰ 46. lj. § 53; PUPPINCK (47. lj.) 44.

⁵¹ 46. lj. § 71; PUPPINCK (47. lj.) 44.

jogok megsértésére. Másrészt a Bíróság, mivel egy olyan jog sérelme miatt állapította meg a magánélet tisztelgetben tartásához való jogból eredő eljárási garanciák sérelmét, amelynek gyakorlását Németország nem volt köteles az egyezmény alapján biztosítani állampolgárai számára, közvetett módon – ismételten – elismerte az asszisztált öngyilkossághoz való jog létezését.

1.5. AZ ASSZISZTÁLT ÖNGYILKOSSÁG JOGI SZABÁLYOZÁSA – GROSS V. SWITZERLAND

A *Gross*-ügy az egyetlen olyan eset a strasbourgi gyakorlatban, amelyben az EJEB részletesen vizsgálta a 8. cikk 2. bekezdésében foglalt követelmények érvényesülését, és amelyben jogsértést állapított meg.⁵² Alda Gross testi és szellemi képességeinek időskori leépülése miatt régóta önkézüleg véget szeretett volna vetni az életének. Azok az orvosok azonban, akiket a kérelmező megkeresett halálos adag nátrium-pentobarbitál felírása céljából, mind megtagadták kérelmének teljesítését.⁵³ A kérelmező nem járt sikerrel a svájci hatóságoknál sem, ezért végül bírósághoz fordult. Az ügy eljutott egészen a *Bundesgericht*, a legfőbb svájci bírói fórum elé, amely szintén elutasította igényét.

Gross szerint azáltal, hogy megtagadták tőle a halálos dózisú nátrium-pentobarbitálhoz való hozzáférés lehetőségét, a svájci hatóságok megsértették azon jogát, hogy eldöntse, milyen módon és mikor érjen véget az élete. Az EJEB-hez benyújtott panaszában kifogásolta – többek között – az EJE 8. cikkének sérelmét is. A strasbourgi testület 2013. május 14-én hozott ítéletében megállapította a kérelmező magánélet tisztelgetben tartásához fűződő jogának sérelmét.

Az EJEB az *R.*-ügy óta folytatott gyakorlata értelmében a kérelmező panaszát a 8. cikk vonatkozásában vizsgálta meg. Először is különbséget tett Ernst G. Haas és Alda Gross ügye között: álláspontja szerint ugyanis utóbbi kérelem elsősorban azt a kérdést vetette fel, hogy Svájc elfogadott-e olyan útmutatásokat, amelyek meghatározzák, hogy az orvosok egyáltalán jogosultak-e és ha igen, akkor milyen körülmények esetén megengedett a kérelmezőhöz hasonló helyzetben lévő személyek számára halált okozó szert felírni.⁵⁴ Az EJEB ezért a 8. cikk 2. bekezdésében foglalt feltételek meglétének vizsgálatával folytatta érvelését.

Ebben a vonatkozásban a testület megállapította:

„[A] Szövetségi Legfelső Bíróság a vonatkozó ítélkezési gyakorlatában rendszeresen hivatkozik a Svájci Orvostudományi Akadémia által elfogadott, a betegek életvégi ellátásáról szóló orvostikai irányelvekre, amelyeket egy nem kormányzati

⁵² *Gross v. Switzerland*, no. Judgement of 14 May 2013, no. 67810/10.

⁵³ Alda Gross ugyanis nem felelt meg a korábban említett feltételeknek, mivel nem szenvedett rövid időn belül halált okozó betegségben. Ebből következően nem lehet jogszerűen receptet kiállítani a számára, amelynek birtokában halálos dózis nátrium-pentobarbitálhoz juthatna.

⁵⁴ 52. lj. § 63; *strasbourgobservers.com/2013/06/26/gross-v-switzerland-the-swiss-regulation-of-assisted-suicide-infringes-article-8-echr/*.

szervezet bocsátott ki, és amelyek nem felelnek meg a jogszabályokkal szemben támasztott érvényességi kellékeknek.”⁵⁵

Az említett dokumentum hatálya továbbá csak olyan páciensekre terjed ki, akikről az orvosuk megállapította, hogy napokon vagy heteken belül bekövetkező halálhoz vezető betegségben szenvednek. Mivel azonban a kérelmezőt illetően nem teljesült ez a feltétel, az ő esetében az irányelvek nem alkalmazhatóak. A testület szerint a világos jogi iránymutatások hiánya feltehetően visszatartja azon orvosokat (*chilling effect*), akik egyébként hajlandóak lennének orvosi vényt írni az olyan helyzetben lévő pácienseik számára, mint a kérelmező. Ezt támasztja alá az a tény is, hogy a megkeresett szakemberek az orvosi magatartási kódexben foglalt tilalmat és a hosszadalmas jogi procedúrától, illetve a negatív szakmai következményektől való félelmet hozták fel kérelme elutasításának indokaként. Az EJEB végül arra a következtetésre jutott, hogy „valószínűleg jelentős szenvedést okozhatott a kérelmezőnek az általa benyújtott kérelem teljesítése körüli bizonytalanság, amely az életének egy kiemelkedően fontos aspektusát érintő helyzetben állt elő”.⁵⁶ Ez a helyzet nem fordult volna elő akkor, ha világos, államilag elismert norma határozta volna meg, hogy az orvosok milyen körülmények esetén jogosultak halált hozó szert felírni.

A strasbourgi testület ezért megállapította, hogy a svájci jogrendszer, bár lehetővé teszi – orvosi vény felírásával – a halálos adag nátrium-pentobarbitálhoz való hozzáférést, nem ad kellő iránymutatást e jog világos terjedelmét illetően. Következésképpen sérült az EJEE 8. cikke a kérelmező esetében.

1.6. AZ ÉLETFENNTARTÓ KEZELÉS VISSZAVONÁSÁNAK KÉRDÉSEI – LAMBERT AND OTHERS V. FRANCE

Az EJEB a *Lambert*-ügyben vizsgálta először az életfenntartó kezelések korlátozásának kérdését.⁵⁷ 2008-ban Vincent Lambert egy súlyos közlekedési baleset következtében lebénult és folyamatos ápolásra szorult. Orvosai 2012 folyamán egyre növekvő rezisztenciát tapasztaltak a páciens részéről a kezelésekkal szemben. Az orvosi team ezért 2013-ban kezdeményezte a betegek jogairól és az életvégi kérdésekről szóló 2005. április 22-i törvény (a továbbiakban: *Leonetti*-törvény) szerinti kollektív döntési eljárást.⁵⁸ A procedura eredményeként beszüntették a páciens

⁵⁵ 52. lj. § 65; PUPPINCK (47. lj.) 44.

⁵⁶ 52. lj. § 66; PUPPINCK (47. lj.) 45.

⁵⁷ *Lambert and Others v. France* [GC], no. 46043/14, ECHR 2015 (extracts).

⁵⁸ Az eljárás lényege, hogy az eredménytelen, hasztalan, aránytalan, valamint a kizárólagosan életfenntartó kezelések mellőzése vagy abbahagyása érdekében az orvos köteles kollektív döntéshozatalt kezdeményezni. Ennek keretében konzultálni kell a kezelésben résztvevő szakemberekkel, figyelembe kell továbbá venni a páciens előzetesen kinyilvánított akaratát, ill. az általa megbízott helyettes döntéshozó, vagy a hozzátartozók véleményét. A végső, megfelelő indokolással ellátott döntést azonban az orvosnak kell meghoznia. A beteg azonban még ebben az esetben is jogosult a fájdalomcsillapító kezelésre. Vö. 57. lj. § 54.

táplálék- és folyadékbevitelét. Vincent Lambert szülei, féléstvére és húga azonban bíróság előtt megtámadta az erről szóló döntést, amelynek az illetékes törvényszék helyt adott és az ellátás folytatására kötelezte az orvosokat. Egy újabb kollektív döntéshozatali eljárás eredményét a kérelmezők ismét sikerrel támadták meg az illetékes bíróság előtt. Végső soron az ügy a Conseil d'État teljes ülése elé került, amely 2014 júniusában a kollektív eljárás során hozott döntés mellett állt ki.

Az EJEB-hez Vincent Lambert szülei, féléstvére és húga nyújtott be kérelmet. Ebben – többek között – azt kifogásolták, hogy az életfenntartó kezelés visszavonása sértené az EJEE 2. cikkét. A Nagykamara 2015. június 5-én meghozott ítéletében azonban elutasította az élethez való jog sérelmének megállapítását.

A testület mindenekelőtt abból indult ki, hogy a vonatkozó francia szabályozás tiltja a betegek életének szándékos elvételét, ugyanakkor lehetővé teszi az életfenntartó kezelések beszüntetését. E ténynek maguk a felek is jelentőséget tulajdonítottak. Ebből következően a kérelem nem a 2. cikkből fakadó negatív, hanem az abból eredő pozitív kötelezettség mérlegelését igényelte.

A testület konstatacióként megállapította, hogy a *Lambert*-ügyhöz hasonló eset még nem fordult elő a gyakorlatában. Ugyanakkor úgy ítélte meg, hogy több, a korábbi döntéseiben meghatározott elvet figyelembe lehet venni a kérelem elbírálása során. A Bíróság egyrészt tekintettel volt a *Pretty*- és a *Haas*-ügyekben tett megállapításaira, amelyek vonatkozásában először mondta ki: nemcsak a 8. cikk megsértése esetén kell az élethez való jogból fakadó követelményeket vizsgálni, hanem fordítva is, azaz a 2. cikk kapcsán is értékelni lehet a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jogot és a személyes autonómia elvének érvényesülését. Másrészt az EJEB – a *Glass v. United Kingdom*⁵⁹ és a *Burke v. United Kingdom*⁶⁰ döntésekből kiindulva – szükségesnek tartotta a következő tényezők mérlegelését: (1) a 2. cikkből fakadó követelményeknek megfelelő jogi szabályozás megléte; (2) az érintett előzetesen kinyilvánított akaratának, valamint a hozzá közelálló személyek és független egészségügyi szakember véleményének figyelembe vétele a döntéshozatal során; (3) a bírósági felülvizsgálat lehetősége.

Az EJEB először is megvizsgálta a jogszabályi környezet minőségét. Ezzel összefüggésben kifejtette, hogy a Leonetti-törvény rendelkezései „a Conseil d'État értelmezése révén olyan jogszabályi keretet alkotnak, amelyek az Egyezmény 2. cikkével összhangban kellően világosak ahhoz, hogy pontosan szabályozzák az orvosok döntéseit a jelen ügyhöz hasonló helyzetekben”.⁶¹ A francia szabályozás ezért megfelelő védelmet biztosít a betegek életének.

A testület továbbá megállapította, hogy a döntéshozatali folyamat szabályozása alapvetően az állam mérlegelési szabadságának körébe tartozik. Ennek kereté-

⁵⁹ *Glass v. the United Kingdom*, no. 61827/00, ECHR 2004-II; *strasbourgobservers.com/2015/07/06/from-therapeutic-abstention-to-the-right-to-die-the-case-of-lambert-and-others-v-france*.

⁶⁰ *Burke v. the United Kingdom* (dec.), no. 19807/06, 11 July 2006; *strasbourgobservers.com/2015/07/06/from-therapeutic-abstention-to-the-right-to-die-the-case-of-lambert-and-others-v-france*.

⁶¹ 57. lj. § 160.

ben az egyes országok maguk határozhatják meg, hogy ki és milyen módon hozza meg a mesterséges létfenntartó kezelés felfüggesztéséről szóló döntést. Vincent Lambert esetében a Bíróság kiemelte, hogy a kollektív döntéshozatali procedúra hosszadalmas és alapos volt, amelynek során az orvosok a törvényi előírások által megköveteltnél részletesebb konzultációt folytattak. Az eljárás ezért megfelelt az 2. cikkből eredő követelményeknek.

Az EJEB a jogorvoslati lehetőségek szempontjából sem állapított meg jogsértést. Az esetet ugyanis a Conseil d'État „*részletes vizsgálatnak vetette alá, amelynek során minden fél kifejthette álláspontját és minden aspektust gondosan mérlegeltek*”.⁶² A testület külön is kiemelte, hogy az eljárás során figyelembe vettek több szakvéleményt, amelyek között volt egy szakértői bizottság, a Nemzeti Orvosi Tanács, a Nemzeti Orvosi Akadémia és a Nemzeti Etikai Tanács is.

A fenti tényezők vizsgálata során bizonyítást nyert, hogy a francia hatóságok megfelelő módon eleget tettek az élethez való jogból fakadó pozitív kötelezettségeiknek. Az EJEB szerint ezért a Conseil d'État 2014. június 24-én kelt ítéletének végrehajtása nem sérti az EJEE 2. cikkét.⁶³

2. ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK AZ ÁLLAMOK MÉRLEGELÉSI SZABADSÁGÁNAK FÉNYÉBEN

2.1. A MARGIN OF APPRECIATION DOKTRÍNA

A *margin of appreciation* doktrínát a strasbourgi fórumok már működésük kezdete óta alkalmazzák.⁶⁴ Az EJE Biz első alkalommal az EJEE 15. cikke értelmezését megkövetelő *Lawless*-ügyben hivatkozott rá.⁶⁵ Az EJEB pedig – ugyancsak az egyezmény hatályának felfüggesztésével összefüggésben – a híres *Írország-*esetben** alkalmazta először.⁶⁶ Azóta pedig a strasbourgi gyakorlat állandó, de sokat vitatott elemévé vált, amellyel a strasbourgi testület bizonyos mozgásteret biztosít a tagállami hatóságok számára azért, hogy eleget tehessenek az EJEE-ben foglaltak érvényre juttatásával összefüggésben fennálló kötelezettségeiknek.⁶⁷ Az EJEB

⁶² 57. lj. § 181.

⁶³ 57. lj. § 182; strasbourgobservers.com/2015/07/06/from-therapeutic-abstention-to-the-right-to-die-the-case-of-lambert-and-others-v-franc/.

⁶⁴ Steven GREER: *The Margin of Appreciation: Interpretation and Discretion under the European Convention on Human Rights* (Strasbourg: Council of Europe Publishing 2000) 5; Tamás LATTMANN: „14,15,16...Reforms of the European Court of Human Rights” in Marcel SZABÓ – Petra Lea LÁNCOS – Réka VARGA (szerk.): *Hungarian Yearbook of International Law and European Law 2014* (Budapest: Elexen 2015) 239.

⁶⁵ *Lawless v. Ireland*, Judgement of 1 July 1961, Series A, no. 3. Az EJEE 15. cikk 1. bek.-e értelmében „háború vagy a nemzet létét fenyegető más rendkívüli állapot esetén bármely Magas Szerződő Fél a jelen Egyezményben meghatározott kötelezettségeitől eltérő intézkedéseket tehet a helyzet szükségessége által feltétlenül megkívánt mértékben, feltéve, hogy az ilyen intézkedések nem ellentétesek egyéb nemzetközi jogi kötelezettségeivel”.

⁶⁶ *Ireland v. the United Kingdom*, Judgement of 18 January 1978, Series A, no. 25.

⁶⁷ Dean SPIELMANN: „Allowing the Right Margin: The European Court of Human Rights and the

nem tekinthet el azoktól a jogi és ténybeli jellemzőktől, amelyek egy társadalom életét meghatározzák.⁶⁸ A nemzeti hatóságoknak ugyanakkor nagyobb rálátásuk van az egyes kérdések mentén felmerülő igényekre, mint a nemzetközi bírának.⁶⁹ Ezért elsődlegesen az egyes állami szervekre hárul a vonatkozó kérdések vizsgálatának feladata. Annak érdekében pedig, hogy az országok megfelelő egyensúlyt teremthessenek az egyének és a közérdek között, a számukra biztosított mérlegelési szabadság keretei között szabadon választhatják meg a szükséges intézkedéseiket.⁷⁰

A *margin of appreciation* alkalmazása kifejezésre juttatja továbbá az EJEB és a tagállami hatóságok kapcsolatát is.⁷¹ A strasbourgi testület – a szubszidiaritás elvére tekintettel – csak másodlagos szerepet tölt be a nemzeti jogalkotók és jogalkalmazók mellett, ezért – figyelemmel az EJEE 19. cikkére – nem tekinti feladatának, hogy a megfelelő kompetenciákkal bíró nemzeti hatóságok helyébe lépve hozzon döntéseket.⁷² Az állami döntéshozó szervek tehát szabadon eljárhatnak az egyes esetekben, azonban mérlegelési szabadság keretein belül meghozott intézkedéseik strasbourgi felülvizsgálat tárgyát képezik.⁷³ Az EJEB ily módon mindig az egyes döntéseket és intézkedéseket teszi vizsgálata tárgyává. Amennyiben pedig a hatóságok nem lépték túl a rendelkezésükre álló diszkréció kereteit, akkor a testület egyezmény-konformnak minősíti eljárásukat.⁷⁴ Ellenkező esetben viszont megállapítja az egyezményes jogok sérelmét.

A *margin of appreciation* terjedelmének vizsgálata során a testület számos tényezőt vesz figyelembe.⁷⁵ Ezek közé tartoznak az eset által érintett jogok és egyéni érdekek. Figyelembe kell továbbá venni a jogkorlátozás céljait és kontextusát. Mérlegelés tárgyát képezik továbbá a tagállami szabályozások összehasonlításának, a rendelkezésre álló nemzeti jogorvoslati lehetőségeknek, valamint a kifogásolt intézkedések arányosságának kérdései is. E faktorok szabják meg azokat a

National Margin of Appreciation Doctrine – Waiver or Subsidiarity of European Review? *CELS Working Paper Series* 2012. 2.

⁶⁸ *Case „relating to certain aspects of the laws on the use of languages in education in Belgium”* (merits), 23 July 1968, pp. 241–251, § 10, Series A no. 6.

⁶⁹ *Handyside v. the United Kingdom*, Judgement of 7 December 1976, Series A, no. 24. § 48; SPIELMANN (67. lj.) 5; DUDÁS (1. lj.) 46.

⁷⁰ Murat TÜMAY: „The »Margin of Appreciation Doctrine« Developed by the Case Law of the European Court of Human Rights” *Ankara Law Review* 2008/2. 202; George LETSAS: *A Theory of Interpretation of the European Convention on Human Rights* (Oxford: Oxford University Press 2007) 84–90. Letsas az EJEE-ben foglalt jogok és szabadságok korlátozásával kapcsolatban fennálló diszkrécionális tagállami jogkört nevezi a margin of appreciation szubsztantív koncepciójának.

⁷¹ SPIELMANN (67. lj.) 18; DUDÁS (1. lj.) 35–37; DUDÁS Dóra Virág: „Az Emberi Jogok Európai Bírósága és a hazai közigazgatási bíróságok közötti kölcsönhatás” *Fundamentum* 2014/1-2. 103–114.

⁷² Az EJEE 19. cikke értelmében „[a] Magas Szerződő Felek által az Egyezményben és az ahhoz kapcsolódó jegyzőkönyvekben vállalt kötelezettségek tiszteletben tartásának biztosítása céljából az Emberi Jogok Európai Bírósága (a továbbiakban: a Bíróság) létesül. A Bíróság állandó jelleggel működik”. TÜMAY (70. lj.) 205; LETSAS (70. lj.) 90–92. Letsas ezt nevezi a mérlegelési szabadság strukturális koncepciójának.

⁷³ 69. lj. § 49.

⁷⁴ Vö. SPIELMANN (67. lj.) 2.

⁷⁵ SPIELMANN (67. lj.) 11.

kereteket, amelyek között az egyes országok szabadon alakíthatják ki a maguk szabályozását és eljárásait.

2.2. A MARGIN OF APPRECIATION AZ ÉLETHEZ VALÓ JOG TŰKRÉBEN

Az EJEE eset által érintett előírásainak vizsgálata révén az EJEB azt dönti el, hogy egyáltalán lehetősége van-e az adott államnak a mérlegelési jogkörében eljárni. Bizonyos előírások ugyanis csak korlátozottan teszik lehetővé a *margin of appreciation*-t, míg mások magától értetődőnek veszik azt. Előbbi csoportot az EJEE 15. cikkében említett, ún. abszolút jogok képezik. Az ebbe a körbe tartozó előírások azok, amelyek alkalmazásától az államok a nemzet létét fenyegető vagy más rendkívüli állapot esetén sem térhetnek el. E minőség ezért azt vonja maga után, hogy – főszabály szerint – a tagállamoknak nem létezik szabad mozgásterük az esetlegesen felmerülő kérdések szabályozása terén.⁷⁶

Az abszolút jogok közül az EJEB elsősorban az EJEE 2. cikkében foglalt élethez való jogot vizsgálta az életvégi döntésekkel összefüggésben. Ebben a vonatkozásban mindenképp a *Pretty*-ügy említendő. Noha a testület kifejezetten nem hivatkozott a *margin of appreciation*-re a 2. cikk kapcsán, az ítélet megállapításaiból azonban kiolvasható a tagállami diszkréció korlátozott volta. Az EJEB ugyanis az EJEE vonatkozó rendelkezésének szigorú, textualista értelmezése alapján kizárta az élethez való jog hatálya alól az élet minőségével kapcsolatos tényezők mérlegelésének lehetőségét, valamint a halálhoz való jog létezését.⁷⁷ Az ítélet megfogalmazásából így közvetetten következik az államok mérlegelési szabadságának hiánya.⁷⁸

A testület a *Lambert*-ügyben ezzel szemben már *expressis verbis* elismerte, hogy a 2. cikknek van olyan aspektusa, amely esetén az államok bizonyos szabadsággal rendelkeznek az életvégi döntések szabályozása terén.⁷⁹ Felidézte, hogy több korábbi ítélete értelmében a *margin of appreciation* kiterjed az emberi élet kezdetével kapcsolatos kérdések szabályozására. A *Vo*-ügyben például azt a kérdést kellett megválaszolni, hogy kiterjed-e az élethez való jog a meg nem született magzatra is.⁸⁰ Ennek megválaszolásánál az EJEB tekintettel volt egyrészt a tagállami szabályozásokra, másrészt pedig a vonatkozó nemzetközi instrumentumokra is. Ezek vizsgálatát követően jutott arra a megállapításra, hogy nincs európai konszenzus a magzat státuszát illetően, amelyből következően az egyes országok viszonylag széles mérlegelési szabadságot élveznek magzatokkal kapcsolatos beavatkozások szabályozásakor. A testület ezt a megközelítést alkalmazta továbbá

⁷⁶ Az EJEE 15. cikk 2. bek.-e szerint nem lehet eltérni az élethez való jog, a kínzás tilalma, a rabszolgaság tilalma, valamint a *nulla poena sine lege* elvének alkalmazásától.

⁷⁷ 15. lj. § 39; SPIELMANN (67. lj.) 11; DUDÁS (1. lj.) 83. és 100.

⁷⁸ WADA (16. lj.) 278.

⁷⁹ 57. lj. § 144.

⁸⁰ *Vo v. France* [GC], no. 53924/00, § 84, ECHR 2004-VIII.

a megtermékenyített embriók kérdéseivel foglalkozó *Evans*-ítéletben, valamint az abortusz legalitását taglaló *A, B és C-ügyben* is.⁸¹

Az EJEB a korábbi döntéseire tekintettel Vincent Lambert esetében kimondta, hogy a diszkrecionális jogkör szükségszerűen kiterjed az életvégi döntések szabályozására is az EJEE 2. cikkéből fakadó pozitív kötelezettségekkel összhangban:

„Ennek megfelelően a Bíróság úgy véli, hogy az Államok számára, hasonlóan az élet kezdetéhez, mérlegelési szabadságot kell biztosítani az élet végének területén is, amely nemcsak a mesterséges életfenntartó kezelések visszavonásának lehetővé tételére vagy tiltására, illetőleg az ilyen döntések részletes szabályozására terjed ki, hanem a páciensek élethez való jogának védelme, valamint magánélet tisztelgetben tartásához fűződő joga és személyes autonómiája közötti egyensúly megteremtését célzó intézkedésekre is.”⁸²

A testület ezt követően az államokat megillető mérlegelési mozgástér terjedelmét vizsgálta meg a három, korábban említett tényezővel kapcsolatban.⁸³

A francia szabályozás minőségének mérlegelésekor az EJEB tartózkodott a vonatkozó normák tartalmának autonóm értelmezésétől. Ehelyett – a szubszidiaritás elvére tekintettel – figyelembe vette a Conseil d’État-nak a kifogásolt előírásokat értelmező gyakorlatát.⁸⁴ A testület így a francia esetjog fényében állapította meg, hogy a Leonetti-törvény rendelkezései megfelelnek a normavilágosság követelményének.

A kollektív döntéshozatali procedúra és a jogorvoslati lehetőségek esetében a strasbourgi bíróság a tagállamok vonatkozó szabályozásának összehasonlításán alapuló konszenzus-analízisre támaszkodott a *margin of appreciation* terjedelmének meghatározása során. Az európai konszenzus „a nemzeti és nemzetközi jog és gyakorlat összehasonlítása révén azonosított bizonyos szabályok és elvek vonatkozásában az [Európa Tanács] tagállamainak többsége között fennálló általános egyetértés”.⁸⁵ Amennyiben az EJEB azt állapítja meg, hogy egy adott kérdés szabályozása vagy jelentősége tekintetében egyetértés uralkodik az egyes országok között, akkor a diszkrecionális jogkör szűkebb lesz.⁸⁶ Ellenkező esetben a tagállamok mozgástere általában széles lesz.⁸⁷

A konszenzus-analízist a testület két vonatkozásban alkalmazta az eset körülményeinek vizsgálata során. Egyrészt megállapította, hogy nincs konszenzus az államok között a tekintetben, hogy milyen módon kell szabályozni az életfenntartó kezelések visszautasításával kapcsolatos procedúrát. Ennek hiányában a kollek-

⁸¹ *Evans v. the United Kingdom* [GC], no. 6339/05, § 54–56; ECHR 2007-I; *A, B and C v. Ireland* [GC], no. 25579/05, § 237, ECHR 2010.

⁸² 57. lj. § 148.

⁸³ Lásd a *Lambert*-ügy elemzését.

⁸⁴ 57. lj. § 150–160.

⁸⁵ Kanstantsin DZEHTSIAROU: „European Consensus and the Evolutive Interpretation of the European Convention on Human Rights” *German Law Journal* 2011/10. 1733.

⁸⁶ DUDÁS (1. lj.) 81.

⁸⁷ SPIELMANN (67. lj.) 19.

tív döntéshozatali eljárás kereteinek kialakítása, a végső döntést meghozó személy kijelölése, valamint a végrehajtás menetének meghatározása terén tág mérlegelési mozgástér áll a kompetens hatóságok rendelkezésére.⁸⁸ Másrészt az EJEB a bírósági jogorvoslati lehetőségekkel összefüggésben azt vette figyelembe, hogy az államok eltérő módon szabályozzák a páciens vélt akaratának feltárására irányuló eljárásokat abban az esetben, amennyiben az egyén korábban nem nyilatkozott a kezelés visszautasításáról.⁸⁹ A mérlegelési mozgástér így ebben a tekintetben is széles maradt.

Az EJEB a fentiek alapján azt állapította meg, hogy a francia jogalkotó, valamint a hatóságok nem lépték túl a számukra biztosított mérlegelési jogkör kereteit, és ezért eleget tettek az élethez való jogból eredő kötelezettségeiknek.⁹⁰

2.3. A MAGÁNÉLET TISZTELETBEN TARTÁSÁHOZ FÜZŐDŐ JOG ÉS A MÉRLEGELÉSI SZABADSÁG

Az egyezményes normák azon csoportját, amelyek kifejezetten lehetővé teszik a *margin of appreciation* alkalmazását, az EJEE 8–11. cikkei alkotják.⁹¹ E rendelkezések tartalmazzák az egyén önmegvalósítása, illetve a demokratikus társadalom szempontjából kiemelt jelentőségű szabadságjogokat. Ezek tiszteletben tartása és érvényre juttatása terén ugyanakkor az államokat megilleti a mozgástér, amelynek keretei között szabadon alakíthatják ki a vonatkozó szabályozást, valamint kötöttségek nélkül alkalmazhatják azt.⁹² Ennek alapját az egyes normákhoz csatolt ún. korlátozási klauzula (*limitation clause*) teremti meg, amely meghatározza azokat az eseteket, amikor a hatóságok beavatkozhatnak az adott jogosultság gyakorlásába.⁹³

Az EJEB már a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jog több aspektusával összefüggésben vizsgálta a mérlegelési mozgástér terjedelmét. Közülük is kiemelendő az EJEE 8. cikkének klasszikus, negatív oldala, amellyel a strasbourgi bíróság *Pretty*-ügy kapcsán foglalkozott először. Az öngyilkosságban való közreműködés büntetőjogi tilalmával összefüggésben az Egyesült Királyság számára nyitva álló *margin of appreciation* terjedelmét két tényező alapján határozta meg: figyelembe vette a felmerülő érdekeket, valamint az arányosság követelményének érvényesülését.

Az érdekmérlegelés keretében a testület a kérelmező igényét vetette össze a köz érdekével. A vonatkozó ítélkezési gyakorlat értelmében ugyanis az államok mozgástere korlátozott az olyan esetekben, amelyek az egyén létezésének vagy személyiségének egy különösen fontos aspektusát érintik.⁹⁴ Másrésztől viszont számba

⁸⁸ 57. lj. § 168.

⁸⁹ 57. lj. § 179.

⁹⁰ 57. lj. § 181.

⁹¹ Magán- és családi élet tiszteletben tartásához való jog (8. cikk), gondolat-, lelkiismeret- és vallásszabadság (9. cikk), véleménynyilvánítás szabadsága (10. cikk), valamint a gyülekezés és egyesülés szabadsága (11. cikk). Vö. DUDÁS (71. lj.) 106.

⁹² GREER (64. lj.) 9–11; SPIELMANN (67. lj.) 6; DUDÁS (1. lj.) 105–106.

⁹³ Vö. 23. lj.; GREER (64. lj.) 9; DUDÁS (1. lj.) 105.

⁹⁴ DUDÁS (1. lj.) 106.

kell venni azokat a társadalmi igényeket, jogpolitikai célokat, amelyek a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jog korlátozását szükségessé teszik.⁹⁵

A konkrét esetben a strasbourgi bíróság nem találta kellő súlyúnak a kérelmező igényét arra, hogy asszisztenciát vegyen igénybe szuicidum elkövetéséhez.⁹⁶ Arra az álláspontra helyezkedett ugyanis, hogy az asszisztált öngyilkosság lehetővé tétele nem minősül az emberi lét egy különösen fontos aspektusának.

Ezzel szemben az EJEB figyelembe vette, hogy az Egyesült Királyság a kiszolgáltatott helyzetben levők védelmét kívánta érvényre juttatni a Suicide Act rendelkezései által.⁹⁷ Elismerte, hogy az államok jogosultak mások élete vagy egészsége szempontjából veszélyes cselekedetek büntetőjogi eszközökkel történő szabályozására. Emellett pedig hangsúlyozta, hogy az államok kötelesek mérlegelni azokat a kockázatokat és a visszaélések veszélyét, amelyek a törvényi tilalom esetleges megszüntetése, vagy az az alóli kivételek lehetővé tétele esetén merülnek fel. A testület szerint ugyanis „*minél nagyobb a felmerülő kockázat, annál nagyobb súllyal esik latba a közegészség és közbiztonság, valamint a személyes autonómia közötti egyensúly mérlegelésénél*”.⁹⁸ A tagállami mérlegelési mozgástér ezért nem korlátozódott szűk körre.

A strasbourgi bíróság végül azt vizsgálta meg, hogy – az ügy körülményeire tekintettel – a kérelmező magánélet tiszteletben tartásához fűződő jogába történő beavatkozás arányban állt-e az asszisztált öngyilkosság tilalmának céljaival.⁹⁹ Ezzel összefüggésben kiemelte, hogy a Suicide Act öngyilkosságban való közreműködést tiltó rendelkezése szükséges volt az intézményes állami életvédelem és az inkompetens személyek hatékony védelme érdekében. Megjegyezte ugyanakkor, hogy a brit büntető perrendtartás szabályai bizonyos flexibilitást nyújtanak a hatóságoknak abban a kérdésben, hogy mikor lépnek fel a hasonló ügyekben büntetőigénnyel.¹⁰⁰ A testület szerint ezért az asszisztált öngyilkosság általános tilalma nem sérti az arányosság követelményét.

Az EJEB ezért végső soron megállapította, hogy az Egyesült Királyság tehát a *margin of appreciation* keretei között megfelelő módon járt el az öngyilkosságban való közreműködés törvényi tilalmával kapcsolatban.¹⁰¹

A *Gross*-ügyben az EJEB ugyancsak a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jog negatív aspektusát elemezte. Az ítélet azonban nem érintette közvetlenül a *margin of appreciation* kérdését, mivel a testület a vizsgálatát a 8. cikk 2. beke-

⁹⁵ SPIELMANN (67. lj.) 16–17; DUDÁS (1. lj.) 84.

⁹⁶ 15. lj. § 71.

⁹⁷ WADA (16. lj.) 281–282.

⁹⁸ 15. lj. § 74.

⁹⁹ GREER (64. lj.) 20; SPIELMANN (67. lj.) 22–23; DUDÁS (1. lj.) 119–120.

¹⁰⁰ Egyrészt ügyészi jóváhagyás kell ahhoz, hogy az öngyilkosságban közreműködés eseteit a nyomozó hatóságok vizsgálhassák. Másrészt a vonatkozó előírások lehetővé teszik az enyhébb büntetések kiszabását olyankor, amikor azt a bíró megfelelőnek itéli. Az EJEB számára rendelkezésre álló statisztikai adatok szerint 1981 és 1992 között 22 esetben indult eljárás „kegyelemölés” (*mercy killing*) elkövetése okán, amelyek közül csak egy esetben szabtak ki életfogytiglani börtönbüntetést, míg a többi ügyben próbára bocsátást vagy felfüggesztett szabadságvesztést rendeltek el. 15. lj. § 76.

¹⁰¹ KOVÁCS (29. lj.) 290.

déséből fakadó egyik objektív kritériumra, a „törvényben meghatározottság” kérdésére korlátozta. Mivel ebben a vonatkozásban jogsértést állapított meg, a döntés nem vette figyelembe a szükségesség követelményének érvényesülését. A strasbourgi bíróság ugyanakkor közvetve utalt az államok szabadságára az öngyilkosságban való orvosi közreműködés igénybe vételének szabályait illetően. Az EJEB ugyanis a szubszidiaritás elve alapján kimondta, hogy elsősorban a svájci hatóságok feladata a vonatkozó iránymutatások elfogadása azzal kapcsolatban, hogy az egyén vajon jogosult-e, és ha igen, akkor milyen körülmények között jogosult halálos dózisu gyógyszerekhez jutni. Az említett iránymutatások lényegi tartalmával azonban az EJEB nem foglalkozott.¹⁰²

A mérlegelési mozgáster kérdése felmerült az EJEE 8. cikkéből fakadó pozitív állami kötelezettségekkel összefüggésben. Az EJEB a *Haas*-ügyben azt vizsgálta, hogy Svájcnak lehetőséget kell-e biztosítania a kérelmező számára asszisztencia igénybevételére az öngyilkosság elkövetéséhez a vonatkozó előírásoktól eltérő módon. A testület ennek eldöntése érdekében azt mérlegelte, hogy az öngyilkosságban közreműködés svájci szabályozása – különösen az arra való jogosultságot igazoló körülmények meghatározása – érvényre juttatta-e a kérelmező magánélet tiszteletben tartásához fűződő jogát. Ezzel kapcsolatban kijelentette, hogy a 8. cikkből fakadó pozitív kötelezettségeknek érvényre juttatása „feltételezi a különböző érdekek mérlegelését, egy tevékenységet, amelynek tekintetében az [...] államokat elismerten megilleti bizonyos mérlegelési szabadság”.¹⁰³

A strasbourgi bíróság a *margin of appreciation* terjedelmének meghatározásával kapcsolatban három – korábban már említett tényezőt – vett figyelembe: a konszenzus-analízis eredményét, a versengő érdekeket, illetve az arányosság kérdését.

Az EJEB a nemzeti szabályozások összehasonlítása alapján megállapította, hogy a tagállamok között nincs konszenzus az egyén azon jogát illetően, amely alapján eldöntheti, milyen módon és mikor érjen véget az élete.¹⁰⁴ Az államokat ezért „figyelemre méltó” (*considerable*) mérlegelési szabadság illeti meg az említett jog kereteinek meghatározása terén.¹⁰⁵

A testület ezt követően a kérelmező igényével kapcsolatban megállapította, hogy a sikertelen öngyilkossági kísérletek nagy része gyakran súlyos következményekkel jár az egyénekre és családjaikra nézve. Az EJEB ezért elismerte, hogy Ernst G. Haasnak jogszerű érdeke fűződik a méltóságteljes és fájdalommentes öngyilkosság lehetővé tételéhez.¹⁰⁶ A strasbourgi bíróság szerint ugyanakkor az államok intézményes életvédelmi kötelezettsége megelőzi ezt az egyéni igényt. A svájci szabályozás céljai – a kiszolgáltatott helyzetben lévők életének védelme – kellő indokkal szolgálnak a kérelmező magánélet tiszteletben tartásához fűződő jogának korlátozásához.¹⁰⁷ A vonatkozó előírások, valamint a hatóságok intézkedései a

¹⁰² 52. lj. § 69.

¹⁰³ 33. lj. § 53. Vö. továbbá ROAGNA (27. lj.) 60; DUDÁS (1. lj.) 56.

¹⁰⁴ RIETEKER (19. lj.) 120.

¹⁰⁵ 33. lj. § 55.

¹⁰⁶ 33. lj. § 56.

¹⁰⁷ 33. lj. § 57.

visszaéléseket és jogsértéseket kívánják visszaszorítani.¹⁰⁸ Az államoknak ugyanis messzemenően biztosítaniuk kell azt, hogy „az öngyilkosság választása valóban összhangban áll az érintett egyén szabad akaratával”.¹⁰⁹

Az arányosság kérdésével kapcsolatban az EJEB megállapította, hogy a büntetőjogi felelősségre vonás valóban eltántoríthatja az egészségügyi szakembereket attól, hogy a kérelmező öngyilkosságában közreműködjenek. Emellett viszont elfogadta a svájci kormány érvelését, miszerint a kérelmezőnek – adott esetben – lehetősége lett volna olyan orvos segítségét kérni az öngyilkosság elkövetéséhez, aki hajlandó erre.¹¹⁰ Ezért a kérelmező jogát arra, hogy eldönthesse, milyen módon és mikor ér véget az élete, a svájci szabályozás megfelelő módon biztosította.

A strasbourgi bíróság a fenti tényezők alapján arra a következtetésre jutott, hogy a svájci hatóságok nem lépték túl az eljárásuk során a rendelkezésükre álló *margin of appreciation* kereteit.

A mérlegelési mozgástér végezetül kiterjed a 8. cikk procedurális aspektusára is.¹¹¹ Az EJEB a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jog ezen oldalát vizsgálta a *Koch*-ügyben. A testület nem alkalmazta a doktrínát közvetlenül érvelésében, általánosságban azonban megemlíti azt az államokat terhelő kötelezettségekkel összefüggésben. A testület mindenekelőtt hangsúlyozta, hogy a nemzeti jogrendszerek kötelessége a jogorvoslat és – az egyezményes jogok megsértése esetén – a megfelelő elégtétel lehetőségének biztosítása az egyének számára.¹¹² Ezzel kapcsolatban kiemelte, hogy a szubszidiaritás elve „*még nagyobb szerephez jut akkor, ha a kérelem olyan kérdéseket érint, amelyek tekintetében az [...] államokat szignifikáns mérlegelési szabadság illeti meg*”.¹¹³ Az EJEB ezért nem vizsgálta meg Ulrich Koch panaszának érdemi vonatkozásait, vagyis azt, hogy a német hatóságoknak lehetővé kellett volna-e tenniük a kérelmező néhai felesége számára az öngyilkosságban való orvosi közreműködést, mivel az a német hatóságok feladata lett volna.

3. KONKLUZÍÓ

A strasbourgi gyakorlat rendkívül változatos képet fest az életvégi döntések megítéléséről.¹¹⁴ Megfigyelhető azonban egy fokozatos fejlődés az esetjogban, amelynek lényege, hogy az EJEB lépésről lépésre kiterjeszti a magánélet tiszteletben tar-

¹⁰⁸ Az EJEB ebben a tekintetben külön is megemlíttette, hogy a szabályozás elretentheti az asszisztált öngyilkosság elkövetésében segédkező szervezeteket a jogellenes vagy eltitkolt működéstől. 33. lj. § 57.

¹⁰⁹ 33. lj. § 58.

¹¹⁰ 33. lj. § 60.

¹¹¹ SPIELMANN (67. lj.) 7.

¹¹² 46. lj. § 69.

¹¹³ 46. lj. § 70–71.

¹¹⁴ Az ügyek legnagyobb csoportját azok az esetek alkotják, amelyek keretében a testület az asszisztált öngyilkossággal kapcsolatban felmerülő kérdéseket tárgyalta. A strasbourgi fórumok elé hatból három esetben olyan tagállam szabályozásával összefüggő panasz érkezett, amely nem tette lehetővé az öngyilkosságban közreműködést (az Egyesült Királyság és Németország). Három

tásához fűződő jog és a személyes autonómia elvének hatályát az egyes életvégi döntésekre.¹¹⁵ Ennek során odáig jutott, hogy az EJEE 8. cikke alá tartozó jogként nevesítette az egyén autonóm döntését a halál idejéről és módjáról.¹¹⁶ Az azonban, hogy e jogosultság mégis csak az államok akaratától függően jelentheti a különböző egészségügyi beavatkozások igénybevételének lehetőségét, annak köszönhető, hogy a testület rendszeresen alkalmazza a *margin of appreciation* doktrínáját.

Az EJEB a tagállamokat megillető diszkrecionális jogkört mind az EJEE 2. cikke kapcsán, mind pedig a 8. cikkel összefüggésben elismerte. Az élethez való jog esetében, amelynek garantálása abszolút jellegéből adódóan nem tehető mérlegelés tárgyává, a *margin of appreciation* csupán bizonyos pozitív kötelezettségek tekintetében áll fenn. Ezzel szemben a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jognak mindhárom – negatív, pozitív és procedurális – aspektusa vonatkozásában figyelembe vehető a tagállami mozgáster.

Az egyes esetek eldöntése során nagy hangsúlyt kap a *margin of appreciation* terjedelmének megállapítása.¹¹⁷ Ennek meghatározása érdekében az EJEB több tényezőre is tekintettel van. Ezek közé tartozik az érintett érdekek mérlegelése, az arányosság követelményének érvényre juttatása, valamint a tagállamok közötti konszenzus vizsgálata. Az említett faktorok segítségével a testület megállapította, hogy a tagállamoknak jelentős mérlegelési szabadságuk van az életvégi döntések szabályozása terén. Ennek korlátait a vizsgált esetekben viszont egyszer sem lépték át az országok. Ez igaz azokra az ügyekre is, amelyeknél a strasbourgi bíróság végül jogsértést állapított meg.¹¹⁸

A doktrína végső soron abban segíti az EJEB-et, hogy az életvégi döntésekkel összefüggésben megfelelő egyensúlyt teremtsen az autonómia tiszteletben tartásának követelménye, illetve az élet szentségének érvényre juttatása között. A konkrét esetekben azonban úgy tűnik, hogy a testület nagyobb jelentőséget tulajdonít a *margin of appreciation* jelentőségének, mint az egyéni jogoknak. Ezzel magyarázható, hogy jelenleg azon államok jogrendszere, amelyek tilalmazzák az asszisztált öngyilkosságot, egyezmény-konformnak minősül, de azok az európai országok sem sértik az egyezményi jogokat, ahol az öngyilkosságban közreműködés büntetlenséget élvez. A helyzet megváltozásához olyan általános konszenzusra lenne szükség a tagállamok között, amelyre a jelenlegi jogi és társadalmi környezetben egyelőre nem látszik esély. A strasbourgi ítélkezési gyakorlat így továbbra is adós marad az életvégi döntések emberi jogi dimenziójának maradéktalan elismerésével.

ügyben viszont olyan törvényeket kifogásoltak a kérelmezők, amelyek az általuk igénybe venni kívánt vagy elutasítandó kezelést kifejezetten lehetővé teszik (Svájc és Franciaország). Az EJEB két ítéletben állapított meg egyezményisértést: a *Koch*-ügyben a konzervatív szabályozást elfogadó Németországot, míg a *Gross*-ügyben a liberális Svájcot marasztalta el az egyén jogainak megsértése miatt. A többi döntés azonban egyezmény-konformnak minősítette a vonatkozó nemzeti szabályozásokat, valamint a tagállami hatóságok eljárását.

¹¹⁵ RIETEKER (19. lj.) 123.

¹¹⁶ BUZÁS (26. lj.) 480.

¹¹⁷ WADA (16. lj.) 278–287; RIETEKER (19. lj.) 125–126.

¹¹⁸ A vonatkozó ítéleteiben ugyanis a testület nem a *margin of appreciationre* alapozva jutott arra a következtetésre, hogy az államok az EJEE-vel ellentétes módon jártak el.

SÁNDOR JUDIT*

ÉLETVÉGI DÖNTÉS ÉLETRŐL ÉS HALÁLRAÓL

Az intenzív terápiás ellátás eszköztárának köszönhetően számos olyan összetett életvégi döntési helyzet jelent meg, amikor nem csupán a távozóban lévő terminális állapotú haldokló kezeléséről kell döntenet, de a szempontok között szerepel a haldokló terhessége is. Miképp kell kezelni egy perzisztens vegetatív állapotú vagy már az agyhalál állapotába jutott, de várandós egyént? Ki védi meg a jogait, és mely jogok maradnak fenn ebben az állapotban? Létezik-e postumus szülői döntés, amelyet lehetőség szerint figyelembe kell venni? Szerepe van-e itt a kegyeleti jogoknak, a nők reprodukciós jogainak? És mennyiben rokonítható ez az eset a cadaver szervtranszplantációval? A kérdés megválaszolásához több egymástól elkülönülten fejlődő jogterület egymásra vetítése szükséges. Az szerző az elemzés végén megoldási javaslatot is tesz.

*„Kegyetlen légy s merész, s határozott;
Ne félj, világra kit anya hozott,
Neked nem árthat.”*

*Shakespeare, Macbeth
(Szász Károly fordítása)*

Shakespeare *Macbeth* című drámájában Macduff – mielőtt végez Macbeth-szel –, elárulja, hogy idő előtt kivágták anyja hasából, tehát nem eleven anya szülte. Ez volt az egyik jóslat, ami beteljesedett; Macbeth-t nem győzheti le senki, akit anya szült. Történeti forrásokból ismerünk olyan eseteket, amikor az anya halála után közvetlenül véghezvitt császármetszéssel próbálták az életképes magzatot megmenteni. Maga a császármetszés kifejezés¹ a római korból maradt fenn, és egyes feltételezések szerint Julius Caesar születésének körülményeire utal, aminek ellentmond az a tény, hogy Caesar anyja túlélte fia születését.² Mindenesetre a rómaiak a várandós anya halála esetén testből eltávolították a magzatot, elsősorban rituális okokból. Később nemcsak a temetkezés,³ megkeresztelés miatt távolították el a halott anya méhéből a magzatot, hanem jelentősége volt a magzat megmentésének az örökös, az elsőszülött, az elsőszülött fiúgyermek biztosítása, megállapítása

* PhD, full professor, Central European University Legal Studies, 1051 Budapest, Nádor u. 9.
E-mail: sandorj@ceu.edu.

¹ A latin kifejezés a *caedere*, azaz vágni.

² Nem valószínűsíthető, hogy ezt a beavatkozást abban a korban bárki túlélhette.

³ *A temetőkről és a temetkezésről szóló 1999. évi XLIII. tv. végrehajtásáról szóló 145/1999. (X. 1.) Korm. rend.* 14. § (2) szerint: „A halva született magzat sírhelyét jelzőfával kell megjelölni, amelyen a temetés napját és a temetési hely sorszámát kell feltüntetni. (3) Halva született magzat, korai és középidős elhalt magzat eltemetése esetén a sírhelyen kereszt, fejfa vagy egyéb síremlék is elhelyezhető, és azon utónevet is fel lehet tüntetni.”

céljából is. Az elmúlt évtizedekből egyre több, a korábbi esetekkel nem rokonítható, *postumus* terhességről is tudunk. Ezek közös jellemzője, hogy a magzat a fejlődés korai szakaszában van, esetleg még nem is életképes, és az egyébként halottnak nyilvánítható anya egyes életfunkcióit heroikus orvosi erőfeszítések révén hetekig vagy akár hónapokig abból a célból tartják fenn, hogy a magzati életkort növelni tudják egy esetleges későbbi császármetszés reményében. Ezek a heroikus beavatkozások nemcsak az intenzív ellátás etikai határait feszegetik, de szorosan kapcsolódnak az élet végén hozott döntések jogi dilemmáihoz is.

Az élet és nem utolsó sorban az intenzív ellátások fejlődése napjainkra számos olyan helyzetet hozott létre, amelyekben a halál kritériumai megállapíthatóak lennének, de a testet még meghatározott ideig különleges okokból mesterségesen működtetik. A különleges ok rendszerint egy másik élő személy életének megmentése szerv-transzplantáció révén; egy ennél is speciálisabb ok pedig az életképeség elérésére törekvés egy még meg nem született magzat esetében. Ha léteznek igazán nehéz jogi esetek, a terhesség mesterséges meghosszabbítása az élet végén minden bizonnyal idetartozik. Jelen írás keretében kísérletet teszünk arra, hogy számba vegyük a felmerülő jogi szempontokat és ezekkel összefüggésben a lehetséges válaszokat.

1. A SZÜLÉSRE ÉS REPRODUKCIÓRA VONATKOZÓ SZABÁLYOK

A fájdalomcsillapítás és a szülés kapcsolata sokáig tele volt tabukkal. A szülés megkönnyítésének egyházi tilalmát a pápa csak 1949-ben oldotta fel;⁴ korábban ugyanis úgy gondolták, hogy a bibliai paranccsal ellentétes a nők szülési fájdalmainak enyhítése.⁵ Ennek következménye, hogy a világi törvényeket is tartósan uralta az a nézet, hogy a nők szükségképpen „büntetése” a fájdalmas szülés. Talán ebből ered az a mindmáig megfigyelhető fegyelmező hangvétel⁶ szabályozás, ami a szülést, anyaságot, várandósságot övezi. Ezzel szemben a nők, emberi jogi aktivisták, feministák, bábák, szülőnők vagy akár a teológusnők között is szép számmal akadnak, akik szeretnék visszaállítani a nők büntetéstől mentes, aktív, alkotó szerepét⁷ a szülés, majd az anyaság során. Tény, hogy még ma is kevesen gondolnak arra, hogy mi történhet a halálunk után a testünkkel, esetleg hogyan segíthetünk másokon szervadományozás révén. Maga az orvosi terminológia és a köznyelv is nagyon következtelen és bizonytalan, amikor például a szervdonort hol páciensként, hol halottként említi. A cadavert, azaz a hajdani páciens, orvostudományi kutatásra,

⁴ B. Raymond FINK – Lucien E. MORRIS – C. Ronald STEPHEN: „The History of Anesthesia. Third International Symposium. Proceedings, Atlanta, Georgia, March 27–31, 1992” (Park Ridge: The Wood Library Museum of Anesthesiology 1992).

⁵ „Igen megnövelem terhességed fájdalmát, fájdalommal szüldöd gyermekedet” (Mózes 3,16).

⁶ Roger BROWNSWORD: *Rights, Regulation and the Technological Revolution* (Oxford: Oxford University Press 2008).

⁷ Vörös Éva: „Magzatvíz és keresztvíz” *Pannon Tükör* 2009/4. 5–17, epa.oszk.hu/02300/02395/00045/pdf/Erted_vagyok_2008_06_03-06.pdf.

szerv transzplantációra, bizonyos esetekben kutatásra is használják, de az intenzív ellátás eszköztárának köszönhetően fenntartható például egy agyhalott terhessége is bizonyos ideig. Ilyenkor etikai és jogi szempontból nagyon nehéz kérdések vetődnek fel. Rendkívül ritkán fordul elő ugyanis, hogy valaki még életében gondoljon az ilyen eset bekövetkeztére és előre rendelkezzen a kezelés, az életfunkciók fenntartásáról a magzat érdekében. Mivel a gyermek felnevelését, sőt már születését sem élheti meg a cadaver, ilyenkor a család többi tagjára hárul a döntés minden terhe. Orvosi szempontból pedig igen komoly kihívás az életműködés fenntartása, hiszen egyaránt költséges és bonyolult eljárásról van szó. Kérdés tehát, hogy milyen etikai és jogi kérdések merülnek fel ezekben a rendkívüli helyzetekben?

Az intenzív ellátás eszköztára bővülésének, valamint a reprodukív technológiák fejlődésének köszönhetően ma már számos *postumus* terhességre és szülésre kerül sor az apa halála után. Amennyiben azonban egy terhes nő eszméletvesztése vagy terminális állapota miatt nem képes a terhesség elviselésére, az előző helyzetnél sokkal nehezebb orvosi és etikai kérdések adódnak. Miképp kell kezelni egy perzisztens vegetatív állapotú (azaz agyhalottnak nyilvánítható) vagy agyhalott, de várandós személyt? Ki védi meg a jogait, és mely jogok maradnak fent ebben az állapotában? Mennyiben befolyásolja a döntést, ha kiderül a perzisztens vegetatív állapotú vagy már agyhalott páciensről, hogy terhes? Létezik-e *postumus* szülői döntés? Szerepe van-e itt a kegyeleti jogoknak, a nők reprodukációs jogainak? És mennyiben rokonítható ez az eset a cadaver szervtranszplantációval?

Ezekben a ritka helyzetekben másról van szó, mint a klasszikus eutanázia-esetekben. Először is fontos megkülönböztetni az agyhalott terhességének mesterséges fenntartásától azt, amikor a várandós anya súlyos, terminális állapotú beteg, de még képes a döntéshozatalra és a terhességből viszonylag kevés idő van hátra. Számos ilyen eset ismert a szakirodalomban. Ilyenkor, amennyiben az anya erre képes, ő dönt,⁸ de ha már nincs ebben a helyzetben, hozzátartozói – mint helyettes döntéshozók – *az ő akaratát* képviselve nyilvánítják ki a szándékát. Tehát ezekben az esetekben *a páciens önrendelkezési jogai* irányadóak. Sokkal nehezebb helyzet az, amikor már a halál megállapításának lenne helye és a terhesség még viszonylag korai. Ilyenkor, ha az anya életben tartásáért folytatott küzdelem elbukott, a halál megállapítása egyúttal a magzat halálát is jelentette. Ha már viszonylag előrehaladott a terhesség, megvan az esély arra, hogy császármetszést követően a fejlett magzatot inkubátorban lehessen felnevelni, de olyan esetekben, amikor a terhességből még több hónap van hátra, és a terhes anya halála bekövetkezik, általában nincs mit tenni, el kell fogadni, hogy a páciens halott.

⁸ Rosamund Scott: „The Pregnant Woman and the Good Samaritan. Can a Woman Have a Duty to Undergo a Caesarean Section?” *Oxford Journal of Legal Studies* 2000/3. 407–436.

2. A HALOTTAKRA VONATKOZÓ ORVOSBIOLÓGIAI ÉS JOGI SZABÁLYOK

Napjainkra a halál biológiai és orvosi fogalma is összetettebbé vált. Elsősorban a szervtranszplantáció, a halottból való szervkiemelés lehetősége változtatta meg az orvosi szemléletet a halálról. Habár a szervtranszplantáció kivételes eset, itt a halál speciális kritériumok alapján történő megállapítása után rövid, csupán a feltétlenül szükséges ideig azért működtetik a halott szervezetét, hogy abból más életének megmentése érdekében még szerveket emeljenek ki. Ez ellen még életében tiltakozhat a páciens. A perzisztens kómában lévő terhes nő nem tekinthető azonban magzati szervdonornak. A reprodukció ugyanis nem analóg a szervadományozással. Ez az az eset lehetne, ha az agyhalott szülő szervadományozással segítene élő gyermekét.

Itt azonban nem erről van szó. Az emberi reprodukció az életet alapjaiban érintő helyzet, és nemcsak a genetikai továbbörökítés révén, hanem családi kapcsolatokat, így az anya és gyermeke közötti kapcsolatot is, keletkeztető meghatározó életeseemény. A magzat biológiai függetlenségének esélye előrehaladott terhesség esetén sem jelent egyet az emberi kapcsolat létrehozásával. Az emberi reprodukció tehát nemcsak biológiai jelenség, hanem érzelmi köteléket keletkeztető történet is, azáltal, hogy nemcsak biológiai, genetikai tulajdonságokat hagyományoz a szülő a gyermekre, de neveli, példát mutat neki, az együttélés révén is alakítja személyiségét. Ideális esetben kölcsönös szeretetközösséget keletkeztet. Minél fejlettebb, bonyolultabb a civilizációnk, annál fontosabb a nevelés. Az emberi reprodukció nem tekinthető tehát pusztán biológiai aktusnak, miként az anyai szervezet sem tekinthető a magzat pusztai biológiai hordozójának. Ha pedig így van, akkor a perzisztens kómába jutott állapotos nő terhességének mesterséges fenntartása az anyai élet megmentésének esélye nélkül jogi és erkölcsi igazolásra szorul, és nem vezethető le sem a transzplantációs, sem pedig a betegek jogaira vonatkozó szabályozásból.

Ha az elmúlt években egyre gyakrabban felbukkanó esetek nyomán megjelenő cikkeket, nyilatkozatokat vesszük közelebről szemügyre, nyilvánvaló, hogy az orvosi terminológia és a köznyelv is nagyon következtelen és bizonytalan, amikor például a szervdonort hol páciensként, hol halottként említi.

Nehezíti még a jogi megoldást, hogy a reprodukció szempontjából nyilvánvalóan más a férfi és női test helyzete. Míg az embriót a férj halála után is ki tudja hordani a nő (és erre a magyar törvények lehetőséget is adnak), addig egy nő halála után nem képes a magzatot kihordani. Szélsőséges esetekben csak testének gépi működtetése jöhet szóba, mint technikai lehetőség. Ezzel kapcsolatban Douglas Shrader veti fel a kétszeres halál fogalmát.⁹ 1983-ban Kaliforniában egy 48 óras megfigyelés alatt agyhalottnak minősített anya testének mesterséges működtetése révén egészséges újszülöttet tudtak világra segíteni. Shrader szerint ebben az eset-

⁹ Douglas SHRADER: „On Dying More than One Death” *Hastings Center Report* 1986/February. 12–16.

ben elmondható az, hogy a személy január 26-án hunyt el, míg a biológiai szerveget március 29-én.

A reprodukív technológiák fejlődésének köszönhetően ma már számos postumus terhesség és szülés történik *az apa halála után*. Az *Astrue v. Capato*¹⁰ esetben a férj daganatos megbetegedése miatt került sor a spermium lefagyasztására. Időközben a pár természetes úton gyermeket nemzett, és szerettek volna a gyermeküknek testvért is. A férj halála után a feleség in vitro eljáráshoz vette igénybe halott férje lefagyasztott spermáit, és így ikrei születtek 18 hónappal a férj halála után. Az özvegy szociális ellátásért folyamodott az ikrek nevében. A kérelem elutasítását követően került sor a bírósági felülvizsgálatra. Az első fokú bíróság álláspontja szerint az ikrek nem minősülnek az elhunyt gyermekeinek a társadalombiztosítási törvény alapján. A Fellebbviteli Bíróság a gyermekeket mégis a pár biológiai gyermekének minősítette, a Legfelsőbb Bíróság előtt folyó eljárásban azonban Ruth Bader Ginsburg bíró úgy foglalt állást, hogy a társadalombiztosítási törvény alapján helyes az az értelmezés, hogy az ikrek nem tekinthetők a házastárs gyermekeinek.

Öröklés, származás és a szociális ellátás szempontjából számos esetben vetődött fel a postumus reprodukció kérdése, amennyiben azonban egy terhes nő eszméletvesztése vagy terminális állapota miatt nem képes már a terhesség elviselésére, sokkal nehezebb orvosi és etikai kérdések adódnak. Hiszen a női reprodukció nem fejeződik be az ivarsejt átadásával, a halott test inkubátorként való működése viszont csak kivételes esetekben és az érintett nő még életében tett vagy vélelmezett, illetve hozzátartozói által képviselt szándéka alapján lehetséges. Ellenkező esetben a *Matrix* világa elevenedne meg, és akarva-akaratlan a női test tárgyiasulásához vezetne, mesterségesen működtethető cadaver méhként.

3. LEHETSÉGES JOGI ANALÓGIÁK: EUTANÁZIA, SZERV TRANSZPLANTÁCIÓ ÉS TERHESSÉGMEGSZAKÍTÁS

Ha a meglévő jogi szabályokból akarunk kiindulni, csak távoli analógiákra hagyatkozhatunk. Agyhalottra ugyanis nem vonatkoznak a terhességmegszakítás vagy akár a terhességondozás szabályai. Ezeket a kérdéseket a jog még élő, esetleg terminális állapotba jutott páciens esetében rendezi csak. Halott esetében legfeljebb a szervtranszplantációra, illetve a kórboncolásra vonatkozó szabályokkal foglalkozik a jog. Az agyhalott anya szervezetének mesterséges működtetése a magzat életben tartása érdekében kétféle módon magyarázható. Az egyik, hogy az orvosi team fikcióval él, és élőnek tekinti, ezáltal vonatkoztatva rá a terhességondozás szabályait. A másik, hogy a szervadományozás analógiájára meghatározott ideig életben tartja a test egyes funkcióit.

¹⁰ *Astrue v. Capato*, on behalf of B. N. C. *et al.*, U.S. Court of Appeals for the Third Circuit, No. 11–159; argued on March 19, 2012, decided on May 21, 2012.

A *magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. tv.*¹¹ tartalmazza a terhességmegszakítás szabályait, ezek azonban nem vonatkoztathatók olyan esetre, amikor az anya halálközeli állapotban van, vagy az agyhalál kritériumai egyébként megállapíthatóak lennének. Míg a törvény Preambuluma kinyilvánítja, hogy a fogantatással induló magzati élet tiszteletet és védelmet érdemel, a magzat egészséges fejlődését biztosító feltételek megteremtése elsődlegesen a szülők felelőssége. E magzatvédelmi törvény szerint a terhesség csak veszélyeztetettség, illetve az állapotos nő súlyos válsághelyzete esetén,¹² a törvényben meghatározott feltételekkel szakítható meg. Súlyos válsághelyzet az, amely testi vagy lelki megrendülést, illetve társadalmi ellehetetlenülést okoz. A magyar szabályok szerint a terhesség a 12. hetéig szakítható meg, ha azt az állapotos nő egészségét súlyosan veszélyeztető ok indokolja, a magzat orvosiilag valószínűsíthetően súlyos fogyatékosságban vagy egyéb károsodásban szenved, a terhesség bűncselekmény következménye, valamint az állapotos nő súlyos válsághelyzete esetén.¹³ A terhesség a 20. hetéig – a diagnosztikus eljárás elhúzódaása esetén a 24. hetéig – szakítható meg, ha a magzat genetikai, teratológiai ártalmának valószínűsége az ötven százalékot eléri.¹⁴ A terhesség az időtartamától függetlenül szakítható meg az állapotos nő életét veszélyeztető egészségi ok miatt, illetve a magzatnál a szülés utáni étellel összeegyeztethetetlen rendellenesség fennállása esetén.¹⁵

Jelen tanulmány célja nem az agyhalál, illetve az agytörzsi halál definíciója körül zajló viták bemutatása vagy kritikája, hiszen ez önmagában is egy átfogó, önálló elemzés célja lehetne.¹⁶ Annyi azonban bizonyos, hogy a definíció több szempontból is tartalmaz bizonytalan elemeket és fogalmi problémákat. A halál kinyilvánítása azért jelent problémát egy-egy eset értelmezésekor, mert a halál legtöbbször egy folyamatnak tekinthető, amely folyamat egyes elemei jogi, etikai, vallási relevanciával is bírnak, míg más elemeknek orvosi, ápolási vagy transzplantációs szempontból van jelentőségük. Külső megítélésre a több egymástól különböző állapot hasonlóságot mutat, a halál kimondása után is megfigyelhetők egyes reflexek, vagy kimutatható még a vérkeringés, illetve a vérkeringés stabilitása sem jelent egyértelmű eligazodást, miként a légzés leállása sem.¹⁷

Az agyhalál definícióját először francia kutatók írták le 1959-ben, de akkor nem azzal a szándékkal, hogy az általuk leírt állapotot később halálnak tekintsék. A Harvardi Orvosi Egyetem később az irreverzibilis kómát¹⁸ írta le, mint a központi

¹¹ Kihirdetve: 1992. 12. 23. Módosította: 2011. évi CLXXVI. tv. 161. § (1) a).

¹² 1992. évi LXXIX. tv. 5. § (1) d).

¹³ 1992. évi LXXIX. tv. 6. § (1).

¹⁴ 1992. évi LXXIX. tv. 6. § (3).

¹⁵ 1992. évi LXXIX. tv. 6. § (4) a) b).

¹⁶ Számos átfogó tanulmány jelent meg e témakörben. A japán és amerikai felfogás különbségeiről ír pl. Margaret Lock: *Twice Dead. Organ Transplants and the Reinvention of Death* című művében (Berkeley: University of California Press 2001).

¹⁷ Konstantinos G. KARAKATSANIS – John N. TSANAKAS: „A Critique on the Concept of Brain Death” *Law and Medicine* 2002/2. 127–142.

¹⁸ „A Definition of Irreversible Coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death” *JAMA* 1968/6. 337.

idegrendszer észlelhető aktivitásának megszűnését, és ez vezetett a halál új orvosi fogalmának kialakításához. A definíció kialakítását kétségkívül pragmatikus okok is sürgették, a transzplantáció igényei mellett az intenzív osztályok túlszűfolttsága is szerepet játszott.

Kétféle haláldefiníció került alkalmazásra: az egyik a teljes agyhalál, míg a másik az agytörzsi halál volt. Bár a definíció világszerte elterjedt, az állapot igazolásának kritériumai között máig vannak komoly eltérések. Az apnea-teszt¹⁹ lefolytatásának is eltérő időintervalluma van az egyes országokban. A másik probléma az agyhalál definíciójával, hogy az irreverzibilitást nem lehet megállapítani tudományos eszközökkel. Az agyhalál és a mély kóma elhatárolása sem könnyű, bár erre léteznek bizonyos módszerek.²⁰ A koponyán keresztüli doppler-vizsgálat például az esetek nagy részében megnyugtató módon tud választ adni a kérdésre. Etikai és jogi kérdés az, hogy miként tekintendő tehát a távozóban lévő személy teste, felfogható-e a test eszköznek a személyiségtől elkülönült cél szolgálatában.

4. A HALOTTBÓL VALÓ SZERVKIEMELÉS SZABÁLYAINAK ALKALMAZHATÓSÁGA

A magyar jog az egészségügyi törvény halottakkal kapcsolatos rendelkezésekről szóló XII. Fejezetében határozza meg a *klinikai halál* fogalmát, amely a légzés, a keringés vagy az agy működésének átmeneti megszűnését jelenti, és nem jelenti a halál vagy az agyhalál beálltát. Az *agyhalál* definíciója is szerepel, amely az agy – beleértve az agytörzset is – működésének teljes és visszafordíthatatlan megszűnése, míg a *halál* jogi definíciója az az állapot, amikor a légzés, a keringés és az agyműködés teljes megszűnése miatt a szervezet visszafordíthatatlan felbomlása megindul. Az agyhalál beállta után is lehet egészségügyi beavatkozást végezni az agyhalott páciensen, így például lehet úgynevezett cadaver donor²¹ is. A magyar egészségügyi törvény szerint²² halottból szerv, illetve szövet eltávolítására átültetés céljából akkor kerülhet sor, ha az elhunyt életében ez ellen nem tett tiltakozó nyilatkozatot.

Amennyiben még életében kórházba került a várandós anya, és kinyilvánította akaratát, kezelésére a gyógykezelés visszautasításának szabályai vonatkoznak. A hazai egészségügyi törvény szerint a cselekvőképes beteget általában megilleti az ellátás visszautasításának joga, kivéve, ha annak elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné.²³ Az egészségügyi törvény szerint azonban a beteg nem utasíthatja vissza az életfenntartó vagy életmentő beavatkozást, ha váran-

¹⁹ A légzés elmaradását igazoló teszt.

²⁰ Stuart YOUNGNER [et al.]: „Brain Death and Organ Retrieval. A Cross Sectional Survey of Knowledge and Concept among Health Professionals” *JAMA* 1989/15. 2205–2210.

²¹ Donor: az a személy, aki szervet, szövetet adományoz más személybe való átültetés céljából, ill. akinek testéből halála után szervet vagy szövetet távolítanak el más személy testébe történő átültetés céljából.

²² Eütv. 211. § (1). Megállapította: 1999. évi LXXI. tv. 17. §. Hatályos: 1999. 08. 01-től.

²³ Eütv. 20. § (1).

dós és előre láthatóan képes a gyermek kihordására.²⁴ A törvény ismeri az élő végrendelet intézményét is, ugyanis a cselekvőképes személy – későbbi esetleges cselekvőképzetlensége esetére – közokiratban visszautasíthat életfenntartó, életmentő beavatkozásokat.²⁵

A magyar jogszabályok egy rendelet mellékletében térnek ki az agyhalál megállapításának kritériumaira.²⁶ E szerint az agyhalált – amely az agy (beleértve az agytörzset is) működésének teljes és visszafordíthatatlan megszűnése – elsősorban klinikai vizsgálatok és a kórlefolyás alapján kell megállapítani. Az agyhalál diagnózisát műszeres vizsgálatokkal alá lehet támasztani. Elsődleges agykárosodás²⁷ esetén feltétlenül végzendő koponya CT. Az agyhalál megállapítása három lépésből áll. A hiányzó agyműködés irreverzibilitásának bizonyítása vagy kizárólag a klinikai tünetek és a kórlefolyás megfigyelésével, vagy a klinikai tünetek mellett kiegészítő műszeres vizsgálatok lefolytatása révén történik.

Az agyhalál megállapítása elsősorban klinikai tüneteken alapul.²⁸ A megfigyelés szükséges időintervalluma magzat esetében nincs rögzítve, de elgondolkodtató, hogy újszülött esetében rövidebb ideig kell a megfigyelést folytatni, mint egy felnőtt esetében. A kezelőorvos a beteg kóroki tényezői és a kórlefolyása alapján eldönti, hogy elsődleges vagy másodlagos agykárosodásról van-e szó, és ennek megfelelően határozza meg a szükséges várakozási időt. A hiányzó agyműködés irreverzibilitásával kapcsolatban a klinikai tünetek mellett többféle műszeres vizsgálati eredmény áll rendelkezésre.²⁹ Tehát, bár az agyhalál fogalma eddig elsősorban a szervtranszplantáció szempontjából volt jelentős, e cikkben tárgyalt számos rendkívüli esetben is megvan e szóhasználatnak a létjogosultsága.

²⁴ Eütv. 20. § (6).

²⁵ Eütv. 22. § (1).

²⁶ 2. sz. melléklet a 18/1998. (XII. 27.) EüM rend.-hez.

²⁷ Az agyhalált előidézhetheti elsődleges agykárosodás (az agy közvetlen károsodása), vagy másodlagos agykárosodás (az agy közvetett, hypoxiás károsodása).

²⁸ Ha csupán a klinikai tünetekre és a kórlefolyásra támaszkodunk, az agyműködés hiányára utaló tünetek megjelenése után az alábbi megfigyelési időszak szükséges: 1. felnőttéknél és gyermekeknél három éves kortól elsődleges agykárosodás esetén 12 óra, másodlagos agykárosodás esetén 72 óra; 2. öthetes kortól három éves korig mindkét esetben 24 óra; 3. újszülötteknél öthetes korig mindkét esetben 72 óra.

²⁹ 1. Transzkranialis Doppler (TCD) vizsgálat: Az agyhalál diagnosztikában bizonyító erejű vizsgálatként csak abban az esetben használható, ha ugyanolyan erősítéssel, ugyanolyan ultrahang szondával, besugárzási szöggel és vizsgálati mélységekben korábban áramlás volt detektálható az intrakranialis erekben. A vizsgálat csak abban az esetben bizonyító erejű, ha az agyhalál klinikai tüneteinek kialakulását követően két alkalommal végzett ismételt vizsgálat alkalmával ingáramlást (a szisztole és diasztole azonos amplitudójú), szisztolés abortív csúcsokat (spike) talál a vizsgáló, vagy ha áramlás nem mutatható ki. A két vizsgálat között legalább 30 percnél kell eltelnie, és a két vizsgálati eredménynek egybehangzóan igazolnia kell a véráramlás megszűnését. Amennyiben már az első vizsgálatnál sem sikerül áramlást kimutatni, akkor az az irányadó, hogy az agyhalál tüneteinek beállta előtt végzett TCD-vizsgálattal volt-e kimutatható áramlás. Amennyiben az agyhalál tüneteinek beállta előtt nem sikerült áramlásmérést végezni az intrakranialis erekben, a TCD-vizsgálat nem alkalmazható megerősítő tesztként. Mindkét TCD-vizsgálat során írásos lelet készül valamennyi mérési paraméter feltüntetésével (mérési mélység, áramlási sebesség, pulzatilitási – szisztolés és diasztolés – index, erősítés).

5. AZ AGYHALOTT TERHES NŐ JOGI STÁTUSZA

Az „agyhalott állapotos nő” egy olyan köztes jogi kategória, amelyet az intenzív ellátás legújabb technikai lehetőségei teremtettek meg. Szoros értelmében nem vonatkoztathatóak rá a terhességmegszakítás szabályai, sem a gyógykezelés vizsautasításának joga; talán legközelebb állónak a halottból kiemelhető szervek jogi szabályozása tekintetű, bár a jog fogalmi szerint a magzat nem cadaver szerv. Az eddig ismert nemzetközi estekből az is leszűrhető, hogy komoly jogi viták főként akkor keletkeznek, ha a család, főképp a férj vagy élettárs másképp dönt, mint az orvosi team.

A szakirodalomból számos esetet ismerünk, amelyek jelentős része sajnos emberi tragédiával végződött. Ilyen volt Susan Torres esete 2005-ben,³⁰ aki – bár úgy tűnt, hogy teljesen egészséges – tizenhét hetes terhesként agyvérzést kapott, majd ezt követően, amikor kórházba került, és agydaganatot állapítottak meg nála, annak ellenére, hogy nagyon rosszak voltak az életben tartás esélyei, a magzat érdekei miatt úgy döntöttek, hogy mégis megkísérik életben tartani az anyát, amíg a magzat életképes nem lesz. A család pénzgyűjtésbe fogott, hogy a nagyon költséges intenzív ellátást fedezni tudják. 400 000 USD gyűlt össze az ún. Susan Torres Alapban. 2005. augusztus 2-án született meg Susan Ann Catherine Torres császármetszéssel. Susan 2005. augusztus 3-án halt meg, huszonhat éves korában, miután kikapcsolták az őt mesterségesen életben tartó készüléket. A kórház és Susan sógora az esetet úgy jelentették be, mint sikeres szülést. Szeptember 11-én az újszülött is meghalt, miután műtétet kellett rajta végrehajtani bélperforáció miatt.

Az Egyesült Államokban élénk vitákat kiváltó hasonló eset a *Muñoz*-ügy volt. 2014. január 23-án a texasi John Peter Smith Kórházban hosszas jogi huzavona után szüntették meg az életfunkciók mesterséges fenntartását *Marlise Muñoz*³¹-nál, aki terhességének tizennegyedik hetében tüdőembólia következtében az eszméletét veszítette, és meghatározatlan ideig oxigénhiányos állapotban volt, amikor férje a konyha padlóján fekvé megtalálta. Marlise élő végrendeletet is tett korábban,³² amelyben határozottan kérte, hogy életét mesterségesen ne nyújtsák meg, ha már vegetatív állapotba jutott. A texasi törvények értelemben azonban nem utasíthatta vissza a gyógykezelést olyan személy, aki terhes volt. Ebből adódott a félreértés, ugyanis bár a törvény szövegezése több szempontból is vitatható, hiszen nem tesz különbséget az egynapos és a nyolchónapos terhesség között, a halottakra semmiképp sem vonatkoztatható, márpedig Marlise agyhalottként feküdt a kórházban, állapotán már nem tudtak segíteni. A család egyhangú állásponton volt a tekintetben, hogy Marlise szándékát tiszteletben kell tartani. Mind a férj, mind pedig az agyhalott nő édesanyja azonos véleményen volt, és együtt küzdöttek és

³⁰ Lásd washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2005/09/12/AR2005091200669.html.

³¹ Lásd edition.cnn.com/2014/01/29/health/texas-pregnant-brain-dead-woman.

³² Wendy Adele HUMPHREY: „But I’m Brain-Dead and Pregnant: Advance Directive Pregnancy Exclusions and End-of-Life Wishes” *William & Mary Journal of Women and the Law* 2015/3. 669.

kérték a gépek kikapcsolását, amelyet azonban a kórház a rosszul értelmezett és rosszul megfogalmazott texasi törvényre hivatkozással nem tett meg.

2013-ban hasonló eset történt Debrecenben is. Egy harminckét éves fiatal nő eszméletét veszítette, és pár napi küzdelem után az agyhálal állapotába került. Ekkor terhessége tizenötödik hetében volt. Ezt követően Debrecenben az amúgy agyhalottnak nyilvánítható anyát kilencvenkét napon át tartották életben, majd császármetszéssel élő és egészséges magzatot segítettek világra az orvosok. A császármetszésre azért kerülhetett sor, mert számos szakma képviselői sikeresen tudtak együttműködni, köztük aneszteziológusok, endokrinológusok, nőgyógyászok, neonatológusok, intenzív terápiás szakemberek vettek részt a terhesség fenntartásában. A császármetszés a terhesség huszonhetedik hetében történt. Bár az eset nem került bíróság elé, és nem tudunk etikai bizottság állásfoglalásáról sem, a sajtóhíradások alapján feltételezhető, hogy az érintett család tagjai azonos véleményen voltak, és mindnyájan szerették volna a magzat életének megmentését. A debreceni esetben tehát szerencsére nem merült fel a hozzátartozók egymással ellentétes véleménye, és nincs adatunk arra, hogy ne a terhes nő még életében kinyilvánított, vélelmezhető szándékát képviselték volna. Nem tudunk a kórházi team és a hozzátartozók közötti véleménykülönbségről sem, sőt a kórházi team egyes tagjai közötti véleményeltérésekről sem. Igaz, ez talán azzal is magyarázható, hogy a hivatalos bejelentésre hónapokkal a sikeres császármetszés után került sor. A másik lehetőség, hogy a terhes anyát quasi élő inkubátornak tekintették, aki bár már halottnak tekintendő, a teste bizonyos funkcióit – mint egy emberi inkubátort – tartották fenn a magzat életesélyeinek javítására. A bravúros és sikeres életben tartási kísérlet tehát, ha nem is a hozzátartozók kifejezett kérésére történt, mindenképp az ő egyetértésükkel valósult meg. Az eset bejelentése hónapokkal a császármetszés után történt a család kimélete és a gyermek beazonosíthatóságának elkerülése érdekében. A kórházi team tehát szinte a magzat szülőjének, gondozójának szerepét vette át, tucatnyi orvosi szakma működött abban közre, hogy a terhesség fennmaradjon annak ellenére, hogy az anya már halottnak volt tekinthető.

Ez a rendkívüli helyzet a nemzetközi szakirodalomból ismert esetek alapján is nagyon megterhelő a hozzátartozók számára, hiszen elbúcsúzni sem tudnak hónapokig halott hozzátartozójuktól, miközben a magzat életéért is rettegnek. A *Muñoz*-esetben erről a sajátos és feldolgozhatatlan helyzetről meglehetősen nyíltan beszélt Marlise Muñoz édesanyja és férje is. Elmondták, hogy először a kórházi team is felkészült a búcsúztatásra, de aztán a texasi törvény értelmében az akaratuk ellenére folytatniuk kellett az életfunkciók fenntartását. Az édesanya és a férj jogi eljárásban küzdött a gép kikapcsolásáért, miközben látogatták a halott, de terhességét mesterségesen fenntartva páciensként kezelt Marisát, akin látták a szörnyű torzulást, az enyészetet. Az Egyesült Államokban tovább nehezíti még a helyzetet, hogy e heroikus küzdelem és a hosszan tartó, sokszor eredménytelen ellátás költségeit a legtöbb esetben a hozzátartozók viselik.

2015 áprilisában Nebraska államban szintén egy agyműködés jeleit már nem mutató, halott anya ötvennégy napig mesterségesen működtetett testéből császár-

metszéssel életképes magzatot tudtak eltávolítani. Az újszülött az Angyal³³ nevet kapta. A metodista egészségügyi intézményben több mint száz orvos, nővér és egészségügyi dolgozó megfeszített munkája volt szükséges ehhez. Az újszülött gondozását a nagymama vállalta magára. Az ő nyilatkozatában nemcsak a megmentett élet igénlése, hanem az elhunyt lányának való emlékéllítés is szerepet kapott.

Eutanázia-esetekből tudjuk, hogy komoly nehézségek támadhatnak abból is, ha az egyes hozzátartozók, például a férj és a szülő, másképp döntenek. Ilyen eset volt az évekig húzódozó Terry Schiavo³⁴ ügye, aki huszonhat évesen máig nem tisztázott körülmények között, valószínűleg szívroham következtében eszméletét veszítette, és ettől kezdve intenzív ellátásra és mesterséges táplálásra szorult. Az ügyben a férj volt az, aki többször kérte a mesterséges táplálás megszüntetését, míg a lány szülei a táplálás további folytatása mellett foglaltak állást.

6. LEHETSÉGES JOGI MEGOLDÁSOK

Álláspontom szerint a jövőben az agyhalott vagy annak nyilvánítható páciens terhességének fenntartására átgondolt, az elhunyt életében tett nyilatkozataira alapozó szabályozás szükséges. Nem vonatkoztatható ugyanis ezekre a helyzetekre az ellátás visszautasításának joga, hiszen nem életveszélyes állapotba jutott páciens gyógykezeléséről van szó, nem is terminális állapotba került betegről, hanem az agyhalál küszöbén állóról vagy az agyhalál állapotába jutottról. Nem jöhet szóba az állapotos nő önrendelkezési jogainak korlátozása sem (ami nálunk véleményem szerint meglehetősen szélesre sikeredett az egészségügyi törvényben), mert ez merőben más helyzet. Az önrendelkezési és kegyeleti jogok mellett figyelembe kell venni a terhesség előrehaladtát is. Egy életképes magzat esete másképp ítélendő meg, mint életképtelen korai terhesség esetében, ahol az anya teste csak inkubátorként működöttetett biológiai gép. Biztosan vannak olyanok, akik úgy rendelkeznek, hogy kövessenek el mindent a magzat életben tartására, mert megvan a családi háttér, esetleg így marad fenn egy családi szál és az anya ebben látja életének folytatását. De elképzelhető olyan eset is, hogy nincs meg a szükséges családi háttér, az anya méltósággal szeretne távozni, ha már halott, azt akarja, hogy halottként kezeljék, hagyják elmenni. Ezt is tiszteletben kell tartani. Természetesen vannak olyan esetek, amikor hiába kérte az anya életében, és hiába kéri a család, a magzat életeselei olyan csekélyek, súlyos fogyatékossgal való megszületése oly mértékben valószínűsíthető, hogy orvosi szempontból nem teljesíthető a terhesség fenntartásának kérése.

Úgy vélem, hogy egy állapotos nő teste sem életében, sem halálában nem tekinthető pusztá tárgynak; ha ez így lenne, a nők iránti egyenlő tisztelet és méltóság

³³ Lásd lifeneews.com/2015/05/01/baby-angel-is-born-after-doctors-keep-brain-dead-mother-alive-to-give-birth/.

³⁴ *Schindler v. Schiavo*, Civil Action No. 8:03-CV-1860-T-26-T-TGW, *Schiavo v. Bush*. No. 03-008212-CI-20 (Cir. Ct. Pinellas County, Florida).

elve sérülne. A modern képkötő eljárásoknak köszönhetően egyre inkább „meg-elevenedik”, megszemélyesül a magzat. A technikai fejlődést jelzi, hogy egyre több újszülött és magzat életét tudjuk ma már megmenteni, de az élet mellett a jog tiszteli a hadoklót, illetve a halott kegyeleti jogait is.

7. ÉLŐ VÉGRENDELET ÉS A VÁRANDÓSSÁGI KLAUZULA

Ahol előzetes nyilatkozat formájában lehet előre rendelkezni a későbbi cselekvőképzetlenség esetére a gyógykezelések visszautasításáról, és van is ilyen nyilatkozat, a fennmaradó jogi kérdés az, hogy vajon érvényes-e ezen rendelkezés az érintett várandós állapot esetén.

2012-ben egy amerikai nőpolitikai kutatóközpont³⁵ megvizsgálta ötven amerikai államban az ügynevezett terhességi klauzulákat. Ez alapján öt különböző jogpolitikai gyakorlat különböztethető meg egymástól:³⁶ az egyik lehetséges jogi modellben a várandós nők jogainak erős korlátozása figyelhető meg. Ez azt jelenti, hogy az előzetesen tett rendelkezést (a mesterséges életmehosszabbításról) érvényteleníti az érintett terhessége. Ebbe a csoportba 12 állam tartozik, köztük Alabama, Idaho, Indiana, Kansas, Michigan, Missouri és Dél-Karolina.

A második csoportba olyan államok tartoznak, amelyek alapvetően elfogadják a terminális betegek jogait, csupán a magzat életképessége szab határt, és akkor lehet életfenntartó kezelést folytatni, ha a magzat életképes és valószínűsíthető, hogy életben tartható a születésig. A terminális betegek jogait elfogadó, de az életképességi határt is figyelembe vevő államok csoportjába tartozik Alaska, Arizona, Arkansas, Illinois, Iowa, Kentucky, Montana, Minnesota, Nebraska, Nevada, New Hampshire, Ohio, Pennsylvania, Rhode Island, Dél-Dakota, illetve Kentucky. Észak-Dakota és Pennsylvania államokban nem lehet továbbfolytatni az életben tartást, ha ez csillapíthatatlan fájdalmat okoz az állapotos nőnek.

Vannak olyan államok, ahol az életképesség a döntő a testi funkciók mesterséges fenntartása esetén. Georgia államban úgy rendelkezik a jogszabály, hogy akkor lehet beszüntetni a beteg életfenntartó kezelését, ha a magzat nem életképes, és az állapotos nő korábban tett rendelkezést a kezelés beszüntetéséről.³⁷ Végül vannak olyan államok, ahol a *living will* szabályozásán belül nincs külön rendelkezés az állapotos nőre nézve. Érdemes kiemelni, hogy Louisiana államban a törvényhozás igyekezett figyelembe venni az agyhalottnak minősített várandós anya komplex helyzetét, ezért abban az esetben tiltja a mesterséges életbentartás beszüntetését,

³⁵ Megan GREENE – Leslie R. WOLFE: „Pregnancy Exclusions in State Living Will and Medical Proxy Statutes” *Reproductive Laws for the Twenty-First Century Papers* (Center for Women Policy Studies, August 2012).

³⁶ Hannah SCHWAGER: „The Implications of Exclusions. How Pregnancy Exclusions Deny Women Constitutional Rights” *Cardozo Public Law, Policy & Ethics Journal* 2015/2. 595.

³⁷ Katie RINKUS: „The Pregnancy Exclusion in Advanced Directives. Are Women’s Constitutional Rights Being Violated?” *Public Interest Law Reporter* 2014/2. 94–100.

ha a szülészorvos megállapítja, hogy a terhesség legalább húsz hetes és a várandós agyhalott anya testi funkciói ésszerűen fenntarthatók az élveszületés eléréséhez.

Ha alkotmányjogi szempontból közelítünk ezekhez az esetekhez, akkor itt az élet védelmének és a magánéleti jogok védelmének van döntő jelentősége. 1973-ban az amerikai Legfelsőbb Bíróság a *Roe v. Wade*³⁸ ügyben trimeszterekre osztotta fel a várandósság idejét, amelyekben az állam szabályozási lehetőségei eltérők. Míg az első trimeszterben döntően magánéleti kérdés a terhesség, a későbbiekben fokozatosan növekvő jelentősége van az élet védelmének.³⁹ 1992-ben a *Planned Parenthood v. Casey* esetben⁴⁰ azonban a Legfelsőbb bíróság hozzányúlt a trimeszter kategóriákhoz, és alkotmányosnak talált egyes az első trimeszter idejére érvényes szabályokat. A *Casey-eset* fogalmazta meg az ún. *undue burden* (nem megfelelő teher) szabályt. Amikor az állapotos nő perzisztens vegetatív állapotba jutott, távozóban lévő beteg, az eutanázia kérdését megnehezíti az élet védelméről alkotott eltérő világnézeti és jogi felfogás is. Rosamund Scott mutatott rá, hogy a várandósság esetében vélelmezett anya-magzat konfliktus feloldásában sokáig tévesen alárendelték az anya jogait a magzaténak.⁴¹

A testi intergritás védelme nagyjából azt jelenti, hogy senkit nem lehet jogellenes testi kényszernek kitenni. A terhességre vonatkoztatva ez azt jelenti, hogy a terhességre vonatkozó magánéleti döntészet azokkal a nyomós állami érdekekkel kell összemérni, amelyek az élet fenntartása iránt nyilvánulnak meg: az öngyilkosság megelőzése, ártatlan harmadik személyek védelme, az orvosi pálya etikai integritásának védelme iránt.

8. A MAGZAT VÉDELME AZ ÉLETKÉPESSÉGI KOR ELÉRÉSE ELŐTT

Azoknak a *living will* szabályozásoknak, amelyek a korai terhességre vonatkoznak, amikor a magzat még nem életképes, szigorú alkotmányossági mércének kell megfelelniük, ha az önrendelkezési jogot korlátozni kívánják. Alkotmányossági szempontból tekintve nem lehetne eltérő módon megítélni az állapotos nő jogait pusztán az egészségi állapota alapján. Amikor egy súlyos betegség következtében valaki öntudatlan állapotba kerül, ez jogi szempontból nem jelenti az emberi méltóság vagy a magánéleti jogok megszűnését, vagy felfüggesztését.⁴²

³⁸ *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113 (1973).

³⁹ Robert H. BLANK: „Judicial Decision Making and Biological Fact. *Roe v. Wade* and the Unresolved Question of Fetal Viability” *The Western Political Quarterly* 1984/4. 584–602.

⁴⁰ *Planned Parenthood v. Casey*, 505 U.S. 833; 112 S. Ct. 2791; 120 L. Ed. 2d 674 (1992).

⁴¹ Rosamund SCOTT: *Rights, Duties and the Body. Law and Ethics of the Maternal-Fetal Conflict* (London: Bloomsbury 2002).

⁴² Janice MACAVOY-SNITZER: „Pregnancy Clauses in Living Will Statutes” *Columbia Law Review* 1987/6. 1280.

9. DÖNTÉSHOZATAL TERMINÁLIS ÁLLAPOTÚ VÁRANDÓS NŐ GYÓGYKEZELÉSE ESETÉN

Az eutanázia-esetekkel való összefonódást és részben más jogi analízist kíván meg az az eset, amikor a várandós nő igen súlyos, gyógyíthatatlan és szenvedésekkel járó betegségben szenved, ami előbb-utóbb halálhoz vezet. Ilyen helyzetre példa az *Angela Carder*-eset.⁴³ Carder egy nagyon súlyos betegségben, Ewing-szarkómában szenvedett. Betegségét már 1973-ban diagnosztizálták.⁴⁴ Akkor mindössze tizenhárom éves volt. Kísérleti kemoterápiás kezelésben részesítették és sugárkezelést is alkalmaztak nála, ő volt az első, aki túlélte ezt a kezelést. A kezelések hatására azonban megrövidült a lába, és számos korrekciós műtétet kellett rajta végrehajtani, de gyógyultnak tekintették. 1984-ben beleszeretett egy férfiba, és közös életet terveztek.

1984-ben mégis kiújult a betegsége, és teljes lábamputációt kellett végrehajtani. 1986-ig folytatták a kemoterápiás kezelést. Ezután állapota ismét rendeződött, tudott munkát vállalni, és összeházasodott a barátjával. Boldog volt, amikor megtudta, hogy gyermeket vár. Nőgyógyásza az ún. magaskockázatú terhességgel foglalkozó klinikára utalta, ahol kezdetben úgy tűnt, hogy minden rendben van. 1987 júniusában azonban légzési problémák léptek fel nála, és a tüdőrontgen súlyos rendellenességet mutatott ki nála a tüdőben és a jobb lábában is. Fájdalmi is voltak, és megállapították, hogy nem gyógyítható, hónapjai, esetleg csak hetei vannak hátra. Intenzív osztályra szállították. Terhessége huszonötödik hetében volt, és kemoterápiás kezelést nem alkalmazhattak nála, tehát a cél a terhesség megóvása volt, addig, amíg a magzat életképességét el nem éri. A beteg állapota tovább romlott, és az orvosok úgy ítélték meg, hogy a magzat elérte az életképességi kort, ami számukra a magzattal szemben is kötelezettségeket eredményez. A család azt kérte, hogy a páciens szenvedéseit csökkentsék, még ha ez a magzat kárára is megy, csak hogy a hosszú szenvedés után békésen távozhasson. Mivel a család nem adta beleegyezését a magzat életben tartására, a magzat számára gondnokot rendeltek ki arra tekintettel, hogy elérte a huszonhat hetes kort, és életképesnek minősítették. Ez a választóvonal a *Roe v. Wade*⁴⁵ esetből származik, de az esetből nem következik, hogy a haldokló anyán akarata ellenére császármetszést végezhetnek. Dr. Hamner és a kezelésben részt vevő más orvosok ezért gyorsított jogi eljárást indítottak. Sullivan bíró a helyszíntre sietett, és a kórházban folytatták le a bírósági tárgyalást. A kórház jogásza, a páciens kirendelt jogásza, az orvosok tanúként szerepeltek, a méhmagzat számára pedig gondnokot rendeltek ki. Dr. Hamner szerint a huszonhat hetes magzatnak ötven-hatvan százalékos esélye van a túlélésre, de hozzátette, hogy a konkrét esetben az anya állapota és súlyos betegsége miatt ez az esély még kisebb. Az eset azóta is számos bioetikai és jogi elemzés tárgya.

⁴³ In re A.C. 573 A.2d 1235 (1990).

⁴⁴ Ellen ALDERMAN – Caroline KENNEDY jogászok részletesen feltárták az Angela Carder-ügy hátterét is *The Right to Privacy* című könyvükben (New York: Alfred A. Knopf 1995).

⁴⁵ Lásd 33. ljt.

10. KONKLÚZIÓ

Amint az eddigiekben láttuk, nincs megnyugtató jogi válasz arra, hogy milyen jogi megoldást kell alkalmazni annak a várandósnak az esetében, aki egyébként halottnak lenne nyilvánítható, még nem életképes magzatot hordoz, és akinek a várandósság viseléséhez szükséges testi funkciói rendkívüli beavatkozások révén fenntarthatóak. Amennyiben a várandós, bár terminális állapotú, még életben van, az emberi méltóság úgy diktálja, hogy a szenvedések csökkentése legyen a döntő szempont. Az emberi méltóság más elemei kapnak jelentőséget akkor, ha már nincs kimutatható agyműködés, és a gépek kikapcsolását pusztán a várandósság ténye hátráltatja. Ebben az esetben a magzati életképességnek komoly jelentősége van, nem mindegy sem etikai, sem orvosi, sem jogi szempontból, hogy napok, hetek, vagy hónapok vannak-e még hátra a terhességből. A halott emlékének, emberi méltóságának a lehetőségekhez mérten a legkevésbé szabad sérülnie, amennyiben a magzat életben maradásának komoly esélye fennáll.

Mint láttuk, a perzisztens vegetatív állapotba jutott állapotos nő terhességének mesterséges fenntartására jelenleg nincs egyértelműen alkalmazható szabály. Nem beszélhetünk szervtranszplantációról, sem a gyógykezelés visszautasításáról, sem pedig terhességmegszakításról. A hosszan, mesterségesen működtetett test komolyabban érinti az emberi méltóságot, mint a megfelelő jogi feltételek mellett végzett szervkiemelés. Az emberi méltóság egyes elemeinek védelme nem szűnik meg a halállal.⁴⁶ Ezért jogos a felháborodás a holttestek közszemlére bocsátása miatt, vagy a halottból az életében adott hozzájárulása nélkül vagy a tiltakozása ellenére kiemelt szervek gyógyászati használatával szemben. A cadaverből való szervkiemelés után a holttestet a lehető legrövidebb időn belül a kegyeleti szempontoknak megfelelően helyerállítják. Egy hosszabb ideig biológiai hordozóként működtetett holttest nemcsak a hozzátartozók számára lehet pszichésen megterhelő, de érezzük, hogy a személyiség és a test sorsának ilyen radikális elválasztása az emberi méltóság tiszteletének kérdését is felveti. Ha ehhez még hozzávesszük azt, hogy ilyen szélsőséges helyeztek csupán az egyik nemet, a reprodukciós jogok szempontjából amúgy is sérülékenyebb, történetileg számos a reprodukciót érintő diszkriminációnak, jogsértésnek kitétt női nemet érinti, mindeképp óvatos és körültekintő jogi megoldásra lenne szükség.

A legmegnyugtatóbb megoldás nyilván a várandós nő életében tett jognyilatkozatának figyelembevétele lenne. Hisz az ő méltóságáról, kegyeleti jogairól, családjáról, testéről, reprodukciójáról, magzatáról van szó. Mivel nálunk minden nő jár terhesgondozásra, ez viszonylag könnyen kivitelezhető lenne, nyilván a tájékoztatás mikéntjén sok múlik, hiszen ilyen ritka és szélsőséges eset előfordulási lehetőségéről mindenképp csak kíméletes módon lehet valakit tájékoztatni. E nyilatkozat hiányában viszont két különböző, megdönthető vélelem felállítása jöhet szóba, egy az életképes és egy az életképtelen magzat esetében. Az életképtelen magzat ese-

⁴⁶ Aharon BARAK: *The Human Dignity: The Constitutional Value and the Constitutional Right* (Cambridge: Cambridge University Press 2015) 239.

tében a vélelem az, hogy az anya halálával a magzat halála is bekövetkezik, míg az életképes magzat esetében az anya halála esetén a magzat életét lehetne vélelmezni, amennyiben rövid, behatárolt idejű életfenntartása után a magzat császármetszéssel való világra segítése lehetséges. A jövő kérdése, hogy vajon az életképességnek a terhesség mind korábbi szakaszába való előretolódása mennyiben sokasítja majd meg ezen esetek számát.

VISSY BEATRIX*

MÉLTATLAN FIGYELEM A MÉLTÓ HALÁL KÉRDÉSÉNEK – SZÉLJEGYZETEK AZ ALKOTMÁNYBÍRÓSÁG MÁSODIK EUTANÁZIAHATÁROZATÁHOZ

2012-ben újra felnyílt az eutanázia-akta az Alkotmánybíróságon. Ezúttal nem a méltó halál ügye mellett elkötelezett jogászok, hanem egy elszánt orvos panaszindítványára. Az így született, jelen tanulmány tárgyát képező 24/2014. (VII. 22.) AB határozat vegyes benyomásokat kelt. A döntés egyszerűsítette a gyógyíthatatlan beteg döntésképtelené válásával hatályosuló, ún. élő végrendelet készítésének feltételrendszerét. Ez fontos, a betegek kiszolgáltatottságát valamelyest mérséklő korrekció. Elmaradt viszont ugyanaz az eutanázia alapesetét illetően, amely a klinikai példák túlnyomó többségét érinti: az Alkotmánybíróság vissza-, illetve elutasította az indítványt minden olyan vonatkozásban, amely az élő végrendelettel nem rendelkező betegek vonatkozásában kérte a kezelés-visszautasítás jogszabályi feltételeinek felülvizsgálatát. A döntés így – amellet, hogy súlyos ellentmondásokkal terhelt szabályozáshoz vezetett – érdemben aligha járulhat hozzá ahhoz, hogy a betegek önrendelkezési joga a jövőben valóságos jogként érvényesüljön. Pedig a második eutanáziahatározat reménykeltő dogmatikai fordulatot hozott az Alkotmánybíróság első döntéséhez képest. A 2014-es határozat ugyanis egyértelműen elutasítja azt a paternalista megközelítést, amely az emberi élet abszolútizált értékére tekintettel tartja igazolhatónak azoknak a törvényi korlátoknak az alkotmányosságát, amelyek az életvégi döntések érvényesülésének útjában állnak.

Másfél éve annak, hogy az alkotmánybírák újra döntöttek az eutanázia kérdéskörében. Az alkotmányjogi panasz alapján született 24/2014. (VII. 22.) AB határozat kézzelfogható eredményre vezetett: ma már sem elmeorvosi szakvélemény beszerzésére, sem nyilatkozata kétévenkénti megújítására nincs szüksége annak, aki – számolva a döntésképtelen állapot későbbi bekövetkezésének eshetőségével – ún. „élő végrendelet” útján előre rendelkezni kíván az életének megmentésére, fenntartására irányuló orvosi kezelések visszautasításáról. Az Alkotmánybíróság érvelése szerint a fent írt két törvényi feltétel indokolatlanul állta útját az egyéni autonómia érvényesülésének, ezért azokat alkotmányellenesnek nyilvánította és megsemmisítette. Ez a fontos és pozitív közjogi mozzanat bejárta a sajtót, és magától értetődően beépült a jogászképzés törzsanyagába is. A jogtudomány ugyanakkor visszhang

* Egyetemi tanársegéd, Eötvös Loránd Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar, 1053 Budapest, Egyetem tér 1-3.
E-mail: vissy.beatrix@ajk.elte.hu.

nélkül hagyta az eutanáziakérdés alkotmányjogi fejleményeit; az AB döntésének, legalábbis ismereteim szerint, eleddig nincs nyoma a szakirodalomban. Az életvégi döntésekre vonatkozó jogi szabályozás alkotmányossági szempontú értékeléséhez ugyanakkor elengedhetetlen törleszteniünk ebből az adósságból. Kivált, hogy kritikus reflexió hiányában nemcsak az eutanáziaügy aktuális státuszáról, de az AB helytállásáról is hamisan pozitív kép alakulhat ki.

1. ALKOTMÁNYOS ELŐZMÉNYEK

A magyar alkotmánybíráskodás idővonalán végigtekintve megállapítható, hogy – a halálbüntetés esetét leszámítva – az AB sosem mutatkozott igazán tettere késznek, ha élet és halál határeseiteiben kérték állásfoglalását. Az értékítéletet követelő, érdemi döntés elől először az abortuszkérdésben hátrált ki a testület, azzal a felmutatott indokkal, hogy a magzat jogalanyiségének kérdése az Alkotmány értelmezésével nem dönthető el,¹ így arra nem neki, hanem a törvényhozónak kell felelnie.² Röviddel ezután szembesült a testület a „méltó halál” jogának társadalmat megosztó, súlyos alkotmányjogi dilemmájával.

Az 1993-ban benyújtott indítvány, mely az eutanázia valamennyi formájának liberalizálását célba vette, mostoha sorsra jutott. Az alkotmánybírák ugyanis ebben az ügyben már a formálisabb döntést sem vállalták fel;³ helyette tétlen hallgatásba burkolóztak, tudatosan kivárva a törvényhozó lépését. Erről egy 1997-ben adott interjú során vallott nyíltan a testület akkori elnöke:

„Az előttünk lévő indítvány alapján nekünk teljes komplexitásában kellene választ adnunk az eutanázia kérdéseire. Szinte azt várják tőlünk, hogy *modelltörvényt* adjunk, amit később a parlament – a döntésünkre hivatkozva – lelkiismereti aggályok nélkül meghozhat. Ez most túl nagy feladat. Járhatóbb lenne a dolog, ha részkérdések lennének előttünk. [...] Könnyen lehet, hogy a most készülő egészségügyi törvény nagyon hamar elének kerül. Abban az esetben számos betegjogi kérdésre kellene válaszolnunk, és így lassan, lépcsőzetesen fölépíthetnénk ebben is az alkotmányos rendszert.”⁴

¹ 64/1991. (XII. 17.) AB hat., ABH 1991, 307.

² Györfi Tamás meggyőző érveléssel mutat rá dolgozatában, hogy az érdemi döntés elutasítása az Alkotmánybíróság részéről – legalábbis az abortuszhatározatban előadott, elvi indokok alapján – miért nem igazolható. Lásd GYÖRFI Tamás: *Az alkotmánybíráskodás politikai karaktere. Értekezés a magyar Alkotmánybíróság első tíz évéről* (Budapest: Indok 2001) 50–53.

³ „Formálisabb” alatt itt olyan döntést értek, amellyel az Alkotmánybíróság a törvényalkotó mozgásterének csak távoli, legszélső határvonalait húzta volna meg, vagyis abból kevés konkrétum következett volna az eutanázia törvényes tartományára vonatkozóan. Erre az 1993-as indítvány álláspontom szerint megfelelő alappal szolgált.

⁴ „A »nehéz eseteknél« a bíró erkölcsi felfogása jut szerephez. Sólyom Lászlóval, az Alkotmánybíróság elnökével Tóth Gábor Attila beszélget” *Fundamentum* 1997/1. 39–40. Kiemelés az eredeti szövegben.

A forgatókönyv végül az AB spekulációja szerint alakult. Hosszas várakozás után, 1997-ben a törvényhozó végre megalkotta az új egészségügyi törvényt, amely a nyugati értékrend szellemében már nem az orvosi paternalizmust, hanem a betegek jogait helyezte előtérbe. Az új törvényben a betegek jogai alanyi jogosultságokként nyertek megfogalmazást, melynek velejárója, hogy az egészségügyi beavatkozásra vonatkozó döntések főszabály szerint már nem a betegek autonómiáját figyelmen kívül hagyó, kizárólagos orvosi judícium, hanem a betegek döntését is igénylő orvosi javallat alapján születnek. Ez a fordulat nagy horderejű szemléletváltást hozott. Ebben a szellemiségben nyúlt a jogalkotó az eutanázia kérdéséhez is, és nyitott utat – ha csak szűk körben is – az eutanázia önkéntes, passzív formájának.⁵

A törvényalkotó eutanáziakoncepciója a következőképpen vázolható. 1. Az egészségügyi önrendelkezési jog mindenfajta orvosi beavatkozás visszautasítására kiterjed, köztük az életmentő, életfenntartó kezelésekre is. 2. Mivel az önrendelkezési szabadság feltételezi az önrendelkezési képességet, az életmentő, életfenntartó kezelése visszautasítására csak teljes és megkérdőjelezhetetlen döntésképesség birtokában kerülhet sor. 3. Tekintettel arra, hogy a kezelés megszüntetésére vonatkozó döntés alapja a beteg önrendelkezési joga, az mindig csak a beteg saját elhatározásán alapulhat. 4. Ezzel összefüggésben a jognak garanciális jellegű eljárási szabályokkal elő kell segítenie, hogy az eutanázia kellően megfontolt, szabad, befolyásmentes döntés eredménye legyen. 5. Mivel még a passzív eutanázia liberalizálása is „jelentős kockázatokat rejt az élethez való jog védelmét illetően”,⁶ az csak rendkívül szűk körben, a terminális állapotba került,⁷ vagyis a halál közvetlen közelében álló, menthetetlen betegek számára nyílhat meg. 6. A gyógyíthatatlan, elviselhetetlen kínok közt szenvedő beteget is tilos azonban aktívan halálba segíteni, akkor is, ha az akaratából, kérésére történe. 7. E koncepció érvényesülését a jogrendszerben szigorú garanciáknak kell öveznie.

Ezek a törvényes keretek végül alkotmányos keretkékké váltak, miután a jogrendszer eutanáziára vonatkoztatható normáinak érvényességét az AB maradéktalanul jóváhagyta. A közel sem egyhangú⁸ 22/2003. (IV. 28.) AB határozatban (a továbbiakban: első eutanáziahatározat) a testület úgy találta, hogy a törvénybe iktatott – azóta egyébként változatlan formában fennálló – korlátok egytől egyig igazolhatóak az alapjog-korlátozás alkotmányossági vizsgálatára irányadó szükségességi

⁵ Jelen tanulmányban az eutanázia-fogalmakat klasszikus tipológiájuk (önkéntes-nem önkéntes, aktív-passzív) szerint használom. Mivel nincs egyetértés e fogalmak pontos jelentésében, szükséges jeleznem, hogy azokat Bihari Mihály tipizálási rendszerét követve használom, mely a 22/2003. (IV. 28.) AB hat.-hoz, ABH 2003, 303. csatolt különvéleményében szerepel. Vö. Fülő Mihály: *Az eutanázia a büntetőjogi gondolkodásban* (Budapest: ELTE Eötvös 2009) 37–43.

⁶ A 22/2003. (IV. 28.) AB hat. alapjául szolgáló eljárásban az AB kikérte az egészségügyi miniszter véleményét – az idézett mondatrészt a vélemény AB által megfogalmazott tartalmából származik (ABH 2003, 270.).

⁷ A „terminális állapot” orvosszakmai fogalmát nem határozza meg az egészségügyi törvény. A fogalmat ebben a tanulmányban a törvény 20. § (3) bek.-ében meghatározott állapottal azonosítható, ez azonban orvosszakmai szempontból vitatható lehet.

⁸ A határozathoz Bihari Mihály, Erdei Árpád, Holló András és Kukorelli István alkotmánybírák csatoltak különvéleményt. A szavazás eredménye egyebekben nem ismert.

és arányossági mérce szerint. Nem jelentett kivételt ezalól az önkéntes passzív eutanázia gyakorlását korlátozó, szigorú és rendkívül körülményes feltételrendszer sem.

2. A PANASZINDÍTVÁNY ÉS MOTÍVUMA

A „méltó halál” ügyét újra mozgásba lendítő indítvány alapján az Alkotmánybíróságnak nagyjából azon a ponton kellett felütnie az eutanázia-aktát, ahol azt 2003-ban becsukta. A panaszos nem kérte ugyanis, hogy a bíróság vizsgálja felül korábban megvallott nézeteit az eutanázia jelenleg tilalmazott, nem önkéntes formáinak alkotmányos megítéléséről. Nem kezdeményezte azt sem, hogy a bíróság vegye újból arányossági vizsgálat alá az önkéntes eutanázia aktív formájának törvényi tilalmát. Az indítványozó elfogadta, de legalábbis nem kifogásolta az eutanázia alkotmányos kereteit kirajzoló, az AB által korábban jóváhagyott koncepciót. Az alkotmányjogi panasz kizárólag a törvényhozó által liberalizált önkéntes passzív eutanázia törvényes tartományát, az orvosi beavatkozások visszautasításának feltételrendszerét érintette. Visszalapozni tehát csakis ebben a kérdésben kellett a testületnek.

Ambícióját tekintve a panaszos senki szemében nem tűnhet nagyravágyónak. Az indítvány jól azonosítható, legfőbb célkitűzése szerint azt kívánta elérni, hogy az élet befejezésére vonatkozó döntés szabadsága végre valóságos jogként nyerjen elismerést. Ezzel összefüggésben viszont az indítványozó számos ponton, indokait mintegy 40 oldalban kifejtve, szerteágazóan támadta az ellátás visszautasításának feltételrendszerét tartalmazó szabályozást, nevezetesen *az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. tv.* (a továbbiakban: egészségügyi törvény vagy Eütv.), valamint *az egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályairól szóló 117/1998. (VI. 16.) Korm. rendelet* (a továbbiakban: Kr. vagy kormányrendelet) normáit.

A panaszos meglátása szerint a jog, noha elvileg elismeri, a gyakorlatban nem hagyja ténylegesen érvényesülni az egyének döntési szabadságát, amelynek következtében a már menthetetlen betegek gyógykezelése akaratuk ellenére meghosszabbodik. Az indítványban előadottak értelmében tehát a halállal szembenező betegek azon joga, hogy az életük megmentéséért, meghosszabbításáért tett erőfeszítésekről lemondjanak, csak papíron létezik. A törvény ellentmondásaiból, hiányosságaiból fakadó bizonytalanságok, nem kevésbé a normákba foglalt elvárások „betegágy melletti lehetetlensége” folytán ugyanis az önkéntes passzív eutanázia a valóságban kivitelezhetetlen. Mindez pedig összeegyeztethetetlen azzal a követelménnyel, amit az AB az első eutanáziahatározatában lefektetett; egyebek mellett így:

„[A] gyógyíthatatlan beteg arra vonatkozó elhatározása, hogy életét [...] nem kívánja végigélni, ezért visszautasítja az életben tartásához feltétlenül szükséges orvosi beavatkozást, önrendelkezési jogának része, melynek gyakorlását törvény más

alapjog védelméhez elkerülhetetlenül szükséges mértékben korlátozhatja ugyan, de *nem vonhatja el.*⁹

2.1. A PANASZOS: „HALLGATTASSÉK MEG A GYAKORLÓ ORVOS IS”¹⁰

Ezen a ponton kell, hogy kitérjek az indítvány gazdájára. A fent írt diszkrepanciát ugyanis, ami tehát az életben tartó kezelés visszautasításának elvi szabadsága és e jogosultság tényleges érvényesülése között mutatkozik, nem pusztán az indítványban felhozott jogi és orvosszakmai érvelés meggyőző ereje támasztja alá hitelt érdemlően, de a panaszos személye is.

A szóban forgó indítványt ugyanis ezúttal nem egy jogáspáros jegyzi, mint az első eutanáziahatározat esetében,¹¹ hanem egy orvos: Vadász Gábor sebész és aneszteziológus szakorvos, nyugalmazott főorvos. Egy „bennfentes” tehát, aki munkája során rendszeresen szembesült azzal, hogy a gyakorlatban éppen azok a jogi garanciák üresítik ki a haldokló betegek önrendelkezési szabadságát, amelyek azt elvben biztosítani hivatottak.

Az indítványban és a nyilvánosság előtti nyilatkozataiban vallottak szerint Vadász Gábor a betegek, a kollégák és általában véve az orvosi hivatás iránti felelősségérzete miatt érezte úgy, hogy nem maradhat tovább tétlen. A törvényi és rendeleti szabályozás megváltoztatására irányuló javaslataival először a jogalkotóhoz fordult, de próbálkozásai zátonyra futottak, minden fórumon politikai ellenállásba, nemtörődömségbe ütközött. Ezért határozta el, hogy magányos harcosként az AB-hoz fordul. Elkötelezettségét jól mutatja, hogy a cél érdekében nem volt rest elmélyedni azokban az alapjog-dogmatikai és alkotmány-eljárásjogi kérdésekben, amelyeket az AB-nak írt beadványok, különösen az alkotmányjogi panasz érdemi elbírálása és eredményessége feltételez. (Ezen a ponton csak zárójelben, de fontosnak tartom megjegyezni, hogy bár a panaszban több – az AB dolgát megkönnyítő – hiba és következetlenség azonosítható, az abban foglalt érvelés alapján egyáltalán nem feltűnő az indítványozó szakértelmének hiánya. Az AB-nak címzett, általam ismert indítványoktól elsősorban személyes, irodalmi hangvétele különbözteti meg, nem pedig amatőr jellege.)¹²

Alkotmányjogi panaszeljáráásban az indítványozó kiléte egy bizonyos fokig mindig relevanciával bír, hiszen az érdemi eljárás lefolytatása megköveteli az áldozat-

⁹ 22/2003. (IV. 28.) AB hat., ABH 2003, 262. – kiemelés tőlem [V. B.]. Az idézet nem szerepel az indítványban, azt magam hívom fel az abban foglaltak alátámasztására.

¹⁰ A frázis e módozatát az indítvány szövegéből kölcsönöztem.

¹¹ Az első határozathoz vezető indítvány Takács Albert főiskolai tanár és Kmetty Ildikó ügyvéd nevéhez fűződik.

¹² Nincs tudomásom arról, hogy a panaszos vett-e igénybe jogi segítséget az indítvány megírásához. A panasz ügyvédi ellenjegyzése ugyanakkor – az indítványozó egy sajtónyilatkozata alapján – formális asszisztálásnak, nem pedig érdemi közreműködésnek tűnik. (A panasz benyújtásának időpontjában az alkotmányjogi panaszeljáráásban még kötelező volt a jogi képviselő.) Lásd „»Inkább a halál«. Dr. Vadász Gábor nyugalmazott aneszteziológus és sebész a passzív eutanáziáról” *Magyar Narancs* 2013/17., magyarnarancs.hu/lelek/inkabb-a-halal-84482.

ti státuszt, vagyis azt, hogy az indítványozó „érintettje” legyen a panaszban állított alapjogsérelemnek. (Az érintettség bonyolult kérdésére alább még visszatérek.) Jelen ügyben viszont a panaszos kiléte – a panasz tárgyára figyelemmel – többletjelentéssel bír, sajátos horderőt kölcsönöz az indítványban foglaltaknak.

Az indítványozó ugyanis olyan orvosszakmai ismeretek és egészségügyi tapasztalatok birtokában van, amellyel az AB nem rendelkezik, maga nem is rendelkezhet, de amelyek az indítvány helyes elbírálásához alighanem nélkülözhetetlenek. Az eutanázia törvényben meghatározott keretek között történő kivitelezhetőségének kérdése ugyanis nem köztudomású tények alapján dől el. Ez egyrészt orvosszakmai, másrészt egészségügyi igazgatási kérdés, amelyre a praktizáló orvosokkal szemben az AB – szakértő bevonása, illetve empirikus kutatás hiányában – nem bír kellő rálátással. (Orvosszakmai kérdés például az, hogy mi számít életmentő és életfenntartó beavatkozásnak, mi a különbség a két fogalom között, és egészségügyi igazgatási kérdés például az, hogy elérhető-e egyáltalán, és ha igen, akkor miként, hogy valamennyi kórházban, a nap 24 órájában rendelkezésre álljon egy pszichiáter szakorvos, akinek a hatályos szabályozás szerint az volna a feladata, hogy állást foglaljon az eutanáziát kérő, haldokló beteg beszámíthatóságáról.) Az alkotmánybírák nem betegágyak mellett dolgoznak, és orvosi diplomájuk sincs (ez utóbbi elvben nem kizárt, de a mostani összetételről biztosan elmondható). Ennek az ügynek az eldöntéséhez ezért kevés az a kollektív jogi bölcsesség, amelyet az alkotmánybírók képéhez általában hozzákapcsolunk.

Meggyőződésem, hogy az eutanázia ügyének profitálnia kellett volna abból, hogy az AB asztalára olyan indítvány került, amely képes volt felszínre hozni és a gyakorlatból merített, klinikai példákkal láthatóvá tenni az alkotmánybírói szemmel alapesetben láthatatlant: azt, ahogyan az egészségügyi törvény betűje életre kel; illetve, jelen esetben éppen azt, ahogyan nem kel életre. Nem így történt.

2.2. A TÁMADOTT NORMÁK

A panaszos érvelését az AB döntésével egybefűzve mutatom be e tanulmány 5. pontjában; itt előjáróban csak nagyvonalakban azonosítom az indítvány főbb tartalmi elemeit a szabályozás és az indítvány viszonyának könnyebb átláthatósága érdekében. Itt kell leszögezni, hogy tanulmányom nem törekszik teljességre: csak az alkotmánybírói döntés általam leginkább fontosnak és/vagy problematikusnak vélt elemeire térek ki; ezzel összhangban az indítványt sem a maga egészében mutatom be.

A panaszos az emberi méltósághoz való jog különböző aspektusaira (önrendelkezési szabadság, jogegyenlőség, általános cselekvési autonómia) hivatkozással támadta az önkéntes passzív eutanázia útjába állított egyes anyagi jogi és eljárási korlátokat. Ennek keretében a panasz az életmentő, illetve életfenntartó beavatkozások visszautasításának mindkét törvényben elismert változatát érintette.

Az Eütv. egyrészt a halál szoros közelségébe kerülő, gyógyíthatatlan, de még döntésképes betegek számára nyitja meg az ellátás visszautasításának lehetőségét,

feltéve, hogy annak valamennyi jogszabályi feltétele teljesül [20-21. §]. Ez tekinthető a passzív eutanázia alapesetének. Az eutanázia eme verziója vonatkozásában az indítványozó mindenekelőtt a beteg akaratának törvény szerinti végrehajthatóságát vizsgáló, háromtagú orvosi bizottság intézményét kérte alkotmányossági vizsgálat alá venni, figyelemmel a pszichiáter és a kezelőorvos viszonyára, valamint az aktuálisan rendelkezésre álló pszichiáter szakorvosok állományára. Közvetetten¹³ támadta az indítványozó a háromnapos kötelező várakozási időt is, mert az a sürgős esetekben kivitelezhetetlenné teszi az ellátás visszautasítására irányuló akaratnyilatkozat figyelembevételét. Alapjogsértőnek minősítette az indítványozó a kezelőorvosok arra irányuló kötelezettségét is, hogy megkíséreljék betegeiket lebeszélni az ellátás visszautasításához való jog gyakorlásáról.¹⁴ Végezetül kifogásolta a panaszos, hogy a 18 év alatti, „fiatal felnőtteket” a törvény, pusztán életkoruknál fogva, az eseti mérlegelés teljes kizárásával, ab ovo kirekeszti az életben tartó ellátás visszautasítására jogosultak köréből. Ugyanígy aggályosnak vélte, hogy a törvény rendőri intézkedés bevonásával engedi kikényszeríteni az orvosi beavatkozások elvégzését, ha annak visszautasítására nincs joghatályos nyilatkozat.

A passzív eutanázia lehet „élő végrendelet” következménye is (22. §). Ennek a jogintézménynek – tartalma alapján – két lehetséges típusa különböztethető meg. Az egyik esetben, amelyről az Eütv. 22. § (1) bekezdése szól, az érintett végakaratában arról rendelkezik, hogy cselekvőképtelensége esetére mely vizsgálatokat, beavatkozásokat, köztük életmentő, életfenntartó beavatkozásokat nem kíván igénybe venni. A másik típus szerinti esetben, amelyről a 22. § (2) bekezdése szól, az érintett helyettes döntéshozót nevezhet meg, vagyis egy olyan döntésképes személyt, aki az ellátás visszautasításának jogát helyette gyakorolhatja, amennyiben ő cselekvőképtelenné válna. A kétféle nyilatkozat érvényességét a törvény azonos feltételekhez kötötte [Eütv. 22. § (3) bekezdés], amelyek közül a panaszos szintén valamennyit célba vette: a megkövetelt közokirati formát, az elvárt pszichiáter szakorvosi véleményt, valamint a nyilatkozat rendszeres, kétévenkénti megújítási kötelezettségét. Aggályosnak vélte az indítványozó azt is, hogy az élő végrendeleteknek nincs központi, a kórházak által hozzáférhető nyilvántartása, így megtételük sok esetben látens marad.

3. KRITIKÁM SZEMPONTRENDSZERE

Mind tudjuk, hogy a morális értékítéletet követelő „nehéz esetek” komoly kihívás elé állítják az alkotmányt végső soron értelmező felsőbíróságokat.¹⁵ Döntési helyzetük nehézségét persze nem önmagában az eljárás tárgyát képező ügy jogi megítélésének erkölcsi súlya adja, hanem a döntéshez megválaszolandó elvi kérdések

¹³ Lásd a 15. lj.-et.

¹⁴ Kr. 9. § (1) bek.

¹⁵ Premisszaként kezelem, ezért nem kívánom igazolni azt, hogy a(z alkotmány)bíráskodási funkció szükségszerűen magában foglalja nehéz esetek eldöntését, vagyis az AB küldetése teljesítését tagadná meg, ha – általánosságban véve – tartózkodna az ilyen esetek eldöntésétől.

alkotmányos alulszabályozottsága.¹⁶ Az, hogy az alaptörvény szűkszavú és egy másnak feszülő rendelkezései nem adnak egyértelmű eligazítást arra vonatkozóan, hogy egy adott alapjog pontosan mit tilt, enged vagy éppen ír elő a törvényhozás számára.¹⁷ A jogalkalmazó számára rendelkezésre álló normák bizonytalan jelentését ilyenkor csak az írott jog mögött húzódó igazoló elvek azonosításával és össze-mérésével lehet konkretizálni. Ez magától értetődően jóval kiszámíthatatlanabb kimenetelű értelmezést vár el a bíróságtól, mint a szabályalkalmazással eldönthető, „egyszerű” esetek. Ez az értelmezési bizonytalanság, figyelemmel a meghozandó döntés társadalmi jelentőségére és kihatására, nyomasztó erkölcsi és politikai terhet tesz az alkotmányos ügyekben döntő bíróság vállára.

Az önkéntes passzív eutanáziára vonatkozó hazai szabályozás alkotmányosságának kérdése is ilyen nehéz eset (az AB szóhasználatában: „határeset”¹⁸). Annak ellenére az, hogy az egészségügyi törvény rendelkezéseit – az élő végrendelet esetét ide nem értve – az AB egy évtizeddel ezelőtt már arányossági mérlegelés alá vette. Abból a döntéséből ugyanis nem következik, nem következhetett, hogy az arányosság mérlegének nyelve 2014-ben ugyanarra billen. Az életvégi döntéseket korlátozó normák alkotmányosságát determináló határvonalak sokkal hajlékonyabbak annál, minthogy ezt a tesztet az AB tíz év elteltével megkerülhette volna.¹⁹ Miként arra az első eutanáziahatározat rámutatott:

„Az AB álláspontja az, hogy a gyógyíthatatlan betegek önrendelkezési jogának érvényesülésére vonatkozó törvényi szabályozás területén a még alkotmányos és már alkotmányellenes szabályozás közötti határvonal nem egyszer s mindenkorra adott; az ismeretek szintje, az intézmények állapota, fejlettsége-fejletlensége és egy sor további tényező befolyással lehet e kérdés alkotmányosságának megítélésére.”²⁰

Nincs azonban könnyű dolga annak a kívülállónak sem, aki a nehéz esetben született döntés bírálatára vállalkozik. Az ő feladata az, hogy önkényességi (ésszerűségi) teszt alá vegye a döntés eredményét, vagyis megvizsgálja, hogy a döntésből megismerhető indokok alapján a bíróság racionálisan érvelt-e saját álláspontja mellett. Ez számos jogi és jogon túli kritérium együttes figyelembevételét feltételezi: megfelel-e a döntés az alkotmányos és morális elveknek, nem kerül-e a testület

¹⁶ E kifejezést („alulszabályozottság”) nem mennyiségi, hanem minőségi kritériumként kell értelmezni, vagyis nem a kevés normára, hanem a konkluzív (ügydöntő) norma hiányára utal, amelynek következtében a döntés „aluldeterminált” a jogszabályszöveg által. Lásd GYÖRFI (2. lj.) 38.

¹⁷ Robert Alexy szerint az alkotmány háromféle módon irányítja az alapjogokat érintő közhatalmi döntéseket: egyeseket *tilt* (ügymint a szabadságjogok megsértését), egyeseket *előír* (ügymint az intézményvédelmi kötelezettséget), míg minden mást szabályozatlanul hagy, s *ezzel* szabaddá tesz. Robert ALEXY: „Verfassungsrecht und einfaches Recht” in *Veröffentlichungen der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer* (Berlin: Walter de Gruyter 2002) 14–15.

¹⁸ 21/1996. (V. 17.) AB hat., ABH 1996, 74, 80.

¹⁹ Ezt hallgatólagosan a jelen tanulmány tárgyát képező döntésben is elismerte, ti. az indítvány befogadhatósága feltételeinek vizsgálatakor az „ítélt dolog” mint eljárási korlát kérdése fel sem merült (a határozat legalábbis semmilyen ezzel összefüggő észrevételt nem tartalmaz).

²⁰ 22/2003. (IV. 28.) AB hat., ABH 2003, 265.

megmagyarázhatatlan ellentmondásba önmagával (akár a döntésén belül, akár korábbi gyakorlatát tekintve), kellően körültekintő-e, kellő figyelemmel van-e a realitásokra, döntése társadalmi, politikai és gazdasági meghatározottságára stb.

Az alábbiakban e kritériumok szem előtt tartásával törekszem a döntést kritika alá venni, rámutatva erős és gyenge pontjaira. Utóbbiak vonatkozásában különös figyelmet fordítok arra, hogy a testület hol spórolja meg azt az intellektuális erőfeszítést, amit a nehéz esetek érdemi eldöntése feltételez.

4. A BEFOGADHATÓSÁGI VIZSGÁLAT

Mivel az alkotmányjogi panasz érdemi elbírálásához bizonyos eljárási akadályok leküzdésén keresztül vezet az út, először ezt a kérdéskört vizsgálom.

Vadász Gábor már 2011-ben az AB elé vitte az ügyet, indítványozva a testület akkor még *actio popularis* alapon kezdeményezhető utólagos normakontroll eljáráását. Az ismert okok miatt azonban 2012-ben arra kényszerült, hogy indítványát, immáron alkotmányjogi panasz formájában, ismételten előterjessze.²¹ Ahhoz, hogy az indítvány ebben az eljárási keretben is befogadásra találjon, mindenekelőtt érintettségét és a rendelkezésre álló jogorvoslat hiányát kellett igazolnia.

Az egészségügyi törvény értelmében életmentő és életfenntartó beavatkozást csak terminális állapotú²² betegek jogosultak visszautasítani. Egész pontosan azok, akik az orvostudomány mindenkori álláspontja szerint olyan gyógyíthatatlan betegségben szenvednek, amely megfelelő kezelés mellett is rövid időn belül halálhoz vezet.²³ Az indítványozó ugyanakkor nem a halálos ágyából kérte az AB eljárását, tehát az indítvány benyújtásakor nem volt éppen abban a helyzetben, hogy az életmentő, illetve életfenntartó kezelés visszautasítására vonatkozó szabályok alapján eutanáziáért folyamodhasson. Ebből kifolyólag pedig nem volt magától értetődő az sem, hogy ő tényleges érintettje az indítványban állított – az egészségügyi törvény támadott rendelkezéseinek alaptörvény-ellenességéből származtatott – alapjogsérelemnek.

Az indítványozó, dióhéjban összefoglalva, azzal érvelt, hogy idős és beteg emberként személyét, emberi méltóságához való jogát tekintve közvetlenül fenyegetőnek érzi azt a gyakorlatot, hogy az orvoskar – a szabályozás hibáiból kifolyólag – nem veszi figyelembe a betegeknek a kezelés visszautasítására vonatkozó akaratnyilvánítását.²⁴

²¹ Az Abtv. értelmében az *actio popularis* alapján indult, és 2011. december 31-ig le nem zárult eljárások a törvény erejénél fogva megszűntek. Csak azoknak a civil indítványoknak volt maradásuk a testület előtt, amelyek a 2012. január 1-jén hatályba lépett *Alaptörvény* és az Abtv. alapján alkotmányjogi panaszként is beterjeszthetők voltak.

²² Lásd a 7. lj.-et.

²³ Eütv. 20. § (3) bek.

²⁴ Ennek a veszélynek a realitását az indítványozó az orvosi gyakorlatot bemutató és elemző szakirodalmi hivatkozással is megtámogatta. ZUBEK László [et. al.]: „A kezeléskorlátozás gyakorlata a hazai intenzív osztályokon” *Orvosi Hetilap* 2010/38. 1530–1536.

Az AB végül arra jutott, hogy az érintettség valamennyi részkövetelménye (személyes, közvetlen és aktuális mivolta) teljesült az indítványozó esetében.²⁵ Két körülményt vett ezzel összefüggésben számításba: egyrészt az emberi halandóság megkérdőjelezhetetlenségét, másrészt a halálközeli állapot bekövetkezésének időbeni kiszámíthatatlanságát. Úgy érvelt, hogy bárki bármikor kerülhet olyan állapotba (érheti betegség vagy baleset), amelynek következtében gyakorolhatná az egészségügyi kezelés visszautasításának jogát. A testület szerint ennek a helyzetnek az előreláthatatlansága és az ember halandó mivolta együttesen alapozta meg az indítványozó érintettségét.²⁶

Az érintettség fentiek szerinti értelmezését a testület szilárd elvi alapra helyezte. Leszögezte ugyanis, hogy megengedhetetlen volna az áldozati státusz szűkebb értelmezése (ti. az a felfogás, miszerint kizárólag a terminális állapotú betegek járhatnak panaszukkal az AB elé), mert azzal a testület elzárna a polgárokat az alkotmányjogi panasz benyújtásának lehetőségétől, amely a szóban forgó esetben az egyetlen szóba jöhető jogvédelmi eszköz. Ez a jogértelmezés pedig az AB szerint az *effet utile* („hatékony érvényesülés”) elvébe ütközik:²⁷ „A jogértelmezés, amely eleve lehetetlenné teszi a jogi norma érvényesülését, ésszerűtlen és ezért elfogadhatatlan lenne (»effet utile«)”.²⁸

Külön vizsgálta az érintettség követelményének fennállását az AB az élő végrendelettelre vonatkozó szabályokkal összefüggésben. Az indítványozó erről úgy nyilatkozott, hogy még nem tett élő végrendeletet, csak szándékában állt, de arra éppen azért nem került végül sor, amiért a szabályozást az AB előtt támadja: hogy ti. a jogszabály az előzetes nyilatkozattételt számára elfogadhatatlan, alkotmányos jogait sértő anyagi és eljárási korlátok közé szorítja.

Az AB ebben a kérdésben is a befogadhatóság javára döntött. Ezt azzal indokolta, hogy az élő végrendelet megtételének lehetősége minden döntésképes személy, így az indítványozó számára is bármikor nyitva áll, így érintettségét pusztán az a tény, hogy effektíve még nem élt önrendelkezési jogának eme részjogosultságával, nem kérdőjelezi meg.

Egy vonatkozásban viszont az indítvány elvérzett az érintettség tesztjén. Visszautasította ugyanis az AB az indítványnak azt a részét, amely az Eütv. 21. §

²⁵ A kérdésről, Salamon László különvéleményének tanúsága szerint, nem volt egyetértés az AB-n belül. Lásd 24/2014. (VII. 22.) AB hat., S. L. különvéleménye [203-204].

²⁶ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [60] és [62].

²⁷ A nevezett elv elsősorban a közösségi jogban ismert, az Európai Bíróság gyakorlatából, de „nyomokban” (megnevezése nélkül) az Emberi Jogok Európai Bíróságának esetjogában is azonosítható, egyebek mellett éppen az áldozati státusz vizsgálatával összefüggésben. Ha az érintettség megszorító értelmezése elzárja a kérelmezőt a jogérvényesítés lehetőségétől, akkor az EJEB szerint is úgy kell értelmezni, hogy fennáll az érintettség, mivel az *Eggyezmény* szabályainak értelmezésével mindig az *Eggyezmény* hatékony érvényesülését, magyarul az egyén jogainak védelmét kell szolgálni. Lásd pl. *Klass and others v. Germany*, Judgment of 6 September 1978, Series A, No. 28, § 30–38. Az *effet utile* elve egyébként az AB egy korábbi döntésében is felbukkant már: akkor a titkos megfigyelés okozta „láthatatlan” jogséremlmek kapcsán segítette a bíróságot az érintettség helyes értelmezésének kidolgozásában, az imént hivatkozott *Klass*-ügy nyomán. Lásd 32/2013. (XI. 22.) AB hat., Indokolás [22].

²⁸ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [63].

(3) bekezdésének megsemmisítésére irányult. Ez arra teremt jogalapot, hogy a korlátozottan cselekvőképes és cselekvőképtelen betegek esetében a kezelőorvos az érvénytelenül visszautasított életmentő vagy életfenntartó kezelés végrehajtásához szükség esetén rendőri közreműködést vegyen igénybe. Az indítvány ezt a rendelkezést jogalkotói túlkapásként minősíti, amely súlyosan sérti az emberi méltóságot; erőszakkal ugyanis senkit sem szabad gyógyítani.

Az AB nem merült el a rendőri fellépésre adott felhatalmazás arányosságának vizsgálatában. Ehelyett megállapította, hogy az indítványozó számára a támadott rendelkezés nem okozhat alapjogsérelmet, legalábbis nem adott elő arra vonatkozó információt, hogy korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen beteg volna, vagy ilyen személyek törvényes képviselőjeként, esetleg kezelőorvosként lépne fel.²⁹

Megítélésem szerint az AB ezzel a következtetéssel önmagával került ellentmondásba, igaz, ez az önellentmondás nem teljesen nyilvánvaló. Ennek meglátásához fel kell ismernünk, hogy a passzív eutanáziára vonatkozó törvényi szabályozás a terminális állapotba jutott, az életben tartó kezeléseket leállítását kezdeményező betegeket nem kezeli magától értetődően cselekvőképes személyekként.³⁰ Ha így kezelné, akkor nem rendelné el valamennyi eutanáziát kérő beteg elmeorvosi vizsgálatát, csupán azokét, akik esetében a belátási képesség valamilyen körülmény folytán megkérdőjeleződik. Ehelyett azonban a szabályozás minden ilyen döntést egy olyan háromtagú bizottság jóváhagyásától tesz függővé, amelynek egyik tagja egy – a beteg tudatállapotának vizsgálatára hivatott – pszichiáter szakorvos. Innen nézve pedig már csak egy egyszerű logikai művelet az indítványozó érintettségének levezetése minden, a cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes állapokra vonatkozó törvényi szabály vonatkozásában: ha ugyanis elfogadjuk, hogy az indítványozó érintettségét a passzív eutanáziára vonatkozó szabályozás vonatkozásában megalapozza az, hogy halandó lévén bárki, bármikor kerülhet halálközeli állapotba (és az AB ezt elfogadta), a haláltusát vívó betegek teljes belátási képessége pedig a szabályozás értelmében eleve kétséges, akkor nincs okunk kétségbe vonni az érintettséget azon törvényi szabályok vonatkozásában, amelyek a döntésképeségükben korlátozott személyekre vonatkoznak.

Mindezek alapján állítom, hogy az Eütv. 21. § (3) bekezdésével összefüggésben az AB csak úgy állhatott a visszautasítás pártjára, hogy a határozat e pontján – figyelmetlenségből vagy az érdemi állásfoglalás elkerülése végett – „csavart egyet” az érintettség tesztjének erősségi fokozatán. Más kérdés, hogy az indítványozó az érintettséget e paragrafus vonatkozásában sem a fent írt összefüggésben, sem más módon nem igazolta, így az AB nem kényszerült versengő érvek megfogalmazására.

²⁹ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [76–77].

³⁰ Erre mutatott rá kritikusan Kis János – SAJÓ András: „Amicus curiae az Alkotmánybírósághoz” *Fundamentum* 2003/1. 135–136.

5. AZ ÉRDEMI VIZSGÁLAT

Érdemi vizsgálata során az AB az alkotmányjogi panaszt részben megalapozottnak, túlnyomó részben pedig érdemi elbírálásra alkalmatlannak találta. Eredményét tekintve a döntés egyszerűsítette a beteg cselekvőképtelenné válásával hatályosuló, élő végrendelet készítésének feltételrendszerét, de teljesen érintetlenül hagyta a haldokló, de döntésképes beteg esetében alkalmazható passzív eutanázia jogszabályban lefektetett korlátait. Az így kialakult összkép egyes benyomásokat kelt. Ez a kiegyensúlyozatlanság amellett, hogy helyenként rekonstruálhatatlan és/vagy igazolatlan megfontolásokon nyugszik, egyúttal súlyos ellentmondásokkal terhelt szabályozáshoz is vezetett. Az itt következőekben mindenekelőtt ezt az állításomat igyekszem alátámasztani.

5.1. AMI HOLT BETŰ MARADT

Meg kell hagyni, hogy az indítvány számos vonatkozásában azért került visszautasításra, mert a panaszos, bár fontos alkotmányossági kérdésre hívta fel a figyelmet, nem tudta azt olyan alkotmányos összefüggésekben megvilágítani, amely kényszerítően, de legalábbis nagyobb eséllyel aktivizálta volna érdemben az – egyébként kérelemhez kötött – AB-t. Általánosságban elmondható az is, hogy az indítványozó nem vértette fel kellőképpen beadványát az AB érdemi döntést kikerülő manővereivel szemben, ezt pedig az AB – meglátásom szerint – helyenként bátran ki is használta. Jelen tanulmány keretei között nincs lehetőség az indítványban foglaltak és az arra adott válaszok kimerítő értékelésére, ezért csak néhány plasztikus példát meríték a határozatból arra, hogyan háritotta el az AB az érdemi reflexiót az indítványozó szabályozással szemben megfogalmazott egyes kritikáira.

5.1.1. „EZ CSAK A JOGI NORMA ALKALMAZÁSA SORÁN DERŰLHET KI”

A panaszos elvi és gyakorlati szempontokra is figyelemmel támadta a passzív eutanázia feltételeit vizsgáló háromtagú bizottság intézményét, összetételét, különösképpen azt, hogy abban egy pszichiáter szakorvosnak is helyet kell kapnia. Előadta, hogy az életvégi rendelkezések végrehajtása praktikusán e jogintézmény miatt hiúsul meg: a bizottság összeállása és a tőle elvárt „haladéktalan” döntés már csak azért sem biztosított, mert a magyar egészségügy nincs erre felkészülve, nem rendelkezik az ehhez szükséges pszichiáter szakorvosi állománnyal és szervezettséggel, ezért az ilyen bizottságok felállításának feltételei eleve hiányoznak. Az AB reakcióját szó szerint érdemes idézni:

„A törvények végrehajtása – ebben végrehajtásuk anyagi és személyi feltételeinek megteremtése – a törvényhozó és a közigazgatás feladata. E feltételek hiánya vezethet konkrét esetben alkotmányos jogok sérelméhez, de ez csak a jogi norma alkal-

mazása során derülhet ki, ezért csak a konkrét ügyekhez kapcsolódó alkotmányjogi panaszeljárásokban támadható.”³¹

Az AB itt a lehetetlent várja el. Azt, hogy egy terminális állapotú beteg – csakis ilyen személy lehetne ugyanis egy alkotmányjogi panaszeljáráshoz vezető *konkrét* ügy érintettje – járuljon a testülethez annak érdekében, hogy a Vadász Gábor által felvetett kérdésben állást foglaljon. Ez nemcsak, hogy abszurd, de önellentmondásba is sodorja az AB-t, ti. azzal az állásponttal, amit a befogadhatósági vizsgálat során az *effet utile* („hatékony érvényesülés”) elv relevanciájáról ugyanebben a határozatában vallott (lásd jelen tanulmány 4. pontját).

Álláspontom szerint az AB, azután hogy elismerte az indítványozó érintettségét, továbbá azt, hogy a szóban forgó anyagi és személyi feltételek hiánya is vezethet alapjogsérelemhez, nem kerülhette volna meg az érdemi döntést. Pusztán az, hogy ez ténykérdések feltárását feltételezi, vagyis empirikus kutatást igényel, nem tántoríthatta volna el. Hisz maga is elismerte, hogy az eutanáziaszabályozás alkotmányosságának kérdése sohasem választható el annak a környezetnek az adottságaitól, amelyben a szabályozás az érvényesülés igényével lép fel. Érdemes ismét emlékeztetni szavaira:

„Az AB álláspontja az, hogy a gyógyíthatatlan betegek önrendelkezési jogának érvényesülésére vonatkozó törvényi szabályozás területén a még alkotmányos és már alkotmányellenes szabályozás közötti határvonal nem egyszer s mindenkorra adott; az ismeretek szintje, az intézmények állapota, fejlettsége-fejletlensége és egy sor további tényező befolyással lehet e kérdés alkotmányosságának megítélésére.”³²

5.1.2. „KEZDEMÉNYEZÉSÉRE AZ INDÍTVÁNYOZÓNAK NINCSEN JOGOSULTSÁGA”

Az AB több vonatkozásban is azon az alapon utasította vissza az indítványt, hogy mulasztásban megnyilvánuló alkotmánysértés megállapítását a panaszos nem jogosult kezdeményezni.

Erre a sorsra jutott egyebek mellett az az alkotmányossági kifogás is, amely az élő végrendeletek, illetve az ellátás visszautasítására vonatkozó egyéb okiratok nyilvántartását hiányolta. Azt tehát, hogy nincs szabályozva és nincs megszervezve sem ezeknek az okiratoknak a nyilvántartása, sem az egészségügyi intézmények általi hozzáférés lehetősége. Ebből fakadóan hiába él valaki azzal a jogával, hogy élő végrendeletet tegyen, ha nincs hozzátartozója, barátja, aki tud annak létezéséről (esetleg másolat birtokában van), vagy van ugyan, de az illető nincs jókor, jó helyen, akkor a korábban nyilatkozatot tevő, de cselekvőképtelenné vált betegen akarata ellenére megkezdik az életmentő, életfenntartó kezelést. Ez a hiányosság

³¹ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [115].

³² Lásd 21. ljt.

az indítvány tanúsága szerint az orvosi gyakorlatban igen jelentős mértékben hiúsítja meg az életvégi döntések tiszteletben tartását.

A mulasztásban megnyilvánuló alaptörvény-ellenesség kezdeményezése valóban nem joga az indítványozónak. Annak hivatalból történő megállapítása azonban törvényből fakadó kötelezettsége az AB-nak, feltéve, hogy annak törvényi feltételei fennállnak. Mulasztás akkor áll fenn az *Alkotmánybíróságról szóló 2011. évi CLI. tv.* (a továbbiakban: *Abtv.*) szerint, ha a jogi szabályozás *Magyarország Alaptörvényéből* (2011. április 25.) (a továbbiakban: *Alaptörvény*) levezethető lényeges tartalma hiányos.³³ Abból tehát, hogy az indítványozó nem jogosult kezdeményezni ilyen megállapításra irányuló eljárást, nem következik, hogy nincs mulasztás, amit az AB észlelhetett volna, ahogyan az sem, hogy az észlelés ne alapulhatna az indítványozó által előadottakon. Mindebből következik véleményem szerint, hogy az AB csak akkor és azért nem állapíthatta meg a mulasztást, mert nem tekintette az emberi méltósághoz való jog *Alaptörvényből* levezethető lényeges tartalmának azt, hogy a legkiszolgáltatottabb állapotban lévő – már döntésképtelen – betegek esetében a jogszabály ilyen garanciával védje méltóságuk tiszteletben tartását. Ezt, a testület felelősségének tisztánlátása céljából, fontos hangsúlyozni.

5.1.3. NEM SZÓL SZÁM – NEM FÁJ FEJEM?

Nem lehet szó nélkül elmenni amellett, hogy az indítvány egyes részei és összefüggései mellett az AB szó nélkül elment, kivált azért, mert súlyos kérdésekről van szó.

Az indítvány sérelmezte és klinikai példákkal is illusztrálta, hogy noha a visszautasítható kezelések között szereplő életmentő beavatkozások – a törvényi definíció alapján³⁴ – magukban foglalják a közvetlen életveszélyt elhárító sürgős életmentés eseteit is, azok visszautasítására az eutanázia törvény szabta keretei között – a háromtagú orvosi bizottság felállítása, de különösen a háromnapos várakozási idő miatt – eleve, fogalmilag nincs lehetőség. Az indítványozó szerint az életvégi döntés szabadsága csak akkor lenne biztosított, ha annak gyakorlását a törvény differenciált feltételrendszerrel tenné függővé, és sajátos esetként kezelné a *sürgős életmentést*.

Ugyanúgy elsiklott a határozat mellett, hogy az indítványozó nemcsak gyakorlati szempontok alapján, de elvi alapon is kifogásolta, hogy a szabályozás az elmerorvosi vizsgálatban látja annak garanciáját, hogy a beteg döntését következményei tudatában és tájékozottan hozza meg. Éppúgy, ahogyan az élő végrendelet AB által elbírált, alább tárgyalt esetében is. A panaszos meglátása szerint a kezelőorvos mindennapi munkájának szerves része, hogy felmérje betegek tudatállapotát, ítélőképességének határait. E nélkül nem is írhatna fel erős hatású gyógyszert, nem javasolhatna jelentős kockázatokat hordozó vizsgálatokat, műtéteket. Az indítványozó szerint ez *mind a beteg, mind a kezelőorvos* méltóságát sérti. A kifo-

³³ Abtv. 46. § (1) bek.

³⁴ Eütv. 3. § n) és i) pont.

gást azonban az AB csak az utóbbi összefüggésben vizsgálta, megállapítva, hogy a pszichiáter szakorvos bizottsági jelenléte és a kezelőorvos emberi méltósága között alkotmányjogi összefüggés nem állapítható meg.³⁵ A betegeket, az ő jogait a testület – ebben az összefüggésben – szem elől tévesztette.

5.2. „ÉLŐ” VÉGRENDELET – ÉLETKÉPESEBB FELTÉTELEK

E tanulmány felvezetéséből is ismert már, hogy az AB osztotta az indítványozónak azt az álláspontját, hogy az élő végrendelet egyes érvényességi kellékei – nevezetesen az egy hónapnál nem régebbi elmeorvosi szakvélemény beszerzésének kötelezettsége, valamint a kétéves érvényességi időkorlát – sértik az emberi méltósághoz való jogból levezetett önrendelkezési szabadságot, ennél fogva az *Alaptörvény* II. cikkébe ütköznek. A döntés összefoglalása szempontjából indokolt röviden levezetni, hogyan jutott a testület erre az álláspontra.

A fenti korlátok értelemszerűen az alapjog-korlátozás alkotmányosságának általános mércéjeként ismert szükségességi-arányossági teszten akadtak fenn.

A kétéves időkorlát már a teszt első, szükségességi lépcsőjén. Arra ugyanis, hogy az élő végrendelet miért szorul rendszeres megújításra, miért „avul el” kétévénként, az AB hiába keresett, nem talált alkotmányosan igazolható magyarázatot. Rámutatott, hogy egy bármikor, akár két évnél rövidebb időn belül is visszavonható nyilatkozat esetében még csak nem is ésszerű a nyilatkozattétel megismétlésének elvárása.³⁶

Az elmeorvosi szakvélemény beszerzésének kötelezettsége viszont már arányossági mérlegelés tárgyává vált.³⁷ Azt ugyanis, hogy a korlátozás legitim célt szolgál, a testület nem vitatta. Valóban nem is vitaképes, hogy a szabad (befolyásmentes), tájékozott és felelősségteljes döntést a jogalkotó nemcsak jogosult, de köteles is garanciákkal védeni. Csakis így biztosított, hogy az érintett döntésében valóban önrendelkezési joga jusson kifejezésre. (Nyilvánvalóan ilyen célt szolgál az a korlátozás, amely a cselekvőképtelen és az egészségügyi döntéseket tekintve korlátozottan cselekvőképes személyeket eleve elzárja az élő végrendelet jogintézményétől.)

Szemet szűrt azonban a testületnek, hogy az általánosan elvárt elmeorvosi vizsgálat egyedülálló garancia (és egyben korlát) a személyes jognyilatkozat-tételben, hiszen illet még az olyan legszemélyesebb jognyilatkozatok esetében sem vár el a jog, mint a házasságkötés, az örökbefogadás vagy akár az apasági elismerő nyilatkozat. Ezért további, e szokatlan korlátozást igazoló körülmény után kutatott; végeredményét tekintve sikertelenül.

Ezen a ponton viszont érdemes megállni, és szó szerint felidézni a határozat idevágó passzusát:

³⁵ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [122].

³⁶ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [149].

³⁷ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [152].

„Vizsgálni kellett, igazolható-e a korlátozás szükségessége. Emellett szól, hogy az ellátás visszautasítása súlyos, sokszor visszavonhatatlan következménnyel járó döntés, amely a beteg halálához vezethet. Amely különben a nyilatkozat alkalmazandósága esetén *ex hypothesi* egyébként is belátható időn belül bekövetkezik. Az élő végrendelet ennek módjáról szól. *Az objektív életvédelmi kötelezettség, mint alkotmányosan igazolható cél, ezért itt nem jöhet szóba*, mert a beteg életét semmilyen beavatkozás nem tudja (az orvostudomány állása szerint) megmenteni.”³⁸

E gondolatmenettel könnyű egyetértenünk, hiszen vaslogikán nyugszik. Az állam életvédelmi kötelezettsége nem lehet alapja az életmentő és életfenntartó kezelések visszautasítását akadályozó, a szabad és befolyásmentes döntést védelmező eljárási korlátok igazolásának. Azért nem, mert a passzív eutanázia lehetőségét az anyagi jog csak olyan betegstádiumban nyitja meg, amikor már a betegség természetes lefolyása elkerülhetetlenül halálhoz vezet. Magyarán, nincs az a pszichiátriai szakvélemény vagy más eljárási garancia, amely a beteget ilyen esetben megmenthette a haláltól.

Az előzőekre figyelemmel az arányosság oldalán az AB már csak azt vizsgálta, hogy önmagában a belátási képesség igazolása indokolja-e, mégpedig kényszerítő jelleggel, az elmeorvosi vizsgálatot.

A testület rámutatott, hogy feladatát tekintve a pszichiáter nem vizsgálhat mást, csak a nyilatkozó cselekvőképességét.³⁹ Erre ugyanakkor a közjegyző is nyilvánvalóan alkalmas, hiszen az ő mindennapi munkájának szerves részét képezi, hogy a jogügyletek lebonyolítása során vizsgálja és megállapítsa, ügyfelei a következmények tudatában, saját erkölcsi meggyőződésük alapján hozták-e meg döntésüket. Ebből pedig már okszerűen következett az AB verdiktje: az elmeorvosi vizsgálat indokolatlan, felesleges korlát, amelyet alapjogsértő volta miatt meg kell semmisíteni.

5.3. AZ ALKOTMÁNYBÍRÓSÁG DOGMATIKAI „FÉLFORDULATA”

A fent részletezett okfejtésben fel kell figyelniünk egy igen fontos momentumra. Arra nevezetesen, hogy a testület kilépett a jogkorlátozás indokolásának abból a medréből, amit még 2003-ban, az első eutanáziahatározatában vájt a befolyástól mentes, szabad és tájékozott életvégi döntés garanciájaként aposztrofált olyan korlátok alkotmányosságának igazolására, mint amilyen a háromtagú orvosi bizottságban szereplő pszichiáter szakorvos, a háromnapos várakozási idő stb. Ha összevetjük a fent idézett alkotmánybírói érvelést és az első eutanáziahatározat alábbi részletét, nem lehet nem észrevenni az AB által vett dogmatikai félfordulatot:

³⁸ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [147] – kiemelések tőlem [V. B.].

³⁹ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [153].

„Az állam [...] fennálló életvédelmi kötelezettsége az, hogy azt a bonyolult folyamatot, amelynek során a beteg arról dönt: él-e az életmentő vagy életfenntartó beavatkozás visszautasításának lehetőségével, ne zavarhassák meg e döntési folyamattól idegen hatások. Az állami intézményvédelmi kötelezettségnek az életéről és a haláláról döntést hozó betegen kívül, tágabb értelemben mindenki más életének a védelmében is érvényesülnie kell, aki a jövőben kerülhet hasonló helyzetbe. [...] Ez utóbbi feladat minőségileg más, mint az élethez való egyéni alanyi jogok védelmének összeadása, az ‘emberi élet’ általában – következésképp *az emberi élet mint érték – a védelem tárgya.*”⁴⁰

Vegyük észre: a második eutanáziahatározatban az olvashattuk, hogy az állam életvédelmi kötelezettsége semmilyen összefüggésbe nem hozható a beteg szabad döntésének folyamatát biztosító garanciákkal. Ehhez képest az első eutanáziahatározatban az AB az állam objektív életvédelmi kötelezettségére (is) figyelemmel igazolta az ilyen korlátok arányosságát. Mégpedig azon az alapon, hogy az életvédelmi kötelezettség nem merül ki az egyedi életek védelmében, hanem az életet mint értéket is hivatott védelmezni, így a jogalkotó által beiktatott extra garanciák alkotmányos alapokon nem kifogásolhatóak. A 2014-es döntésben ennek az érvelésnek már nyoma sincs.⁴¹ Fel sem merül a határozatban, hogy az élet mint érték védelme az egyéni autonómia érvényesülésének útjába állhat; vagy hogy a szabályozásnak üzennie kellene az élet értékének „szentségét”.⁴² Ezt az igazolást a testület expliciten elutasítja.

Az AB tehát láthatóan szakított a korábbi, messzemenő állami paternalizmusnak megágyazó, az élet értékét abszolutizáló alapjogi szemlélet képviselésével. Amint „kitolta” az önkéntes passzív eutanázia képéből az élet „szentségének” elvét, képessé vált arra, hogy feszes és okszerű érveléssel levezesse az élő végrendelet érvényességéhez előírt elmeorvosi szakvélemény alkotmányellenességét. Éppen ezért ad igazán okot a csalódottságra az, hogy ezen az újonnan felvett, tisztább szemüvegén keresztül nem vizsgálta meg érdemben a passzív eutanázia alapesetének 2003-ban alkotmányosnak bizonyult, de az indítványban újfent támadott rendelkezéseit.

⁴⁰ 22/2003. (IV. 28.) AB hat., ABH 2003, 269. – kiemelés tőlem [V. B].

⁴¹ Annak ellenére, hogy a testület vizsgálta az *Alkotmány* és az *Alaptörvény* összehasonlíthatóságát, és irányadónak tekintette korábbi gyakorlatát. Lásd 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [129–131].

⁴² Balogh Elemér és a hozzá csatlakozó Dienes-Oehm Egon, valamint Juhász Imre alkotmánybírák, továbbá Salamon László alkotmánybíró önálló különvéleménye, esszenciáját tekintve, éppen ezt az elmozdulást kifogásolja az AB által megsemmisített szabályozás alkotmányosságának igazolásával (Salamon László inkább csak annak megtámogatásával): 24/2014. (VII. 22.) AB hat., B. E. különvéleménye [177], S. L. különvéleménye [200].

5.4. FÉLOLDALASRA FARAGOTT SZABÁLYOZÁS

Az, hogy az élő végrendelettel feltételrendszeréből kikerültek az egyéni autonómiát indokolatlanul korlátozó feltételek, ellenben a passzív eutanázia alapesetére vonatkozó korlátok változatlanul fennmaradtak, különösen ellentmondásos, „féloldalas” szabályozáshoz vezetett.

Körütekintően világítja ezt meg Balogh Elemér a határozathoz fűzött különvéleményében, amely megállapítja: az élő végrendelet útján az életmentő, életfenntartó kezelés megszüntetésére jóval szélesebb körben, jóval kevesebb eljárási korlát mellett van mód, mint az eutanázia alapesetében.⁴³ Hiszen míg alapesetben kizárólag a haldokló (terminális állapotú) beteg kérheti a kezelés leállítását [Eütv. 20. § (3) bekezdés], addig az élő végakaratra foglalt életvégi döntés a betegállapot egy korábbi stádiumában állók esetében is hatályosulhat: az effektíve még nem haldokló, de gyógyíthatatlan betegségtől szenvedő, a betegség folytán magatehetetlen, csillapíthatatlan fájdalmakkal küzdő betegek vonatkozásában [Eütv. 22. (1) bekezdés c) pont]. Az élő végrendelet érvényességével szemben ugyanakkor már csak egyetlen eljárási feltételt támaszt a jogszabály, a közokirati formát, míg az eutanázia alapesetében a „méltó halál” csak egy rendkívül körülményes procedúra (elmerorvosi vizsgálat, háromnapos várakozási idő, ismételt nyilatkozattétel stb.) kijáráásával érhető el.

Még a fentieknél is súlyosabb ellentmondásnak tűnik, hogy az élő végrendeletben kijelölhető helyettes döntéshozó a szabályozás alapján szélesebb körben jogosult visszautasítani életfenntartó, életmentő kezelést, mint maga a személyesen eljáró, döntésképes beteg. Hiszen a helyettes döntéshozó nemcsak a terminális állapot, hanem már az Eütv. 22. § (1) bekezdése c) pontja szerinti feltételek fennállása esetén is rendelkezhet az életmentő, életfenntartó kezelése visszautasításáról.⁴⁴ És bár a törvény a helyettes döntéshozó belátási képességét is vizsgálni rendeli a háromtagú orvosi bizottságban helyet kapó pszichiáter szakorvos által,⁴⁵ az ő esetében számos egyéb korlát (háromnapos várakozási idő, ismételt nyilatkozattételi kötelezettség, kötelező lebeszélés) nem érvényesül.

A fenti ellentmondást az AB alapvetően azzal a körülménnyel próbálta racionalizálni, hogy az élő végrendeletet még nem kiszolgáltató állapotú betegek, hanem tájékozott, nem beteg személyek, előzetesen hozzák meg, ezért ilyen esetben cselekvőképességük nem kérdőjeleződik meg:

„A cselekvési autonómia fejeződik ki tehát az Eütv. 22. §-a által biztosított nyilatkozattételi lehetőségben is: ez az előzetes nyilatkozat, avagy élő végrendelet a tájékozott ember (későbbi beteg) számára biztosít lehetőséget arra vonatkozóan, hogy sorsáról egészségi állapota romlása esetére is szabadon gondoskodjon.”⁴⁶

⁴³ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [186].

⁴⁴ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [188].

⁴⁵ Eütv. 22. § (4) bek. b) pont.

⁴⁶ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [142].

Téved azonban az AB abban, hogy élő végrendeletet csak egészségesen lehet tenni. Semmi nem zárja ki azt, hogy a terminális állapotú, de döntésképes beteg az élet befejezésének módjáról közokiratban rendelkezék arra az esetre, ha cselekvőkép-telenné válna. (A közjegyző kérésre természetesen kimegy a beteg ágyához, ennek költségvonzatán kívül semmi akadálya nincs.) A közjegyzői gyakorlat egyébként is azt mutatja, hogy az a nagyon kevés ember, aki ilyen végrendelet készíttetése cél-jából a közjegyző elé járul, többnyire már halálos betegségben szenved.⁴⁷

Ezt a félreértést azért is érdemes külön kiemelni, mert plasztikusan szemlélteti: az AB nem fogékony arra, hogy gyakorlati példákon keresztül elmélkedjen az általa elbírált szabályozás alkotmányossági kérdésein. Márpedig e nélkül nem lehet életet lehelni a passzív eutanázia gyakorlatban tetszhalott intézményébe.

Nem szabad elvitatni, hogy az élő végrendelet érvényességének feltételül sza-bott alkotmánysértő korlátok kiiktatása az egyéni autonómia szélesebb érvénye-sülését tette lehetővé. Ezt fontos korrekcióként kell elkönyvelnünk, hiszen valame-lyest csökkentette a halállal viaskodó, menthetetlen betegek kiszolgáltatottságát. Ugyanez a lépés azonban elmaradt az eutanázia másik – a klinikai esetek túlnyomó többségét érintő – formája esetében. Az AB nem élt azzal a lehetőséggel, hogy az indítványban rejlő potenciált maximálisan kimerítve, érdemben reagáljon az euta-náziaszabályozás sokat kritizált, neuralgikus pontjaira. Pedig hitelesebb indítványt nehezen kaphatott volna.

⁴⁷ Mikó Ádám XVI. kerületi közjegyző egy interjúbán úgy nyilatkozott, hogy a gyakorlatában még nem fordult elő, hogy egészséges ember készítettett volna végrendeletet. Lásd index.hu/belfold/2014/10/01/dr._miko_adam_passziv_eutanazia_interju/.

MOLNÁR HELLA*

AZ ELLÁTÁS VISSZAUTASÍTÁSA JOGÁNAK EGYES KÉRDÉSEI – AZ ALKOTMÁNYBÍRÓSÁG HATÁROZATAIRA ÉS A PTK. CSELEKVŐKÉPESSÉGRE VONATKOZÓ MEGÚJULT SZABÁLYAIRA FIGYELEMMEL

Az új Polgári Törvénykönyv elsődlegesen a vagyoni forgalom viszonyainak jogi kereteit kívánja lefektetni, ezzel együtt azonban a személyek részére is megfelelő jogi védelmet kíván nyújtani. A jogalkotó főként a vagyoni viszonyok területén vezetett be gyökeres változtatásokat, de ez nem jelenti azt, hogy a személyek jogában minden szabály érintetlenül maradt volna. A cselekvőképesség, a jognyilatkozási képesség szabályainak felülvizsgálata során figyelembe kellett venni azt is, hogy a szabályozás maradéktalanul feleljen meg a nemzetközi szerződésekből származó kötelezettségeknek. A jogalkotó ennek a követelménynek azzal kívánt megfelelni, hogy változtatott a cselekvőképességet érintő gondnokság alá helyezés feltételrendszerén. A módosult terminológia együtt járt annak deklarálásával, hogy a gondnokság alá helyezésre csak végső esetben kerülhet sor, mert amíg lehet, a jognyilatkozat-tételt cselekvőképességet nem érintő módon (támogatott döntéshozattal) kell segíteni. Új jogintézményként jelent meg az előzetes jognyilatkozat, amely számos ponton különbözik a jogunkban már 1998. június elseje óta megtehető „élő végrendelet” („living will” vagy „Patientenverfügung”) jogintézményétől. A vagyoni forgalom viszonyaira modellezett cselekvőképességi szabályok hatóköre messze túlnyúlik a vagyoni természetű jognyilatkozatok körén, hiszen az Egészségügyi Törvény az egészségügyi ellátással kapcsolatos nyilatkozatok megtételéhez szükséges belátási képesség vonatkozásában nem alkot önálló szabályokat. A tanulmány azt vizsgálja, hogy a megváltozott szabályrendszer mennyiben érinti az ellátás visszautasításának jogát, alkalmazhatóak-e az új Ptk. cselekvőképességet érintő kategóriái és a szabályozás összességében mennyiben felel meg az Alaptörvény rendelkezéseinek, az alkotmányos követelményeknek.

*A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. tv. (a továbbiakban: Ptk.), amely 2014. március 15-én lépett hatályba, a cselekvőképesség szabályozását illetően is változást hozott a Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. tv. [a továbbiakban: Ptk. (rég)] szabályaihoz képest. Módosította a terminológiát, deklarálta a gondnokság alá helyezés *ultima ratio* jellegét, és két új jogintézményt vezetett be, a támogatott döntéshozattal és az előzetes jognyilatkozattal. Ez a tanulmány azt vizs-*

* PhD, LL.M., egyetemi adjunktus, Eötvös Loránd Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar, 1053 Budapest, Egyetem tér 1-3.
E-mail: hella.molnar@ajk.elte.hu.

gálja, hogy a megváltozott szabályrendszer mennyiben érinti az ellátás visszautasításának jogát, és a szabályozás összességében mennyiben felel meg *Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.)* (a továbbiakban: *Alaptörvény*) rendelkezéseinek, az alkotmányos követelményeknek.

1. A CSELEKVŐKÉPESSÉG KORLÁTOZÁSÁT ÉS A CSELEKVŐKÉPTELENSÉGET MEGALAPOZÓ OKOK

A cselekvőképesség az ügyek viteléhez szükséges belátási képesség, a cselekvőképes személy saját akaratnyilatkozatával jogokat szerezhet és kötelezettségeket vállalhat. Több mint szerződésképeség, jognyilatkozati képességet jelent: aki cselekvőképes, maga köthet szerződést vagy tehet más jognyilatkozatot [Ptk. 2:8. § (2) bek.]. A jognyilatkozat többé nem egyszerű elméleti kategória, a Ptk. definiálja azt, joghatás kiváltására irányuló akaratnyilatkozatként [Ptk. 6:4. § (1) bek.]. A cselekvőképesség egyfelől az ember biológiai-szociológiai adottsága: magában foglalja az ember szellemi érettségét (bizonyos életkor elérését, ezzel járó általános képzettséget, a mindennapi életvitelben való jártasságot és élettapasztalatot), szellemi épségét (nem szenved veleszületett szellemi fogyatékoságban vagy később bekövetkezett pszichés megbetegedésben) és ésszerű akarat-elhatározásra való képességét (a választási lehetőségek mérlegelésének, a következmények felmérésének, felelős magatartás tanúsításának képességét). Másfelől jogi adottság, ezért a cselekvőképesség fogalmát az absztrakció olyan magas fokán kell meghatározni, ahol a szükségszerű és tipikus biológiai-szociológiai változások már nem befolyásolják.¹

A cselekvőképesség kategóriáját cselekvési képességként a *gyámsági és gondnoksági ügyek rendezéséről szóló 1877. évi XX. tc.* már ismerte, a korlátozott cselekvőképességet a *házassági jogról szóló 1894. évi XXX. tc.* tette általánossá.² A családjog egységes kodifikációját megteremtő, a *házasságról, a családról és a gyámságról szóló 1952. évi IV. tc.* (Csjt.) végrehajtási jogszabálya, a Csjt. (1952. évi 23. törvényerejű rendelet a házasságról, a családról és a gyámságról szóló 1952. évi IV. törvény hatálybalépése és végrehajtása, valamint a személyi jog egyes kérdéseinek szabályozása tárgyában) kezdetben magában foglalta a személyi jog cselekvőképességgel és gondnokság alá helyezéssel kapcsolatos anyagi jogi és eljárásjogi szabályait. Itt rögzült először a cselekvőképesség kizárásának és korlátozásának az a tétéles jogi modellje, amely gyakorlatilag változatlanul került át a Ptk.-ba (régii).³

A korlátozott cselekvőképesség a Ptk. (régii) szerint két okból adódhatott, kis-

¹ VÉKÁS Lajos – GÁRDOS Péter (szerk.): *Kommentár a Polgári Törvénykönyvhöz, Első kötet* (Budapest: Wolters Kluwer 2014) 75.

² HORVÁTH Attila: *A magyar magánjog történetének alapjai* (Budapest: Gondolat 2006) 193.

³ MEGYERI Nóra: „A cselekvőképesség szabályozásának új irányai” in FAZEKAS Marianna (szerk.): *Jogi Tanulmányok 2014, Jogtudományi előadások az Eötvös Loránd Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar Doktori Iskolájának jubileumi konferenciáján, 2014. június 13.* (Budapest: ELTE ÁJK Doktori Iskola 2014) 567.

korúságból, valamint nagykorú személy esetén bíróság általi gondnokság alá helyezésből. A korlátozottan cselekvőképes megjelölést a Ptk. csak arra az esetre alkalmazza, amikor a cselekvőképesség korlátozása kiskorúságból adódik. Korlátozottan cselekvőképes az a kiskorú, aki a tizennegyedik életévét betöltötte és nem cselekvőképtelen [Ptk. 2:11. §].

A nagykorú személyek cselekvőképességükben részlegesen korlátozottak, amennyiben a bíróság őket ilyen hatállyal gondnokság alá helyezte. Kiskorú személyek csak a tizenhetedik életévük betöltése után helyezhetők cselekvőképességet részlegesen korlátozó gondnokság hatálya alá [Ptk. 2:18. § (1) bek.]. A gondnokság alá helyezés feltételrendszere a Ptk. (régi) szabályaihoz képest több ponton változott. Az ügyek viteléhez szükséges belátási képesség nagymértékű csökkenésének oka „mentális zavar” lehet, ami a korábbi „pszichés állapot, szellemi fogyatkozás, szenvedélybetegség” kifejezéseket [Ptk. (régi) 14. § (4) bek.] váltja fel az orvostudomány legújabb eredményeit figyelembe véve azzal a céllal, hogy teljes körűen leírja a pszichés elváltozásokat. A Kommentár szerint a korábbi szabályozáshoz képest a „mentális zavar” kifejezés pontosabban és átfogóan írja le azokat a helyzeteket, amelyekben a cselekvőképesség korlátozására sor kerülhet,⁴ a cikk írója számára azonban ez az összefoglaló kategória meglehetősen homályosnak tűnik. Lényeges változás a Ptk. (régi) szabályaihoz képest, hogy korlátozásra általános jelleggel nem kerülhet sor, kizárólag a bíróság ítéletében meghatározott személyi, illetve vagyoni ügycsoportokra terjedhet ki [Ptk. 2:19. § (2)–(3) bek.]. Az általános korlátozás lehetőségének megszüntetésével a Ptk. a célirányos segítségnyújtásra helyezi a hangsúlyt, a bíróságnak az ügycsoportokról személyre szabottan, a gondnokság alá helyezendő személy életkörülményeit vizsgálva kell döntenie.⁵ *A cselekvőképességgel, gondnoksággal összefüggő egyes törvények módosításáról szóló 2001. évi XV. tv.* tette lehetővé, hogy a bíróság jogerős gondnokság alá helyező ítéletében az alperes cselekvőképességét csak egyes ügycsoportok vonatkozásában korlátozza, a jövőben ez marad az egyetlen alkalmazható megoldás. A Ptk. (régi) példalálózó jelleggel felsorolta azon ügycsoportok körét, amelyek esetén a bíróság korlátozhatta a gondnokság alá helyezett személy teljes cselekvőképességét [Ptk. (régi) 14. § (6) bek.]. A közzétett bírósági határozatok alapján a példák sorát a bírói gyakorlat egy esetben bővítette, amikor is „peres eljárások indítása” ügycsoportban korlátozta az önálló eljárás lehetőségét (BH 2008. 11). Az egyéni-esítésnek teret adó, rugalmas, egyénre szabott, csak a szükséges mértékre korlátozott gondnokság alá helyezés Kőrös András szerint a bírói gyakorlatban nehézkesen, jelentős fáziskéséssel realizálódott.⁶ A korábbi törvényi lista fenntartását a jogalkotó ezért nem látta indokoltnak, ettől függetlenül a bíróságokat továbbra is orientálhatja az ügycsoportok meghatározásában. A gondnokság alá helyezés feltételrendszere két új rendelkezéssel bővül, mert a jogalkotó a nemzetközi követel-

⁴ VÉKÁS–GÁRDOS (1. lj.) 89.

⁵ VÉKÁS–GÁRDOS (1. lj.) 89.

⁶ Kőrös András: „Jót s jól» – helyes célok, alkalmatlan megoldások a cselekvőképesség tervezett szabályozásában” *Magyar Jog* 2009/2. 106.

ményekkel összhangban hangsúlyosan meg kívánja jeleníteni a fokozatosság elvét.⁷ Új elemként jelenik meg, az egyéniesítésre ad lehetőséget, hogy a gondnokság alá helyezésre csak akkor kerülhet sor, ha az a nagykorú személy egyéni körülményeire, valamint családi és társadalmi kapcsolataira tekintettel indokolt [Ptk. 2:19. § (2) bek.]. A gondnokság alá helyezést szubszidiárius jellegűvé teszi az az újonnan bevezetett feltétel, hogy gondnokság alá helyezésre csak akkor kerülhet sor, ha az érintett személy jogainak védelme a cselekvőképességet nem érintő más módon (az újonnan bevezetett támogatott döntéshozatallal) nem biztosítható [Ptk. 2:19. § (4) bek.].

A cselekvőképtelenség három okból adódóan állhat fenn továbbra is: kiskorúság, bíróság általi gondnokság alá helyezés mellett abban az esetben, ha az adott személy de facto cselekvőképtelen, vagyis cselekvőképtelen állapotban van. Változatlanul cselekvőképtelen az a kiskorú, aki a tizennegyedik életévét nem töltötte be [Ptk. 2:13. §], és cselekvőképtelen állapot áll fenn annál a személynél, aki a jognyilatkozat megtételekor olyan állapotban van, hogy az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége teljesen hiányzik [Ptk. 2:9. § (1) bek.].

A bíróság általi gondnokság alá helyezésből adódó cselekvőképtelenség terminológiáján – „annak negatív kicsengése miatt” – a jogalkotó változtat. Szemben a Ptk. (rég) szerinti cselekvőképességet kizáró gondnokság alá helyezéssel, a Ptk. alapján cselekvőképességet teljesen korlátozó hatállyal történhet a gondnokság alá helyezés. Feltehetjük a költői kérdést, vajon mi a teljes korlátozás, ha nem kizárás? Tartalmilag a gondnokság alá helyezés feltételrendszere annyiban változott, hogy itt is a mentális zavar jelenik meg az ügyek viteléhez szükséges belátási képesség hiányának okaként, így a cselekvőképesség részleges korlátozásától nem tér el. A Ptk. (rég) szabályozásában cselekvőképtelen személyeknél az ügyei viteléhez szükséges belátási képesség teljes hiánya csak pszichés állapot vagy szellemi fogyatkozás miatt állhatott be, szenvedélybetegség nem eredményezhette [Ptk. (rég) 15. § (4) bek.], a cselekvőképesség korlátozására viszont a szenvedélybetegség is alapot adhatott. Megjelenik továbbá az utalás arra nézve, hogy ez egy egyénre szabott és végső eszköze a jogvédelemnek: csak akkor kerülhet rá sor, ha a nagykorú egyéni körülményeire, valamint családi és társadalmi kapcsolataira tekintettel indokolt [Ptk. 2:21. § (2) bek.], és az érintett személy jogainak védelme a cselekvőképességet nem érintő módon vagy a cselekvőképesség részleges korlátozásával nem biztosítható [Ptk. 2:21. § (3) bek.]. Kiskorúak esetén a jövőben csak a tizenhetedik életévük betöltését követően kerülhet sor cselekvőképességüket teljesen korlátozó gondnokság alá helyezésre [Ptk. 2:18. § (1) bek.] a korábbi, tizennegyedik életév betöltésével szemben [Ptk. (rég) 12/B. § (2) bek.], ilyenkor a gondnokság hatálya a nagykorúság elérésével áll be, de a kiskorú már az ítélet jogerőre emelkedésével cselekvőképtelenné válik [Ptk. 2:18. § (3) bek.].

⁷ VÉKÁS–GÁRDOS (1. lj.) 88.

Bíróság általi gondnokság alá helyezés

Cselekvőképességet korlátozó [Ptk. (rég.) 14. § (4) bek.]	Cselekvőképességet részlegesen korlátozó [Ptk. 2:18. §, 2:19. § (2)–(4) bek.]	Cselekvőképességet kizáró [Ptk. (rég.) 12/B. § (2) bek., 15. § (4) bek.]	Cselekvőképességet teljesen korlátozó [Ptk. 2:18. §, 2:21. § (2)–(3) bek.]
nagykorú személy	nagykorú személy, valamint tizenhetedik életévét betöltött kiskorú	nagykorú személy, valamint korlátozottan cselekvőképes (tizennegyedik életévét betöltött) kiskorú	nagykorú személy, valamint tizenhetedik életévét betöltött kiskorú
az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége nagymértékben csökkent	az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége nagymértékben csökkent	az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége hiányzik	az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége hiányzik
tartósan vagy időszakonként visszatérően	tartósan vagy időszakonként visszatérően	tartósan	tartósan
pszichés állapota, szellemi fogyatozása vagy szenvedélybetegsége miatt	mentális zavara következtében	pszichés állapota vagy szellemi fogyatozása miatt	mentális zavara következtében
általános jelleggel, illetve egyes ügycsoportok vonatkozásában	egyres ügycsoportok vonatkozásában	teljes mértékben	teljes körben
_____	egyéni körülményeire, valamint családi és társadalmi kapcsolataira tekintettel indokolt	_____	egyéni körülményeire, valamint családi és társadalmi kapcsolataira tekintettel indokolt
_____	az érintett személy jogainak védelme a cselekvőképességet nem érintő más módon nem biztosítható	_____	az érintett személy jogainak védelme a cselekvőképességet nem érintő módon vagy a cselekvőképesség részleges korlátozásával nem biztosítható

2. JOGNYILATKOZAT-TÉTELRE VONATKOZÓ SZABÁLYOK A CSELEKVŐKÉPESSÉG KORLÁTOZÁSA ÉS A CSELEKVŐKÉPTELENSÉG ESETÉN

A korlátozottan cselekvőképes kiskorú jognyilatkozatának érvényességéhez főszabályként törvényes képviselőjének hozzájárulása szükséges [Ptk. 2:12. § (1) bek.]. A hozzájárulás előzetes beleegyezés vagy utólagos jóváhagyás formájában is megadható.⁸ A cselekvőképességében részlegesen korlátozott személynek a bíróság ítéletében meghatározott ügycsoportokra vonatkozó jognyilatkozatának érvényességéhez szükséges gondnokának hozzájárulása [Ptk. 2:20. § (1) bek.]. Mindkét esetben vannak kivételek [Ptk. 2:12. § (2) bek.; Ptk. 2:20. § (3) bek.], olyan ese-

⁸ VÉKÁS–GÁRDOS (1. lj.) 80.

tek, amikor megengedett az önálló eljárás, nem szükséges a törvényes képviselő vagy a gondnok közreműködése. Számos alapvető jognyilatkozat azonban nem tartozik ebbe a körbe, például a kórházi felvétel, vagy a gyógykezelésbe történő bejegyzés.⁹ A törvényes képviselő a korlátozottan cselekvőképes kiskorú nevében maga is tehet jognyilatkozatot, kivéve azokat, amelyeknél jogszabály a korlátozottan cselekvőképes kiskorú saját nyilatkozatát kívánja meg, vagy amelyek a korlátozottan cselekvőképes kiskorú munkával szerzett jövedelmére vonatkoznak. A törvényes képviselőnek a kiskorú személyét és vagyonát érintő jognyilatkozata megtétele során a korlátozott cselekvőképességű kiskorú véleményét figyelembe kell vennie [Ptk. 2:12. § (4) bek.]. Ha a cselekvőképességében részlegesen korlátozott személy érdekeinek védelme, károsodástól való megóvása azonnali intézkedést igényel, a gondnok a hozzájárulását igénylő ügyekben önállóan eljárhat, az érintett személy helyett jognyilatkozatot tehet. Erről a cselekvőképességében részlegesen korlátozott személyt és a gyámhatóságot késedelem nélkül tájékoztatnia kell [Ptk. 2:20. § (4) bek.].

A cselekvőképtelen kiskorúak és a cselekvőképességet teljesen korlátozó gondnokság alá helyezett személyek által tett jognyilatkozatok semmisek, helyettük, nevükben törvényes képviselőjük vagy gondnokuk járhat el [Ptk. 2:14. § (1) bek.; Ptk. 2:22. § (1) bek.]. Ez nem jelenthet teljes mértékben önkényes döntést, mert a törvényes képviselőnek a kiskorú személyét és vagyonát érintő jognyilatkozata megtétele során az ítéliképessége birtokában lévő cselekvőképtelen kiskorú véleményét – korának és érettségének megfelelően – figyelembe kell vennie [Ptk. 2:14. § (3) bek.]. A gondnok is köteles a véleménynyilvánításra képes cselekvőképtelen nagykorú kívánságát az őt érintő jognyilatkozata megtétele előtt meghallgatni és lehetőség szerint figyelembe venni [Ptk. 2:22. § (3) bek.]. Az érvénytelenség alóli kivételt egyedül a már megkötött és teljesített csekély jelentőségű szerződés jelent, amelynek megkötése a mindennapi életben tömegesen fordul elő, és különösebb megfontolást nem igényel [Ptk. 2:14. § (2) bek.; Ptk. 2:22. § (2) bek.].

Az alapvető jogok biztosa indítványozta az Alkotmánybíróságtól a cselekvőképtelen nagykorúak jognyilatkozatáról szóló Ptk.-beli rendelkezések alaptörvény-ellenességének, valamint nemzetközi szerződésbe ütközésének megállapítását és megsemmisítését. Álláspontja szerint aggályos, hogy a gondnokolt által tett jognyilatkozat automatikusan érvénytelen, még a legbelső privátszférát érintő, legszemélyesebb döntések esetében is. Az indítványozó szerint a Ptk. támadott szabályaiban a cselekvőképességet teljesen korlátozó gondnokság (a helyettes döntéshozatal) jogintézménye általánosan korlátozza az érintett egyes különös személyiségi jogainak gyakorlását, az érintett emberi méltósághoz való jogát. Azzal, hogy az érintett nem tehet érvényes jognyilatkozatot, a jogalkotó aránytalanul beavatkozik a magánéletébe, korlátozza döntési szabadságát, így sérül az önrendelkezési joga és a magánszférához való joga is. A legszemélyesebb döntések – házasság, választójog, egészségügyi beavatkozás – meghozatala során aránytalan korlátozást jelent,

⁹ Dósa Ágnes: „A nem teljesen cselekvőképes személyek jogai: a rugalmasabb szabályozás felé” *Fundamentum* 2000/2. 83.

hogy erre csak a gondnok helyettes döntése alapján kerülhet sor [11/2014. (IV. 4.) AB határozat, Indokolás [3]-[4]].

Az AB az indítványt elutasította [Rendelkező rész], az emberi méltósághoz való alapjog korlátozását szükségesnek és arányosnak ítélte. Indokolásában kifejtette, hogy az ember önrendelkezése az egyenlő szabadság jogi megvalósulása: minden ember saját életének alapvető erkölcsi és gyakorlati kérdéseiben külső kényszer nélkül maga dönthet; ez a joga csak rendkívüli esetben korlátozható. E felfogás elvetése azzal járna, hogy el kellene fogadni egyesek rendelkezési jogát más emberek életével, ami az *Alaptörvény* értékrendjével ellentétes lenne. Ennek kimagasló jelentősége van a cselekvőképesség korlátozásában, mert itt pontosan arról van szó, hogy valaki más cselekszik a jogosult helyett, mivel ő képtelen rá. Ebben az esetben ügyelni kell arra, hogy a gondnok ne rendelkezzen a cselekvőképtelen személy életével, hanem helyette, de amennyire lehetséges, az ő szempontjai szerint döntsön (Indokolás [30]). Az alapjog korlátozása szükséges, mert a belátási képességükben korlátozott személyek jogainak védelme alkotmányos cél, amelynek elérésére szűk körben korlátozható a jognyilatkozatok megtételének lehetősége. A Ptk. által bevezetett új klauzula, mely csak akkor engedi a cselekvőképességet teljesen korlátozó gondnokság alá helyezést, ha az érintett személy jogainak védelme a cselekvőképességet nem érintő módon vagy a cselekvőképesség részleges korlátozásával nem biztosítható [Ptk. 2:21. § (3) bekezdés], az absztrakt normakontroll szintjén elegendő az arányosság biztosítására (Indokolás [41]). Ami a magánélethez való jog korlátozását illeti, az AB kimondta, hogy a gondnokság alá helyezés minden formája korlátozza a gondnokolt magánélethez való jogát. A korlátozás szükségességét az indítványozó sem vitatja, arányossága a Ptk. 2:19. § (2) bekezdéséből adódik, mely szerint a korlátozottan cselekvőképes személy esetében „egyéni körülményeire, valamint családi és társadalmi kapcsolataira tekintettel” kell a bíróságnak megállapítania az ügycsoportokat, amelyekben az érintett személy cselekvőképessége korlátozott. Az idézett fordulat elfogadható a családi és magánélet védelmének, mivel a törvényben említett fogalmak terjedelme koextenzív az *Alaptörvény*ben foglalt magánélet fogalomával. A Ptk. tehát a bíróság számára kötelezővé teszi a gondnokolt magánéletének védelmét – amennyire ez az érintett jogainak védelmével összeegyeztethető (Indokolás [56]). Megjegyzendő, hogy az indokolás során az AB-nak a Ptk. 2:21. § (2) bekezdésére kellett volna utalnia, hiszen a cselekvőképesség teljes korlátozását eredményező gondnokság alá helyezés egyik feltételeként is megjelenik, hogy annak a nagykorú „egyéni körülményeire, valamint családi és társadalmi kapcsolataira tekintettel” indokoltnak kell lennie. Említett határozatában az AB kimondva-kimondatlanul voltaképpen azt állapította meg, hogy a Ptk. (rég) szabályai aránytalanul korlátozták az emberi méltóságot és a magánélethez való jogot, hiszen a Ptk. az arányosság követelményének csak az újonnan bevezetett előfeltételek révén felel meg.

A cselekvőképtelen állapotban tett jognyilatkozatok érvényessége attól függ, hogy a jognyilatkozat tartalmából és megtételének körülményeiből következően annak megtétele a fél cselekvőképessége esetén is indokolt lett volna-e [Ptk. 2:9. § (2) bek.].

3. AZ ELLÁTÁS VISSZAUTASÍTÁSÁNAK JOGA

Az ellátás visszautasításának joga a betegek egészségügyi ellátással kapcsolatos önrendelkezési jogának része, az egészségügyi beavatkozásokba való beleegyezés jogával együtt. Rendszertanilag a betegek jogai közé soroljuk, részletszabályait az *egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. tv.* (a továbbiakban: Eütv.) 20–23. §§-aiban találhatjuk.

Az Eütv. az ellátás visszautasításának két esetkörét különbözteti meg. Mindkét visszautasításra érvényesül ugyanaz a korlát: mások életét vagy testi épségét nem veszélyeztetheti [Eütv. 20. § (1) bek.]. Az Eütv. 20. §-ának (2) bekezdése szerint cselekvőképes beteg esetén minden olyan ellátás visszautasítható, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Másrészt az Eütv. 20. §-ának (3) bekezdése – lehetővé téve a betegség természetes lefolyását – megengedi a cselekvőképes betegnek az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítását,¹⁰ ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan. Dósa Ágnes¹¹ elemzése megvilágítja, hogy az Eütv. 20. § (3) bekezdése több sebből vérzik. Ha egy betegség rövid időn belül, megfelelő ellátással is halálhoz vezet, akkor elképzelhetetlen, hogy a kór ne lenne súlyos. A gyógyíthatatlan jelző is felesleges, hiszen az a betegség, ami a kezelés ellenére halálhoz vezet, biztosan gyógyíthatatlan. Valójában tehát a cselekvőképes beteg esetén a jogalkotó egyetlen feltételhez kötötte az életfenntartó és életmentő beavatkozás visszautasítását, ahhoz, hogy az adott betegség megfelelő ellátás mellett is, rövid időn belül halálhoz vezessen. Az egyértelmű, hogy a rövid idő a megfelelő kezelés alkalmazása mellett értendő, nehéz viszont meghatározni, mekkora időtartam minősül rövidnek. Ha egy betegség halálhoz vezet is a szakmai szabályokban megfelelő ellátás biztosítása esetén, de a kezeléssel meghosszabbítható az élettartam, akkor már nem beszélhetünk rövid időről, vagyis ebben az esetben a cselekvőképes beteget akarata ellenére is kezelni kell. Dósa az időtartamot illetően arra a következtetésre jut, hogy a jogalkotó a rövid idő alatt nem napokat, hanem heteket vagy hónapokat ért.

Míg az előbbi cselekvőképtelen, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlásában részlegesen korlátozott beteg egyáltalán nem utasíthatja vissza, addig, ha az utóbbi ellátás visszautasítására kerül sor, az egészségügyi szolgáltató keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt [Eütv. 21. § (1)–(2) bek.]. A bírósági nyilatkozatpótló eljárás a magyar jogi megoldásoktól teljesen idegen angolszász minta.¹²

¹⁰ Az Eütv. 20. §-ának (6) bek.-e szerint egyetlen kivétellel: nem utasítható vissza az életfenntartó, vagy életmentő beavatkozás, ha a beteg várandós és előre láthatóan képes a gyermek kihordására.

¹¹ Dósa Ágnes: *Az orvos kártérítési felelőssége* (Budapest: HVG-ORAC 2004) 248–249.

¹² LÁNYINÉ TOLDI Judit: „Living will a közjegyzői gyakorlatban” in *Jogi tanulmányok 2012, Az Eötvös Loránd Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar Doktorai Iskolájának III. konferenciája, 2012. április 20., II.* (Budapest: ELTE ÁJK 2012) 322.

Az Eütv. az egészségügyi ellátással kapcsolatos nyilatkozatok megtételéhez szükséges belátási képesség vonatkozásában nem alkot önálló szabályokat, e fogalmak tartalmát illetően a Ptk. rendelkezései irányadóak. 2014. március 15-ével a jogalkotó az Eütv. szabályait a Ptk.-hoz igazította annyiban, hogy differenciál, azoknak a betegeknek, akik nem az egészségügyi ellátással összefüggő jognyilatkozatok tekintetében cselekvőképességükben részlegesen korlátozottak, megengedi a visszautasítást {24/2014. (VII. 22.) AB határozat, Indokolás [108.]}. Hiába szerepel az Eütv. 20. § (1) bekezdésében tehát a „cselekvőképes” jelző, az Eütv. módosult 21. § (1)–(2) bekezdései miatt az ellátás visszautasításának joga azokat a betegeket is megilleti, akik cselekvőképességükben nem az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozottak.¹³

Az ellátás visszautasításának joga szempontjából az Eütv. azonban látszólag azonosan kezeli a pólyában síró csecsemőt és a 17 éves kamaszt. A különbség a Ptk. jognyilatkozat-tételi szabályai alapján fennáll, mert a cselekvőképtelen beteg helyett törvényes képviselője járhat el, a korlátozottan cselekvőképes kiskorú visszautasító nyilatkozatának érvényességéhez a törvényes képviselőjének hozzájárulása szükséges. A különbség azonban árnyaltabbá válik, akár el is tűnhet, mert a törvényes képviselő a korlátozottan cselekvőképes kiskorú nevében maga is tehet az ellátást visszautasító nyilatkozatot, hiszen az nem esik a kivételi körbe, az Eütv. a cselekvőképes személyeket nem jogosítja fel arra, hogy az ellátást visszautasító jognyilatkozatot személyesen is megtehessek, a törvényes képviselő hozzájárulása nélkül.

Az Eütv. rendelkezései alapján a cselekvőképes beteg megnevezheti továbbá azt a cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát gyakorolni, továbbá ilyen személy megjelölésével vagy anélkül a törvény által meghatározott személyek közül bárkit kizárhat a beleegyezés és a visszautasítás jogának helyette történő gyakorlásából [Eütv. 16. § (1) bek.]. A törvény ugyanis felállít egy kötött sorrendet arra nézve, hogy a cselekvőképtelen beteg helyett kik gyakorolhatják a beleegyezés és a visszautasítás jogát, ha nem lenne helyettes döntéshozó [Eütv. 16. § (2) bek.]. A megnevezés és a kizárás joga a 16. életévüket betöltött korlátozottan cselekvőképes kiskorúakat és azokat a betegeket is megilleti, akik cselekvőképességükben nem az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozottak [Eütv. 16. § (6), (7) bek.].

2001. december 31-ig a kötött sorrend a korlátozottan cselekvőképes betegekre is vonatkozott, helyettes döntéshozó kijelölésére pedig csak a cselekvőképes személyeknek volt jogi lehetőségük. Az AB azonban 36/2000. (X. 27.) határozatában [36/2000. (X. 27.) AB határozat, ABH 241, 292.] megállapította, hogy a korlátozottan cselekvőképes betegek egészségügyi ellátással kapcsolatos önrendelkezési jogának (a beleegyezés és a visszautasítás jogának) a cselekvőképtelen betegekkel azonos korlátozása sérti az emberi méltóságot, mert a korlátozás szükséges ugyan, de az elérni kívánt célhoz képest nem arányos.¹⁴ Az AB véleménye szerint

¹³ Kovácsy Zsombor: *Egészségügyi jog* (Budapest: Semmelweis 2008) 79–80.

¹⁴ Az alkotmányossági vizsgálat az Eütv. 16. §-ára terjedt ki, nem tartotta viszont indokoltnak a megsemmisítés kiterjesztését az Eütv. fentebb ismertetett 20. § (1) bek.-ére, arra hivatkozva, hogy az Alkotmánybíróság nem jogalkotó szerv, e rendelkezések differenciált alkalmazása viszont további

az önrendelkezési jog, mint az emberi méltóságból fakadó cselekvési autonómia kifejeződése személyhez kötött. Ettől különálló kérdés, hogy a jogi szabályozás az önrendelkezési jog elé bizonyos esetekben korlátot állít. Amikor az egyéni cselekvési autonómia körébe tartozóan a jog más személy fellépését intézményesíti, nem az önrendelkezési jogot „ruházza át” másra. A „helyette történő joggyakorlás” az önrendelkezési jog egyidejű törvényi korlátozása mellett biztosít másnak döntési lehetőséget; az önrendelkezési jog „helyette történő gyakorlása” – a személyiségtől elválaszthatatlan volta miatt – fogalmilag kizárt. Alkotmányossági szempontból az Eütv. idézett eseteiben tehát arról van szó, hogy a korlátozottan cselekvőképes, illetve cselekvőképtelen betegeket tekintve az önrendelkezési jog érvényesülését a törvényi szabályozás nem teszi lehetővé, a beteg helyett törvényes képviselője, vagy az erre feljogosított más személy jár el. A korlátozottan cselekvőképes, illetve a cselekvőképtelen betegeknek a döntésekben való egyfajta részvételt az Eütv. 16. § (5) bekezdésébe foglalt rendelkezés biztosít. E szerint

„az egészségügyi ellátással kapcsolatos döntésekben a cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképes beteg véleményét a szakmailag lehetséges mértékig figyelembe kell venni abban az esetben is, ha a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát a (2) bekezdés szerinti személy gyakorolja”.

Ez a szabály mindkét személyi körben formálisan elismeri azt a lehetőséget, hogy a beteg véleményére adott esetben figyelemmel kell lenni a róla szóló döntés meghozatalakor. Az e „vélemény” figyelembevételére vonatkozó törvényi előírás viszont nem értelmezhető, mert ebben a személyi körben a döntési jognak a törvényes képviselőhöz vagy az erre feljogosított más személyhez telepítése az önrendelkezési jog teljes elvonását jelenti. Az Eütv. 16. § (2) bekezdésének ez a megoldása ellehetetleníti az (5) bekezdésben megfogalmazott „vélemény” befolyásoló szerepét (ABH 2000, 241, 255–256.).

Az AB álláspontja szerint a csökkent belátási képesség alkotmányosan indokolhatja az egyén cselekvési autonómiájának törvényi korlátozását, a szükségesség tehát megáll, viszont a korlátozásnak az Eütv. 16. § (2) bekezdésében egységesen – és a cselekvőképtelen betegekkel azonosan – intézményesített módja, az elérni kívánt célhoz képest nem arányos. Az a törvényhozói cél, hogy a gyógykezelés során az önálló jognyilatkozatok megtétele megfelelő belátási képességen alapuljon, nem szükségképpen feltételezi azt, hogy a korlátozottan cselekvőképes személyeket tekintve e cél megvalósítása csak a beleegyezés és a visszautasítás jogának teljes korlátozásával lehetséges. A korlátozott cselekvőképesség fennállta okainak figyelembevétele épp úgy az általános korlátozás enyhítése mellett szól, mint az, hogy a gyógykezelésre vonatkozó döntési képességet meghatározhatja a különböző gyógykezelési formák sajátossága is. Az AB megítélése szerint a korlátozottan

törvényalkotást igényel. Az Eütv. 20. § (1) bek.-ének megsemmisítése az Alkotmánybíróság álláspontja szerint ugyanis nemcsak a korlátozottan cselekvőképes, hanem a cselekvőképtelen betegeket is érintené (mint minden más hasonló, csak a cselekvőképes betegekre vonatkozó rendelkezésé). (ABH 2000, 241, 262.)

cselekvőképes betegek beleegyezési és visszautasítási jogát a cselekvőképtelen és a cselekvőképes betegekre vonatkozó szabályok közötti „tartományban” szükséges rendezni. Az AB garanciális jelentőségűnek tartja a beteg jogai, érdekei védelme érdekében a megfelelő arányok megtalálását abban, hogy a törvény ne korlátozza általános érvénnyel a személyes fellépést azokban az esetekben, amikor a személyiségi jogok gyakorlásának alkotmányos korlátai azt nem indokolják. Az Eütv. 16. § (5) bekezdésében szereplő szabály nem oldja fel az alkotmányellenes helyzetet. A jogalkalmazói gyakorlatra hárítható döntési felelősségnek is határozott törvényi rendelkezésen kell alapulnia. Az alkotmányossági probléma lényege azonban a korlátozottan cselekvőképes beteg beleegyezési és visszautasítási jogának az elérni kívánt célhoz képest történő aránytalan korlátozása. Az Eütv. a 16. § (5) bekezdésében szabályozott esetkörben sem biztosított jogi garanciákat a korlátozottan cselekvőképes betegek véleményének – indokolt esetben történő – érdemi érvényesülésére, ezáltal lényegében bezárult az önrendelkezési jog meghatározott feltételek szerinti érvényesíthetőségének (a korlátozottan cselekvőképes személy esetében a jogrendszer által egyébként elismert) lehetősége (ABH 2000, 241, 259–260.).

Az AB határozata az Eütv. 16. § (2) bekezdését a jövőre nézve, 2001. december 31-i hatállyal semmisítette meg, kellő időt biztosítva a törvényhozónak arra, hogy a korlátozottan cselekvőképes betegek gyógykezelését érintően új szabályokat alkosson. A jogalkotó előtt két út állt: a korlátozott cselekvőképesség fennállásának Ptk.-ban meghatározott okai és/vagy a különböző gyógykezelési módok figyelembevétele egyaránt szempont lehetett, de dönthetett úgy is, hogy a gyógykezelésre vonatkozó döntési képességet tekintve az Eütv.-ben önálló fogalmi és garancia-rendszert dolgoz ki (ABH 2000, 241, 261.). Ezek után több mint zavaró, hogy az Eütv. 16. § (5) bekezdése szerint az egészségügyi ellátással kapcsolatos döntésekben a cselekvőképtelen, illetve a korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg véleményét a szakmailag lehetséges mértékig figyelembe kell venni abban az esetben is, ha a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát a (2) bekezdés szerinti személy gyakorolja, hiszen a (2) bekezdés kizárólag cselekvőképtelen személyek esetén alkalmazandó.

4. AZ ELŐZETES JOGNYILATKOZAT ÉS A „LIVING WILL” AVAGY „PATIENTENVERFÜGUNG”

Az Európa Tanács Miniszterek Bizottsága 2009. évi 11. számú ajánlása értelmében az előzetes jognyilatkozat célja a cselekvőképes felnőttek önrendelkezésének biztosítása előzetesen, arra az esetre, ha cselekvőképességüket elvesztik. Az ajánlás 1. alapelve szerint e megoldásnak az önrendelkezés és szubszidiaritás elvével összhangban elsőbbséget kell biztosítani az egyén védelmének más eszközeivel szemben.¹⁵

¹⁵ OSZTOVITS András (szerk.): *A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény és a kapcsolódó jogszabályok nagykommentárja, I. kötet* (Budapest: Opten 2014) 241.

A Ptk. (rég) szabályozásához képest új jogintézményként jelenik meg a Ptk.-ban az előzetes jognyilatkozat, mely rendelkezést tesz lehetővé a cselekvőképesség jövőbeli korlátozása esetére. A rendelkezés kiterjedhet mind a jövőbeli cselekvőképességet részlegesen, mind a jövőbeli cselekvőképességet teljesen korlátozó gondnokság alá helyezés esetére. Előzetes jognyilatkozatot kizárólag nagykorú, cselekvőképes személy tehet, megnevezheti azt az egy vagy több személyt, akit gondnokként rendelni javasol, kizárhat egy vagy több személyt a gondnokok köréből, és meghatározhatja, hogy egyes személyes és vagyoni ügyeiben a gondnok milyen módon járjon el [Ptk. 2:39. § (1)-(2) bek.].

Az előzetes jognyilatkozat hatályossá válása a Ptk. 2:40. §-a alapján a gondnokság alá helyezéshez kötődik, ezért a gondnokoltak nyilvántartását, valamint az előzetes jognyilatkozatok nyilvántartását összehangoltan, egy törvényben kellett szabályozni, erre a *gondnokoltak és az előzetes jognyilatkozatok nyilvántartásáról szóló 2013. évi CLXXV. tv.*-ben került sor. Az országos nyilvántartás működtetésére, az adatok kezelésére az Országos Bírósi Hivatal elnöke jogosult, mivel korábban is ő működtette a gondnokoltak nyilvántartását. Az adatkezelési feladatok megoszlanak a Hivatal elnöke és a járásbírók között, mert a járásbírók vezetnek be a nyilvántartásokba a törvény által előírt adatokat, de az adatszolgáltatást a nyilvántartásokból központilag, a Hivatal elnöke végzi. Az előzetes jognyilatkozatok nyilvántartásba vétele nem érvényességi kellék [Ptk. 2:39. § (3) bek.], az előzetes jognyilatkozat hatálybalépése azonban már bírósági döntéstől függ, így módon az is az ítélet jogerőre emelkedéséhez kötött.¹⁶

Az Eütv. is tartalmaz az előzetes jognyilatkozathoz hasonló jogintézményt. Az „élő végrendelet” (*living will*) kifejezést először a jogirodalomban Luis Kutner használta 1969-ben. Az elnevezés több okból is megtévesztő. A végrendelet halál esetére tett vagyoni rendelkezés, a „living will” esetében viszont a nyilatkozó nem a halála utáni időpontra, hanem a cselekvőképességének elvesztését követő időpontra vonatkozóan rendelkezik. A rendelkezés rendszerint, de nem feltétlenül a halált rövidebb idővel megelőzően történik, erre utalhat az „élő” jelző. A német nyelvű irodalom a „betegrendelkezés” (*Patientenverfügung*) kifejezést használja, amit lefordítani nem szerencsés, mert a beteg szó bár főnév, összetett szóban jelzőként hatna.¹⁷ A Ptk. hatálybalépését követően az előzetes jognyilatkozat megjelölés sem lenne helyes, leginkább az „előzetes rendelkezés cselekvőképesség esetére” fordulat feleltethető meg a valódi tartalomnak. Szemben a Ptk.-ban szabályozott előzetes jognyilatkozattal, az Eütv. kizárólag a cselekvőképesség teljes korlátozása, valamint cselekvőképtelen állapot esetére enged rendelkezni. Az Eütv. 22. §-a a Ptk.-hoz képest ma *lex specialis*, vagyis ha nem lenne az Eütv. rendelkezése, az AB szerint valószínűleg a Ptk. 2:39. §-ban foglalt előzetes nyilatkozat töltené be az élő végrendelet szerepét [24/2014. (VII. 22.) AB határozat, Indokolás [165.]].

Az Eütv. 22. §-a a cselekvőképes személynek biztosítja a jogot, hogy későbbi esetleges cselekvőképtelensége esetére közokiratban visszautasítson meghatáro-

¹⁶ OSZTOVITS (15. lj.) 244.

¹⁷ DÓSA ÁGNES: „Életvégi döntések – a betegek önrendelkezési joga”, *ugyvedvilag.hu/rovatok/szakma/elozetesen-is-visszautasithato-az-életmento-kezeles*.

zott egészségügyi ellátásokat. Az Eütv. azt is lehetővé teszi, hogy a nyilatkozatot tévő cselekvőképes személy cselekvőképtelensége esetére közokiratban megnevezze azt a cselekvőképes személyt, aki ebben az esetben hasonló tartalmú nyilatkozatot tehet („helyettes döntéshozó”/„*health care proxy*”).¹⁸ Az Eütv. szerint a beteg két módon utasíthatja vissza az életfenntartó, illetve életmentő beavatkozást: az Eütv. 22. § alapján tett ún. élő végrendeletben, vagy az Eütv. 20. § (3)–(8) bekezdése szerinti eljárásban. Az AB szerint a kettő közötti szembeötlő különbség, hogy az elsőt a beteg a bizonytalan jövőre nézve egészségesen, de legalábbis nem a törvényben leírt súlyos beteg állapotban, míg a 20. § szerinti nyilatkozatot már betegsége idején, saját aktuális állapota ismeretében, eleve életveszélyben, és a törvény követelménye szerint gyógyíthatatlan betegségben szenvedő emberként teszi {24/2014. (VII. 22.) AB határozat, Indokolás [59; 95.]}. Abban is eltér a két eset, hogy előzetesen egyes életfenntartó, életmentő beavatkozások visszautasítására akkor is sor kerülhet, ha a beteg gyógyíthatatlan betegségben szenved és betegsége következtében önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmai megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthetők. Nem egyértelmű, hogy miért nem ugyanazon ellátások visszautasítására kerülhet sor előzetesen, miért tágabb ez esetben a kör. Szintén lényeges különbség, bár korántsem szembeötlő, hogy élő végrendeletet az Eütv. 22. § (1) bekezdése alapján kizárólag cselekvőképes beteg tehet, az Eütv. 20. §-a szerinti nyilatkozatot viszont cselekvőképes és olyan beteg is tehet, aki cselekvőképességében nem az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlásában részlegesen korlátozott.

A „living will” – szemben az előzetes jognyilatkozattal – nincs nyilvántartva, pedig publicitásán sokat javítana, ha létezne központi nyilvántartás például a transzplantációs adatbázis mintájára.¹⁹ A német gyakorlat is követendő lehet, bár ott a szövetségi kamara még a vonatkozó jogszabály megszületése előtt, 2003-ban létrehozta a *Zentrales Vorsorgeregister*t, amelyben „*Patientenverfügung*” is helyet kapott.²⁰

5. ALKALMAZHATÓK-E AZ ELLÁTÁS VISSZAUTASÍTÁSÁRA A PTK. KATEGÓRIÁI?

A jogalkotó nem élt az önálló fogalmi rendszer kidolgozásának lehetőségével. Filó Mihály az európai jogalkotási tendenciákat megvizsgálva leszögezi, hogy az egészségügyi joganyag változtatására, az egészségügyi akaratnyilatkozatok, különösen az életmentő vagy életfenntartó ellátást visszautasító nyilatkozatok jogszabályi hátterének megteremtésére az érintett országokban a polgári jogi kódex reformjával, a gondnokságra és a meghatalmazásra vonatkozó szabályok revíziójával,

¹⁸ Tóth J. Zoltán: „A passzív eutanázia mint »az ellátás visszautasításához való jog« dilemmái – alkotmányelméleti megközelítésben” *Jogelméleti Szemle* 2015/4. 208.

¹⁹ LÁNYINÉ TOLDI (12. lj.) 325.

²⁰ CSIZINÉ SCHLOSSER Annamária: „Egészségügyi önrendelkezési joggal kapcsolatos nyilatkozatok közjegyzői nyilvántartása Németországban” *Közjegyzők Közlönye* 2008/2. 17.

korszerűsítésével párhuzamosan került sor.²¹ A Polgári Törvénykönyv reformjával egyidejűleg tehát érdemes lett volna ismételten megfontolni az újraszabályozást. Az újraszabályozás kapcsán arról is el kellett volna gondolkodnunk, vajon alkalmazhatók-e egyáltalán a cselekvőképességgel összefüggő kategóriák az egészségügyi ellátással kapcsolatos önrendelkezési jogokra, különösen az ellátás visszautasításának jogára.

A cselekvőképesség, az ügyek viteléhez szükséges belátási képesség meghatározását eredendően és elsősorban a vagyoni jogi nyilatkozatok érvényességi feltételeként alkották meg. Amikor ezt a fogalomrendszert más jogágak veszik át, az csak az adott terület sajátosságainak feltétlen figyelembevételével történhet (ABH 2000, 241, 261.). Az egészségügyi ellátórendszer átalakulásával, az orvosi ellátás fejlődésével azonban jelentőssé váltak a gyógykezelésbe, vagy a pszichiátriai intézeti elhelyezésbe való beleegyezésre vonatkozó jognyilatkozatok is. Ezekre azonban nem használható teljes értékűen a korábban kidolgozott cselekvőképesség fogalma, tehát a már meglévő kategóriák árnyalása, rugalmasabbá tétele lenne szükséges.²²

A kórházban kezelt beteg tényleges döntéshozatali képességének a feltételeit Új-Skóciában a *Re McElroy*-ügy [Re McElroy (1978) 93. D.L.R. (3d) 522] kapcsán törvényben rögzítették. A kezeléshez való hozzájárulásra vagy megtagadásra irányuló tényleges döntési képesség mérése során három kritériumot tekintett meghatározónak a bíróság: a beteg képes-e megérteni azt az állapotát, amelyre a kezelés irányul, képes-e megérteni a kezelés mibenlétét és célját, valamint képes-e megérteni a hozzájárulással vagy megtagadással járó kockázatot. A képességmérés alapvető eleme tehát a megértés képessége az állapotra, a kezelés milyenségére és a kockázatokra nézve.²³

A téma szempontjából különösen figyelemre méltó Harmathy Attila alkotmánybírónak a 36/2000. (X. 27.) AB határozathoz, ABH 2000, 241, 281. fűzött különvéleménye. Álláspontja szerint a határozatban ki kellett volna mondani: az Országgyűlés mulasztásban megnyilvánuló alkotmányellenességet idézett elő azzal, hogy nem határozta meg a teljesen cselekvőképésnek nem minősülő személyek egészségügyi vizsgálata, kezelése és a rajtuk végrehajtandó beavatkozás esetén az önrendelkezési jogra, valamint a jog gyakorlásának akadálya esetén e személyek érdekeinek védelmére vonatkozó garanciális szabályokat. Az egészségügyi vizsgálatok, kezeléseket, beavatkozások különböző jelleggel, mértékben és következményekkel hatnak az érintett személyre. Ezek elvégzéséhez az önrendelkezési jog alapján való hozzájárulásról történő döntési képesség azt feltételezi, hogy az érintett személy a kapott tájékoztatás alapján orvosi szakértelem nélkül is fel tud-

²¹ Filó Mihály: *Az eutanázia a büntetőjogi gondolkodásban* (Budapest: ELTE Eötvös 2009) 216, 319. Álláspontja szerint az európai jogfejlődés alapján az is belátható, hogy Magyarországon is szükséges lenne létrehozni egy olyan nyilvántartást, amely naprakészen tartalmazná a betegek egészségügyi akaratnyilatkozatait, különös tekintettel az életfenntartó és életmentő beavatkozások visszautasítására.

²² Szántó Krisztina: „Gondolatok az új Ptk. elfogadásáról – A támogatott döntéshozatal bevezetése a magyar jogrendszerbe” *Diskurzus* 2014/1. 63.

²³ JAKAB Nóra: „A cselekvőképesség elméleti hátteréről” *Miskolci Jogi Szemle* 2010/1. 99.

ja mérni, mivel jár a hozzájárulás és mi a következménye a hozzájárulás megtagadásának. Az Eütv. által meghatározott ellátás visszautasításának joga esetén nem a vagyoni vonatkozású szerződéseknél megkövetelt, az ügyek viteléhez szükséges belátási képességre van szükség, az egészséget, testi épséget, életet befolyásoló események megértése mást feltételez.

A különvélemény utal a II. világháború előtti magyar magánjogra (ABH 2000, 241, 282–283.), amely már érzékelte, hogy a jogügyletekhez kapcsolódó cselekvőképesség, korlátozott cselekvőképesség és cselekvőképtelenség kategóriáit csak korlátok között lehet használni. Esetről esetre, az adott célhoz képest találta meghatározhatónak, mennyiben lehet alkalmazni a cselekvőképesség szabályait a „nemjogügyleti” megengedett cselekményekre. Az orvosi műtétekhez való hozzájárulás megítélése ekkor még nem az önrendelkezési jog alkotmányos alapjára támaszkodott, hanem azt tartotta jelentősnek, megszünteti-e orvosi műtétnél a beteg hozzájárulása a kártérítési alapul szolgáló jogellenességet.²⁴ Az a szabályozás, amely a korlátozottan cselekvőképes személy véleményének a szakmailag lehetséges figyelembevételét írja elő, általában azonban más személy döntésére bizza, hogy milyen egészségügyi vizsgálatot, kezelést, beavatkozást hajtanak végre a korlátozottan cselekvőképes személyen, elsődlegesen nem az önrendelkezési jog érvényesülésének biztosítását szolgálja, éppen ellenkezőleg, az esetek egy részében az önrendelkezési jog gyakorlását akadályozhatja. Az államnak alkotmányos kötelessége, hogy a gyermekek és általában a fiatalkorúak alapvető jogainak, így az élethez és az emberi méltósághoz való joguknak a védelmére garanciális jellegű szabályokat alakítson ki. Példaként szolgálhat a német polgári törvénykönyv kilencvenes években történt módosítása során beiktatott új szabálya, amely az egészségügyi vizsgálathoz, kezeléshez, beavatkozáshoz a nem teljesen cselekvőképes személy helyett megadott hozzájáruláson túl, meghatározott esetkörben, speciális bírósági engedélyt is megkövetel (BGB 1904. §), (ABH 2000, 241, 283–284.). Az Eütv.-nek a nem teljesen cselekvőképes személy esetében az egészségügyi vizsgálathoz, kezeléshez, beavatkozáshoz való hozzájárulásról szóló szabályai ilyen garanciális megoldást továbbra sem tartalmaznak.

Mivel a cselekvőképtelenség gondnokság alá helyezés nélkül is fennállhat, a beteg cselekvőképességét a legtöbb esetben az orvosnak kell elsőként megítélnie. Ha a nagykorú beteget a bíróság nem helyezte cselekvőképességét részlegesen vagy teljesen korlátozó gondnokság hatálya alá, akkor az első döntést az orvosnak kell meghoznia: elfogadja-e betege sokszor furcsa döntését, mint egy cselekvőképes ember döntését, vagy a saját véleménye szerint ésszerűtlen döntést tekintse-e a megfelelő belátási képesség hiánya bizonyítékának.²⁵ A cselekvőképtelen helyzet megítélése az orvosok számára igen bonyolult feladat. A helyzetet nehezíti, hogy ha valaki olyan állapotba kerül, amikor ügyeinek viteléhez szükséges belátási képessége teljesen hiányzik, az viszonylag könnyen észlelhető, de hogy ez az állapot eredményezett-e cselekvőképtelenséget, azt kizárólag bíróság állapíthatja

²⁴ SZLADITS Károly (szerk.): *Magyar Magánjog I.* (Budapest: Grill 1941) 534, 552.

²⁵ KOVÁCS József: „A cselekvőképesség megállapításának bioetikai elvei” *Fundamentum* 2000/2. 93.

meg.²⁶ Nem lenne ördögtől való az a megoldás, ha az ellátás visszautasítása esetén a Ptk. vagyoni természetű jognyilatkozatokra modellezett szabályozása helyett cselekvőképésnek azt tekintenénk, aki a neki adott tájékoztatást megértve képes felmérni döntései lehetséges következményeit. Ez azzal a következménnyel járna, hogy bizonyos eltérések lehetnének a *de jure* cselekvőképesség és a *de facto* cselekvőképesség között. Az eltérés oka az, hogy a jog a cselekvőképés személy fogalmát definiálja, az orvosi beavatkozásokba való beleegyezéskor viszont a cselekvőképés döntés fogalma lenne a lényeges. Vagyis valaki lehetne jogilag cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében korlátozott, ami azt jelenti, hogy az illető általában, az esetek többségében nem rendelkezik az autonóm döntéshez szükséges belátási képességgel, ugyanakkor ténylegesen, az adott helyzetben képes lehet arra, hogy a lényeges összefüggéseket megértve autonóm, cselekvőképés döntést hozzon.²⁷

Ha maradunk azon az állásponton, hogy nincs szükség önálló fogalomrendszerre, mert az esetleges jogbizonytalansághoz vezet, akkor is módosításokra van szükség, a fent említett esetekben az Eütv. szabályozását következetessé kellene tenni.

²⁶ PARTI Tamás: „Önrendelkezésünk táguló körében” *Közjegyzők Közlönye* 1998/11. 12.

²⁷ KOVÁCS (25. l.) 94.

ÉLŐ GÁBOR*

AZ ÚJRAÉLESZTÉS ÚJRAÉRTELMEZÉSE – AUTONÓMIA ÉS BETEGBIZTONSÁG

Az újraélesztés a klinikai halál kezelésének általánosan elfogadott eljárása: a beteg előzetes autonóm döntésének hiányában, a hasztalan beavatkozás eseteit kivéve, azonnal végre kell hajtani. Az újraélesztés minősége egyéni szinten jobb eredményességet és életminőséget, társadalmi szinten pedig több megmentett jó minőségű életet és a javak ésszerűbb felhasználását jelenti. Az újraélesztők motiváltsága, valamint a rendszeres, bioetikai elemeket is tartalmazó képzés és gyakorlat bizonyítottan javítják az újraélesztés minőségi feltételeit. A végül eredménytelennek bizonyuló újraélesztések végzésének kényszere azonban fokozhatja az újraélesztők kiégettségét, lerontva ezzel a későbbi újraélesztések szakmai minőségét is. Az újraélesztés visszautasítása a beteg autonóm döntésén nyugszik, melyet szekularizált államok, így hazánk, jogrendszerei és a vonatkozó szakmai ajánlások egyaránt támogatnak. A magas időfaktor, a beavatkozás elmaradása esetén bizonyosan bekövetkező halál és a klinikai halál állapotában lévő személy cselekvőképtelensége okán azonban a gyakorlatban vélelmezni kell a beleegyezést, ezért elsősorban nem az újraélesztés alkalmazásához, hanem annak visszautasításához szükséges a beteg rendelkezése. A beteg informáltsága, megfelelő fizikális és mentális állapota, valamint az orvosi értékítéletek befolyásától mentes döntési helyzet az autonóm döntés konjunktív feltételei. Az újraélesztést elutasító rendelkezés (Do Not Attempt Resuscitation, a továbbiakban: DNAR) konkrét alkalmazhatóságához további feltétel, hogy az a konkrét esetben azonnal rendelkezésre álljon, és alkalmazható is legyen. A betegek önrendelkezésének figyelembevétele még mindig elenyésző a hazai gyakorlatban. Ennek oka egyrészt a lassan változó meghatározóan paternalista orvosi attitűd, de nem segíti a betegek önrendelkezését a jogbizonytalanságot eredményező szabályozás sem (életmentő kezelés visszautasításának szabályai, speciális DNAR-rendelet lehetőségének hiánya, előzetes rendelkezés szabályai és alkalmazható nyilvántartási szabályok hiánya). A vonatkozó szakmai-, etikai- és jogszabályok rendre helyet biztosítanak az orvosi mérlegelésen alapuló egyoldalú hasztalansági döntésnek. Míg tehát hazánkban az újraélesztési tevékenység szakmai minősége elsősorban a képzési feltételek okán megfelelő, annak jogszerű visszautasítása elenyésző, így mind a mai napig érvényesül a korlátozás meghatározóan hasztalanságon alapuló, a beteg önrendelkezését figyelmen kívül hagyó paternalista gyakorlata, melyhez mulasztásos jogsértéssel a jogalkotó is tevékenyen hozzájárul. Ugyanakkor az európai szakmai testület (European Resuscitation Council, a továbbiakban: ERC) tagállami jogharmonizáció, egységes nevezéktan és újraélesztési gyakorlat irányába mutató törekvései a jövőben némi derülletésre adhatnak okot.

* PhD, egyetemi docens, klinikaigazgató-helyettes, Semmelweis Egyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika, 1085 Budapest, Üllői út 26.
E-mail: elo.gabor@med.semmelweis-univ.hu.

Peter Safar és orvoskollégái az 1950-es évek második felében új orvosi beavatkozást dolgoztak ki, mely lehetőséget biztosított a klinikai halál állapotában lévő személy keringésének visszaállítására, végső soron életének megmentésére, gyökeresen megváltoztatva ezzel az életről és halálról addig fennállt orvosszakmai és társadalmi elképzeléseket.¹ A manuális beavatkozást (mellkasi kompressziók és lélegeztetés) elektromos kezeléssel (defibrilláció) kiegészítve William Kouwenhoven a JAMA (*Journal of the American Medical Association*) hasábjain ismertette a műtét közben beálló szívhálál sikeres újraélesztését azóta is reprodukálhatatlan eredményességgel.² Az agy rövid ideig tartó oxigénhiány-tűrő képessége okán a korai észlelés és a defibrillálással kiegészített korai újraélesztés mind a mai napig az eljárás sikerességének kulcsfontosságú elemei maradtak. Az évtized végére az újraélesztés a klinikai halál kezelésének általánosan elfogadott eljárásává vált, és mind a mai napig kötelező eleme az orvosi ellátásnak: a beteg előzetes autonóm döntésének hiányában, a hasztalan beavatkozás eseteit kivéve, azonnal végre kell hajtani a beavatkozást a klinikai halál beálltakor a vonatkozó európai szakmai ajánlás szerint.³ A korai észlelés és a defibrillálással kiegészített korai újraélesztés biztosítása azonban műtön kívüli környezetben jelentősen nehezebb feladat, így a sikeres újraélesztések aránya drasztikusan csökkent. A primeren sikeres (spontán keringés visszatérése – *Recovery of Spontaneous Circulation* – ROSC), de rövid időn belül elhunyt, illetve maradandó neurológiai károsodásokkal gyógyult betegek az újraélesztések korlátozására is sarkallták az orvosokat, a lázlapokat különféle „kódokkal” látták el, vagy műszakról műszakra szóban adták át egymásnak az információt. A döntéshozatal nyilvánosságot kizáró, paternalista formája mellőzte a beteg tájékozott beleegyezését. Az újraélesztési dokumentáció fejlődésének hatására az *American Medical Association* 1974-ben elsőként javasolta az újraélesztést elutasító rendelkezések formális rögzítését. Ennek eredményeként a DNAR-rendeletek szélesebb nyilvánosságot kaptak, és megkezdődött a beteg, illetve családjának bevonása a döntéshozatalba. 1978-ban a Massachusetts Felsőbb Bíróság megállapította, hogy az orvos hozhat konszenzusos DNAR-döntést, és ezt előzőleg a bíróságnak nem kell jóváhagynia. Tíz évvel később New York Államban megszületett az első DNAR-rendeleteket szabályozó törvény, mely előírta a kompetens beteg, illetve inkompetens beteg hozzátartozójának tájékozott beleegyezését, a rendelkezést meghatározott alacsony hasznosságú klinikai esetekben engedte csak meghozni, és az orvosoknak büntetlenséget biztosított.⁴

Az újraélesztés minőségét alapvetően orvosszakmai szempontok határozzák

¹ Peter SAFAR – Lourdes Aguto ESCARRAGA – James ELAM: „A Comparison of the Mouth to Mouth and Mouth to Airway Methods of Artificial Respiration with Chest Pressure Arm Lift Methods” *New Eng J Med* 1958/14. 6710–6717.

² William B. KOUWENHOVEN – J. R. JUDE – G. G. KNICKERBOCKER: „Closed-chest Cardiac Massage” *JAMA* 1960/173. 1064–1067.

³ Leo L. BOSSAERT [et al.]: „European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 11. The Ethics of Resuscitation and End-of-Life Decisions” *Resuscitation* 2015/95. 302–311.

⁴ Jeffrey P. BURNS [et al.]: „Do-not-Resuscitate Order after 25 Years” *Crit. Care Med* 2003/5. 1543–1550.

meg, melyek egyéni és társadalmi szinten egyaránt fontos következményekkel járnak – elsősorban az eljárás képzésén keresztül. Társadalmi szinten a hasztalan újraélesztés igazságossági kérdéseket is felvet, miután feleslegesen vonhat el erőforrásokat. Fenti okok miatt az újraélesztés minősége mind egyéni, mind pedig társadalmi szinten alapvető hatással van a betegbiztonságra. Az újraélesztés visszautasítását tehát az autonómia, a hozzá való jogosultságot pedig egyéni szinten a hasznosság, társadalmi szinten az igazságosság bioetikai szempontjai határozzák meg, mely szempontokat összefoglalóan a betegbiztonság cím alatt tárgyalunk.

1. AZ ÚJRAÉLESZTÉS VISSZAUTASÍTÁSA

Az emberi jogok között az élethez és az emberi méltósághoz való jog kiemelt szerephez jut. A nemzetközi alapjogi bíráskodásban uralkodó dualista felfogás szerint az élethez való jog az ember biológiai-fizikai létezését biztosítja, gyakran kapcsolódik hozzá a testi épséghez és egészséghez való jog. Ezek a „testi jogok” a legtöbb alkotmányban nem élveznek abszolút védelmet, vagyis korlátozhatóak. A dualista nézőpont szerint ezektől elválik az emberi nem különlegességét kifejező emberi méltóság joga, amely sérthetetlen.⁵ A modern bioetika és a szekularizált államok betegjogi szabályozása általában a kompetens személy önrendelkezésének alapján áll. Az Emberi Jogok Európai Egyezménye szerint az önrendelkezés rendes körülmények között megelőzi az állam általános életvédelmi kötelezettségét.⁶ Hazánkban az Alkotmánybíróság a halálbüntetés alkotmányellenességéről szóló határozatában értelmezte az élethez és emberi méltósághoz való jog tartalmát (23/1990. (X. 31.) AB határozat, ABH 1990, 88.). Az Alkotmány 54. § (1) bekezdése szerint senkit sem lehet életétől és emberi méltóságától önkényesen megfosztani. Ez a norma még nem biztosítja az emberi élet abszolút védelmét, hiszen a törvényes keretek között lezajló élettől való megfosztás a dualista értelmezés szerint nem feltétlenül önkényes. Az AB döntését az Alkotmány 8. § (2) bekezdése alapján hozta meg, mely szerint törvény rendelkezése sem korlátozhatja alapvető jog lényeges tartalmát (*Magyarország Alaptörvénye* [2011. április 25.] Szabadság és Felelősség I. cikk (3) bekezdése szintén hasonlóan fogalmaz). Sólyom László különvéleményében részletesen kifejti, hogy az élethez és emberi méltósághoz való jog egymáshoz szorosan kötődő úgynevezett anyajog, melyből számos további alapjog vezethető le. Ez az alapjog monista felfogása, mely egységesen és oszthatatlanul kezeli az élethez és az emberi méltósághoz való jogot. Ezek alapján az emberi méltóság korlátozhatatlan voltából következik az emberi élet feltétlen védelmének követelménye. Hazánkban így az emberi élet feletti idegen rendelkezés tilos, ugyanakkor a jogos védelem és a szükséghelyzet (végszükség) mint büntethetőséget korlátozó vagy kizáró okok felmentést adhatnak a büntetés alól. Mint ahogyan

⁵ TÓTH GÁBOR ATTILA: „A két jog kapcsolata. Az emberi méltósághoz való jog és az élethez való jog” in HALMAI GÁBOR – TÓTH GÁBOR ATTILA: *Emberi jogok* (Budapest: Osiris 2003) 307–313.

⁶ J. KENYON MASON: „Euthanasia” in Graeme LAURIE – Alexander McCall SMITH – J. Kenyon MASON: *Law and Medical Ethics* (London: Butterworths 2002) 61.

a későbbiekben látni fogjuk, ezek az okok az egyébként indokolt újraélesztés elmulasztásánál is rendre szerepet játszhatnak. Ezekhez járult *az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. tv.* (Eütv.) hatálybalépésével a beteg önrendelkezése. A hatályos Eütv. 20. §-ában foglaltak szerint a betegség természetes lefolyását lehetővé téve a beteg joga az életfenntartó vagy életmentő kezelés visszautasítása rövid időn belül, megfelelő orvosi kezelés mellett is halálhoz vezető, súlyos és gyógyíthatatlan betegség esetén. A betegnek megfelelő alaki feltételekkel nyilatkoznia kell a kezelés visszautasítása felől. A diagnózist és a beteg belátási képességét háromtagú orvosi bizottság (kezelőorvos, a beteg gyógykezelésében részt nem vevő szakorvos és pszichiáter szakorvos) ítéli meg. A beteg a visszautasításra irányuló szándékát a vizsgálatot követő harmadik napon két tanú előtt ismételtén kinyilvánítja. Az AB eutanáziával kapcsolatos határozatában a beteg önrendelkezési jogát mint az emberi méltóságból eredő részjogosultságot korlátozhatónak tartotta, ezért az életfenntartó kezelés visszautasításának jogát a gyógyíthatatlanság eseteire engedte szorítani, így hatályában hagyta a rendelkezést (22/2003 (IV.28.) AB határozat, ABH 2003, 235.). Az Eütv. fenti rendelkezése az orvosi bizottság ismételt összehívásának kógens szabálya miatt *de facto* csak gyógyító egészségügyi intézmény falai között alkalmazható. A beteg továbbá a gyógyulás szándékával vagy annak vélelmével kerül az intézménybe, mely tény eleve kizárja a betegség természetes lefolyását. Gondoljunk csak például a magasvérnyomás-betegség vagy a cukorbetegség gyógyszeres kezelésére, mely már befolyásolja a betegségek természetes lefolyását, és akkor még figyelmen kívül hagytuk a kórház falain belül végzett beavatkozásokat, vagy a beteg intenzív osztályos kezelését (például lélegeztetést), melyek eleve a betegség természetes lefolyása ellen hatnak. A jogbizonytalansághoz vezető szabályok a gyakorlatban alkalmazhatatlanná teszik a rendelkezést. Ugyanakkor az Eütv. fenti rendelkezése lényegében a hasztalanság későbbiekben részletesen tárgyalásra kerülő meghatározását írja körül, így azonban az eljárást megkerülve lehetőség adódik a kezelés egyoldalú hasztalansági alapú korlátozására is, mint azt a későbbiekben részletesen láthatjuk majd.

Az újraélesztés visszautasítása az életvégi döntések speciális formája. Bár általánosságban a kompetens beteg joga, hogy visszautasítsa az újraélesztést, a magas időfaktor, a beavatkozás elmaradása esetén bizonyosan bekövetkező halál és a klinikai halál állapotában lévő személy cselekvőképtelensége okán a gyakorlatban vélelmezni kell a beleegyezést, ezért elsősorban nem az újraélesztés alkalmazásához, hanem annak visszautasításához szükséges a beteg rendelkezése.⁷ Az újraélesztés európai szakmai testülete (ERC) vonatkozó szakmai ajánlása szerint ennek megfelelően kétség esetén haladéktalanul meg kell kezdeni az újraélesztést.⁸ Hazánk vonatkozó jogszabályhelye, az Eütv. 23. § (1) bekezdése kétség esetén szintén az életfenntartó, illetve életmentő beavatkozás elvégzéséhez történő beleegyezés vélelmét rendeli alkalmazni. Mint a fentiekben részletesen tárgyaltuk,

⁷ David. B. WAISEL – Robert D. TRUOG: „The Cardiopulmonary Resuscitation-not-Indicated Order: Futility Revisited” *Ann. Intern. Med.* 1995/4. 304–308.

⁸ Lásd BOSSAERT (3. l.) 302–311.

az önrendelkezést gyógyító intézményben biztosító Eütv. 20. § (3) bekezdésének rendelkezései a betegség természetes lefolyásának jogbizonytalanságot eredményező feltétele okán *de facto* nem alkalmazhatók, így az újraélesztés beteg általi visszautasítását sem teszik lehetővé a gyakorlatban. Életmentő kezelés jogszerű előzetes visszautasítására és/vagy helyettes döntéshozó jelölésére (előzetes rendelkezés) hazánkban az Eütv. 22. §-ában foglaltak szerint közokiratban is lenne lehetőség akkor, ha a rendelkező cselekvőképese személy gyógyíthatatlan betegségben szenved és betegsége következtében önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmai megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthetők. Nyilatkozatát figyelembe venni azonban csak az Eütv. 21. § (4) bekezdése szerint összehívott orvosi bizottság döntése után lehet. Az újraélesztés dedikált jogszerű visszautasítására nincs további lehetőség hazánkban. Az egészségügyi miniszter feljogosított akkori szakmai tanácsadó szerve, az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium ajánlást adott ki, és részletes szakmai indoklással törvénymódosítási javaslatot nyújtott be a rendelkezés gyakorlatban alkalmazhatóvá tétele érdekében 2008-ban.⁹ Bár *a jogalkotásról szóló 2010. évi CXXX. tv. 22. § (1) bekezdés d)* pontja (mint a korábbi jogszabályhely) továbbra is a miniszter feladatául jelöli a nem alkalmazható jogi szabályozás felülvizsgálatát, ez jelen esetben mind a mai napig nem történt meg. Részben szintén a rendelkezés megváltoztatása érdekében benyújtott beadványra az AB határozatában az előzetes rendelkezés megtétele során a közjegyző a cselekvőképességet kötelezően vizsgálendő szerepére hivatkozva a pszichiátriai szakvizsgálat tekintetében megváltoztatta a jogszabályhelyet, a többi rendelkezést azonban hatályában hagyta (24/2014. (VII. 22.) AB határozat). Az Eütv. 22. § (4) bekezdés rendelkezésének megfelelően így továbbra is kötelező az Eütv. 20. § (4) bekezdés szerinti orvosi bizottság létrehozása az előzetes rendelkezés érvényességének vizsgálatára a rendelkezés alkalmazása előtt. Az AB indoklását idézve:

„(160) A nyilatkozat tényleges alkalmazására ugyanis csak akkor kerülhet sor, ha a nyilatkozattévő személy a későbbiekben cselekvőképtelenné válik, s önrendelési jogát gyakorolni nem lesz képes (ami lehet, hogy egyáltalán nem is következik be, azaz a nyilatkozat soha nem kerül alkalmazásra). A szabályozás erre az esetre is biztosítja a nyilatkozattévő érdekeinek védelmét, amikor a fentiekén túl az Eütv. 22. § (4) bekezdése értelmében a cselekvőképese személy beavatkozást visszautasító nyilatkozata esetén a háromtagú orvosi bizottság (melynek egyik tagja pszichiáter) nyilatkozik, hogy a 22. § (1) bekezdésben foglalt feltételek fennállnak, továbbá a nyilatkozó személy döntését annak következményei tudatában hozta meg. Ebben az időpontban tehát újból vizsgálatra kerül az a tény, hogy a nyilatkozattévő a fenti nyilatkozatot annak következményei tudatában, azaz cselekvőképesen hozta meg.” (24/2014. (VII. 22.) AB határozat.)

⁹ AIT Szakmai Kollégium: „Az életmentő és életfenntartó kezelésekkal kapcsolatos etikai ajánlás” BOBEK Ilona [et al.]: *Aneszteziológia és Intenzív Terápia* 2006/2. (Supplementum) 46–54; FLÓ Mihály: *Az eutanázia a büntetőjogi gondolkodásban* (Budapest: ELTE Eötvös 2009) 207–208.

Az AB tehát éppen azzal az indoklással szüntette meg az előzetes rendelkezés kiadásakor addig kötelező pszichiátriai vizsgálatot, hogy a bizottság ismételt felülvizsgálati eljárásában a beteg pillanatnyi beszámíthatóságát amúgy is megítéli. Miután azonban a fenti bizottság nyilvánvalóan nem hívható össze az újraélesztés sürgősségi helyzetében, az előzetes rendelkezés jogintézménye *de facto* nem alkalmas az újraélesztés visszautasítására. Ezért az Eütv. 23. § (1) bekezdése értelmében az életmentő beavatkozás elvégzéséhez történő beleegyezését vélelmezni kell. Így a jelenlegi törvényi szabályozás által előírt előzetes rendelkezés keretében újraélesztést visszautasító nyilatkozat joghatályosan semmiféle módon nem tehető hazánkban. A nyilatkozatok továbbá kizárólag akkor alkalmazhatók, amennyiben azok azonnal elérhetők és hitelesek. A vonatkozó európai szakmai (ERC) ajánlás a DNAR-nyilatkozatok tekintetében az alábbi konjunktív feltételeket írja elő: jelenlévő, valós és alkalmazható.¹⁰ Hazánkban *az egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályait megállapító 117/1998. (VI. 16.) Korm. rendelet* 8. § (1) bekezdése szerint a beteg az előzetes rendelkezését tartalmazó közokiratot átadhatja háziorvosának, aki azt a beteg egészségügyi dokumentációjában megőrzi. Ugyanezen szakasz (2) bekezdése szerint a Nyilatkozatról a beteg tájékoztatja az egészségügyi szolgáltatót, illetve átadja részére a Nyilatkozat egy példányát. A 9. § (1) bekezdése szerint ismételten javasolni kell a beteg számára az életfenntartó beavatkozás elvégzéséhez történő beleegyezést. Hazánk vonatkozó jogszabályai szerint készült előzetes rendelkezés eljárási és nyilvántartási szabályai nem elégítik ki a DNAR-nyilatkozatokhoz rendelt követelményeket (jelenlévő, valós, alkalmazható), így *de facto* és *de jure* sem adódik lehetőség a betegek autonóm döntésének jogszerű meghozatalára az újraélesztés visszautasításával kapcsolatban.

A gyakorlatban a betegek újraélesztést visszautasító rendelkezése jelentős mértékben az orvostól származó információkon alapul. Az orvos tájékoztatási kötelezettségét általában kogens jogszabályi rendelkezés írja elő, és a beteget akkor is megilleti a tájékoztatás joga, ha beleegyezése egyébként nem feltétele a gyógykezelés megkezdésének (hazánkban: Eütv.14. § (3)). Számos klinikai vizsgálat támasztja azonban alá, hogy a tájékoztatás során alapvető jelleggel jelenhetnek meg az orvos és a szakmai társadalom értékítéletét tükröző szempontok is, és ezek jelentősen eltérhetnek a betegek preferenciáitól. Az orvosok továbbá önállóan gyakran helytelenül ítélik meg betegek újraélesztéssel kapcsolatos álláspontját. Ezek hátterében a nem megfelelő orvos-beteg kommunikáció, az orvosok betegektől eltérő értékrendje és a betegek valóságot kevésbé tükröző elvárásai szerepelhetnek.¹¹ A betegek újraélesztéssel kapcsolatos preferenciái másrészt gyakran irreális

¹⁰ Lásd BOSSAERT (3. lj.) 302–311.

¹¹ Lásd BURNS (4. lj.) 1543–1550; Melissa FORSYTH [et al.]: „Cardiopulmonary Resuscitation: Who Makes the Decision?” *BMJ* 1994/308. 1677; Soren HOLM – E. O. JØRGENSEN: „Ethical Issues in Cardiopulmonary Resuscitation” *Resuscitation* 2001/2. 135–139; Rosemarie B. HAKIM [et al.]: „Factors Associated with Do-Not-Resuscitate Orders: Patients, Preferences, Prognoses and Physicians’ Judgement (SUPPORT Study)” *Ann. Intern. Med.* 1996/4. 284–293.

információkon alapulhatnak, és elvárásaik jelentősen meghaladhatják az újraélesztés valós eredményességét.¹² Rendkívül fontos ezért az alapos és folyamatos kommunikáció a beteg és orvosa között, hogy a beteg DNAR-nyilatkozata tévedés okán ne váljék érvénytelenné. Az orvosok etikai tárgyú továbbképzése több klinikai vizsgálat szerint is szignifikánsan javítja továbbá a DNAR-rendelkezések validitását, (a beteg preferenciái megfelelőbben tükröződtek a rendelkezésekben) és ezzel összefüggésben az ellátás minőségét.¹³

A DNAR-rendelkezés validitását az is befolyásolhatja, hogy a beteg ítélőképessége betegsége okán korlátozott lehet, hiszen nincsen az autonóm döntés meghozatalához szükséges racionális és érzelmentes helyzetben, döntése pedig befolyásolhatja jövőbeni állapotát.¹⁴ Az autonóm döntés feltételének hiánya különös erővel mutatkozik meg öngyilkosok újraélesztése során. Bár kevesebb egyértelműen kifejtett akaratnyilatkozatot lehet feltételezni, mint az elkövetett öngyilkosság szituációja, mégis éppen a beszűkült tudatállapot és inkompetens döntéshozatal lehetősége okán annak akaratnyilatkozatként történő értelmezése súlyos hiba volna.¹⁵ Az illetékes európai szakmai testület (ERC) vonatkozó szakmai ajánlása ennek megfelelően az öngyilkos újraélesztését írja elő, mert az esetlegesen autonóm döntés feltételeinek vizsgálata nem az újraélesztők sürgősségi feladata.¹⁶ A beteg kompetenciája már gyógyíthatatlan betegsége korai szakaszában is korlátozott lehet, illetve alapvetően attól függ, az orvos mennyire érdeklődik betege újraélesztéssel kapcsolatos preferenciái iránt, és milyen mértékben tájékoztatja őt.¹⁷ Hegedűs Katalin hazai vizsgálatai is megerősítették, hogy a haldokló beteg szinte kirekesztődik saját ellátásból, az életfunkciók fenntartása érdekében kifejtett erőfeszítések pedig sok esetben csak a beteg további szenvedését eredményezik.¹⁸ A DNAR alakilag konkrét akcióterv, beteggel történő megtárgyalása és végrehajtása sokkal egyszerűbb folyamat, mint a komplex életvégi preferenciák tisztázása. A DNAR-rendelkezés alapul szolgálhat az életvégi döntések során a további kezelések visszautasításához is, azonban azokat soha nem helyettesítheti.¹⁹ Különösen fontos a fentiek hangsúlyozása annak tükrében, hogy a jogállamok, így hazánk, polgári jogból származtatott

¹² Susan J. DIEM [et al.]: „Cardiopulmonary Resuscitation on Television: Miracles and Misinformation” *N. Engl. J. Med.* 1996/24. 1578–1582; John BRO-JEPPESEN [et al.]: „Resuscitation of Patients Suffering from Sudden Cardiac Arrests in Nursing Homes is not Futile” *Resuscitation* 2014/3. 369–375.

¹³ Lásd HAKIM (11. lj.) 284–293.

¹⁴ Mark HILBERMAN [et al.]: „Marginally Effective Medical Care: Ethical Analysis of Issues in Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)” *J Med Ethics* 1997/23. 361–367.

¹⁵ Richard D. SONTHEIMER: „Suicide by Advance Directive?” *J Med Ethics* 2008/9.

¹⁶ Lásd BOSSAERT (3. lj.) 302–311.

¹⁷ Lásd HOLM– JØRGENSEN (11. lj.) 135–139; Ana P. COSTA-PEREIRA [et al.]: „Attitudes Towards Do-Not-Resuscitate Decisions: Differences Among Health Professionals in a Portuguese Hospital” *Intensive Care Med* 2001/3. 555–558.

¹⁸ HEGEDŰS Katalin: „Szemléletváltás a haldoklókkal és a halállal való kapcsolatban” in BUDA Béla – KOPF Mária: *Magatartástudományok* (Budapest: Medicina 2001) 691–698.

¹⁹ Lásd HAKIM (11. lj.) 284–293; Elizabeth CAPEZUTI [et al.]: „Advance Care Planning and End-of-Life Care for Hospitalized Nursing Home Residents” *J. Am. Geriatr. Soc.* 2002/5. 829–835.

betegjogi szabályozása vélelmezi a cselekvőképes beteg kompetenciáját, ez mutatkozik meg például a fent idézett 24/2014. (VII. 22.) AB határozat előzetes pszichiátriai vizsgálatot megszüntető rendelkezésének indoklásában is.

Az újraélesztés visszautasítása tehát a beteg autonóm döntésén nyugszik, melyet szekularizált államok jogrendszere és a vonatkozó szakmai ajánlások egyaránt támogatnak. A beteg informáltsága, megfelelő fizikális és mentális állapota, valamint az orvosi értékítéletek befolyásától mentes döntési helyzet az autonóm döntés konjunktív feltételei. A DNAR-rendelet konkrét alkalmazhatóságához további feltétel, hogy az a konkrét esetben azonnal rendelkezésre álljon, és alkalmazható is legyen. A rendelkezés nem helyettesítheti a komplex életvégi döntések autonóm meghozatalát, azonban megkönnyítheti azokat. Hazánkban sajnálatosan mind az orvosi befolyástól mentes döntéshozatal, mind pedig a rendelkezés meghozatalának anyagi- és eljárásjogi nehézségei ellehetetlenítik a betegek autonóm döntésének megjelenését az újraélesztés során.

2. BETEGBIZTONSÁG

Mint a bevezetőben láthattuk, az újraélesztéssel kapcsolatos betegbiztonsági kérdések a hasznosság és az igazságosság bioetikai alapelveinek keretében mind egyéni, mind pedig társadalmi szinten értelmezhetők. Az újraélesztési tevékenység fiziológiai értelemben a klinikai halál állapotában lévő egyén számára sohasem ártalmas, hiszen azzal már nem lehet nagyobb kárt okozni, mint ami eleve is fennáll, ezért a „*nil nocere*”-elv direkt alkalmazásának nincs helye az újraélesztés megkezdésekor. Az elv azonban értelmezendő a beteg autonómiájának és a beavatkozás minőségének kontextusában is. A beavatkozás definíció szerint ártalmas, amennyiben nyilvánvalóan sérti az egyén önrendelkezését, ezt a korábbiakban már részletesen tárgyaltuk. A beavatkozás szakmai minősége alapvetően az újraélesztést nyújtók képzettségén, gyakorlatán és motiváltságán múlik. Ezért is fontos az újraélesztők rendszeres, etikai elemeket is tartalmazó elméleti és gyakorlati képzése. Az egyéni sikerességén túl, különösen a kórházon kívüli újraélesztéseket tekintve meghatározó tényező a lehetséges újraélesztők mind szélesebb körű rendszeres képzése, mely a klinikai vizsgálatok megállapítása szerint akár négyszeresére is növelheti a területen megkezdett újraélesztések eredményességét.²⁰ A képzett és gyakorlott újraélesztő személyek motivációja az újraélesztés hatékonysága szempontjából különös jelentőséggel bír. Több klinikai vizsgálat mutatta ki, hogy a bukásra ítélt újraélesztési erőfeszítések rendszeres tapasztalata frusztrációhoz, motivációhiányhoz, stresszhez és kiégéshez vezet. A következmények pedig nemcsak az egészségügyi személyzetet magát, hanem az általuk nyújtott ellátás minőségét is negatívan befolyásolják.²¹ Jelenleg folyó, majd harminc országot átfogó nemzetközi kutatá-

²⁰ Mary A. M. ROGERS [et al.]: „Predictors of Survival from Out-of-Hospital Cardiac Arrest: a Systematic Review and Meta-analysis” *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010/1. 63–81.

²¹ John J. PARIS – M. Patrick MOORE: „The Resuscitation of »Slow Codes«: Fraud, Lies and Deception” *Am. J. Bioeth* 2011/11. 13–14; Alexander A. KON: „Informed non-dissent: a Better Option Than

sunk (*REAppropriate*-tanulmány) is éppen ezt a szempontot vizsgálja. Az orvosi szakma integritását is rombolja, ha a „*good clinical practice*” hasztalan kezelést illető elvei háttérbe szorulnak. A *Wanglie*-ügy kapcsán a bíróság precedenst teremtett az USA-ban: egyrészt a cselekvőképtelen beteg legjobb érdekét hozzátartozói jogosultak képviselni, másrészt azonban az orvosok nem kötelezhetők a hasztalannak ítélt kezelés folytatására, hiszen ez az orvosi szakma morális megsértését jelentené. Kötelesek viszont a beteggel, illetve törvényes képviselőjével történő ismételt és teljes körű konzultációra. Lehetőséget kell továbbá biztosítaniuk arra, hogy a hozzátartozó olyan osztályra szállíttathassa a beteget, ahol kezelését még nem ítélik hasztalannak. A precedenst az USA több tagállama törvénnyel is megerősítette.²² A hasztalan kezelés alkalmazása sérti az igazságosság társadalmi szempontjait is, mivel a javak eltékozlását jelenti. Murphy és Finucane operacionalizáló elmélete szerint hasztalan a kezelés, ha kicsi az esély a sikerre, ezért a társadalom (szakemberek és laikusok) szerint a beavatkozás nem éri meg a költségeit.²³ Az újraélesztés utáni kezelés tételes költsége kezelt esetenként meghaladta a 2,2 millió forintot hazánkban 2013-ban.²⁴ Másrészt tudnivaló, hogy az újraélesztés utáni állapot kezelése intenzív osztályokon történik, melyek költségszerkezetét fix kiadások dominálják, így a megtakarított költségek csak kisebb részben jelentkeznek valódi megtakarításként.²⁵ A megtakarított anyagi eszközök azonban nem növelik érdemben a betegellátás színvonalát, amennyiben pedig a hasztalanság fenti definíciója szerint történik a DNAR-rendelkezés kiadása, az nagy valószínűséggel találkozunk a beteg autonóm igényével is.²⁶ A helyzetet allokációs problémaként felfogva azt kell vizsgálni, hogy más magasabb életesélyre számító beteg kezelését akadályozza-e meg az újraélesztett páciens intenzív kezelése. Erre a kérdésre pedig még kevésbé adható egyértelmű válasz. Igazságossági kérdés továbbá a megkezdett újraélesztés szervtranszplantáció céljából történő folytatása az agyhalál beállta után. Klinikai vizsgálatok szerint ugyanis a nyerhető szervek nem rosszabb minőségűek, mint a megtartott keringéssel rendelkező donorok szervei. Bár ezt még az ERC-ajánlás is csak megfontolandó szempontként említi, valószínű, hogy ebben a speciális esetben az igazságosság szempontjai szerepet fognak kapni a későbbi ajánlások kidolgozásakor.²⁷ Igazságossági kérdés végül a tömeges katasztrófák során fellépő klini-

Slow Codes When Families Cannot Bear to Say »Let Her Die«” *Am. J. Bioeth* 2011/11. 22–23; Ruth D. PIERS [et al.]: „Perceptions of Appropriateness of Care Among European and Israeli Intensive Care unit Nurses and Physicians” *JAMA* 2011/24. 2694–2703.

²² Marcia ANGELL: „The Case of Helga Wanglie. A New Kind of »Right to Die« Case” *New Engl. J. Med.* 1991/7. 511–512; Clarence H. BRADDOCK [et al.]: „Do-Not-Resuscitate Orders and Medical Futility” *Arch. Intern. Med.* 2003/22. 2689–2694.

²³ David J. MURPHY – Thomas E. FINUCANE: „New Do-Not-Resuscitate Policies. A First Step in Cost Control” *Arch. Intern. Med.* 1993/14. 1541–1648.

²⁴ Endre ZIMA: „Post Resuscitation Care: Preliminary Results of the First Hungarian Survey” Annual Scientific Session of Hungarian Society of Cardiology 2012.

²⁵ M. E. WILCOX – Gordon D. RUBENFELD: „Is Critical Care Ready for an Economic Surrogate Endpoint?” *Critical Care* 2015/19. 248.

²⁶ Ezekiel J. EMANUEL – Linda L. EMANUEL: „The Economics of Dying. The Illusion of Cost Savings at the End of Life” *N. Engl. J. Med.* 1994/8. 540–544.

²⁷ Lásd BOSSAERT (3. l.) 302–311.

kai halál állapota. Itt a kemény sorolás sürgősségi elvei (triázs) alapján kell döntést hozni, mely adott esetben az egyébként indokolt újraélesztés elmaradásához is vezethet. A jogi értelemben szükséghelyzetnek megfelelő állapotban mind a vonatkozó európai ERC szakmai ajánlás, mind pedig az Eütv. 131. § (1) bekezdés *a*) pontja felmentést ad az orvos számára.

Az Orvosok Világszövetsége (*World Medical Association – WMA*) meghatározásában az orvosi kezelés akkor haszталan, ha nincs valós remény a gyógyulásra vagy a felépülésre (kvantitatív haszталanság), vagy a beteg folyamatosan képtelen bármiféle javulás megtapasztalására (kvalitatív haszталanság). Ennek megfelelően az újraélesztést akkor tekinthetjük haszталannak, ha a jó minőségű túlélés esélye minimális.²⁸ A biológiai halál nyilvánvaló jelei (hullajelenségek) és az étellel összeegyeztethetetlen sérülések (masszív koponya és agy destrukció, lefejezés) esetén az életre már nincs esély, így az újraélesztés haszталan. A kérdéskör további tárgyalása során külön kell választani az egészségügyi intézményben (kórház, ápolási otthon stb.), illetve azokon kívül végzett újraélesztést. Előbbiek esetében ugyanis a képzett újraélesztő által időben megkezdett emelt szintű eszközös újraélesztés (*Advanced Life Support*, a továbbiakban: ALS) eredményessége jelentősen meghaladja a kórházon kívül végzett újraélesztések eredményességét, az alapbetegségek ismertek, így az újraélesztések prognózisa is pontosabban előre jelezhető.²⁹ Az *American Heart Association* (AHA) által kidolgozott prognosztikai pontrendszerek alapján például minimális életesélyekkel rendelkeznek újraélesztés során az előrehaladott korú, szervelettelenséggel vagy rosszindulatú daganatos betegséggel rendelkező vagy szepikus betegek.³⁰ Hasonlóan magas szintű haszталanságot állapítottak meg idős, súlyos hasi vagy mellkassérülést szenvedett, illetve stroke-os betegek újraélesztése kapcsán.³¹ Reverzibilis ok hiányában nincsen remény a túlélésre kórházi ALS-nél akkor sem, ha annak során húsz percen keresztül nem detektálható spontán elektromos tevékenység (*aszisztólia*). A kórházon kívüli újraélesztések esetében azonban egészen más stratégia követendő. Miután a sürgősségi helyzetben a beteg pontos kórelőzménye, illetve egyéb körülményei általában nem ismertek, az újraélesztést pedig gyakran nem orvos végzi, a haszталansági kritériumok alkalmazása során sokkal óvatosabban kell eljárni, és az újraélesztést a biológiai halál és az étellel összeegyeztethetetlen kórállapotok nyilvánvaló eseteit leszámítva haszталansági alapon korlátozni nem ajánlott.³²

²⁸ Lásd WAISEL–TRUOG (7. lj.) 304–308.

²⁹ Lásd BOSSAERT (3. lj.) 302–311.

³⁰ Mark H. EBELL – Carlos A. M. AFONSO – Romergryko G. GEOCADIN: „American Heart Association’s Get with the Guidelines-Resuscitation I. Prediction of Survival to Discharge Following Cardiopulmonary Resuscitation Using Classification and Regression Trees” *Crit. CareMed.* 2013/12. 2688–2697.

³¹ H. R. CHAMPION – P. S. GAINER – E. YACKEE: „A Progress Report on the Trauma Score in Predicting a Fatal Outcome” *Journal of Trauma* 1986/10. 927–931; Andrei V. ALEXANDROV [et al.]: „Agreement on Disease-Specific Criteria for Do-Not-Resuscitate Orders in Acute Stroke” *Stroke* 1996/27. 232–237.

³² Lásd BOSSAERT (3. lj.) 302–311.

Az újraélesztés haszталanságának kvalitatív elemzésekor a nyerhető életminőséget is tekintetbe vesszük. A beteg életminőségének megítélése alapján, kizárólag az orvos által hozott DNAR-rendelkezés azonban paternalizmus, mely sértheti a beteg autonómiáját. Ezt különösen annak a korábban már ismertetett megállapításnak a tükrében fontos hangsúlyozni, hogy az orvos preferenciái gyakran távol esnek a betegéitől. A témában végzett egyik legjelentősebb vizsgálat az öt év alatt összesen 6 802 beteget bevonó SUPPORT-tanulmány volt. Bár a rendelkezések legerősebben a betegek preferenciáihoz voltak köthetőek, jelentős variabilitásuk mégis arra utalt, hogy azokat elsősorban orvosi, illetve intézményi jellemzők határozták meg.³³ Számos további vizsgálat is alátámasztotta, hogy a rendelkezések jelentős variabilitást mutatnak a kórház helye, az orvos világnézete és klinikai specialitása, illetve a beteg életkora, szociális körülményei és faji hovatartozása szerint. Az újraélesztési döntésre közvetlen hatással lévő (daganatos, vagy más végstádiumú betegség), valamint az azzal közvetlen kapcsolatban nem álló betegségek (AIDS, alkoholizmus, elmebetegség) is jelentősen befolyásolták a DNAR-rendelkezéseket.³⁴ A Baskett és Lim által 32 európai országban végzett átfogó tanulmány szintén az újraélesztés etikai szabályainak széles körű variabilitását mutatta ki.³⁵ Az egyetemi oktatás keretein belül graduális és posztgraduális szinten, továbbá a laikus alapszintű újraélesztés mind szélesebb körű minőségi elméleti és gyakorlati oktatásával már sikeresen és folyamatosan végezzük a bioetikai szempontokat is szem előtt tartó hazai újraélesztések minőségének biztosítását és fejlesztését. Az újraélesztés betegbiztonság központú megközelítése megköveteli a tevékenység megfelelő dokumentálását és ennek alapján a rendszeresen végzett auditokat is.³⁶ Hazánkban ezt a feladatot egyedül az Országos Mentőszolgálat végzi szisztematikusan az Utstein standardizált adatgyűjtés módszertana alapján.³⁷ Mindezek miatt az illetékes európai szakmai testület (ERC) vonatkozó ajánlásában felhívja a figyelmet a tagállami gyakorlatok, nevezéktan és jogszabályok harmonizációjának szükségességére, egyben egyik legfontosabb missziójának tekinti azt az elkövetkező ajánlások kidolgozása során.³⁸

³³ Lásd HAKIM (11. lj.) 284–293.

³⁴ Lásd HOLM–JØRGENSEN (11. lj.) 135–139; Lásd HAKIM (11. lj.) 284–293; Steven LUTTRELL: „Decisions Relating to Cardiopulmonary Resuscitation: Commentary 2: Some Concerns” *J. Med. Ethics* 2001/5. 319–320; W. A. KNAUS [et al.]: „The Use and Implication of Do Not Resuscitate Orders in the Intensive Care Units” *JAMA* 1986/3. 351–356; A. MAKSOUĐ – D. W. JAHNIGEN – C. I. SKIBINSKI: „Do Not Resuscitate Orders and the Cost of Death” *Arch. Intern. Med.* 1993/10. 1249–1253; GÖBL Gábor – GÁSPÁR Tamás: „Headquarters of NAS, National Ambulance Service: Out-of-Hospital Cardiac Arrest in Hungary: the Utstein Database”, személyes közlés.

³⁵ P. J. BASKETT – A. LIM: „The Varying Ethical Attitudes Towards Resuscitation in Europe” *Resuscitation* 2004/3. 267–273.

³⁶ Lásd BOSSAERT (3. lj.) 302–311.

³⁷ Lásd GÖBL–GÁSPÁR (34. lj.).

³⁸ Lásd BOSSAERT (3. lj.) 302–311.

3. SZABÁLYOZÁS

A fontosabb nemzetközi orvostársaságok elismerik a beteg jogát az újraélesztés visszautasítására. Hasztalansági kritérium alapján akkor vezethető be DNAR, ha az informált orvos az újraélesztést hasztalannak ítéli. A kvantitatív hasztalanságot általában a korai túlélés minimális valószínűségével is meghatározzák. Kvalitatív hasztalanság esetén felhívják a figyelmet a betegpreferenciák kutatásának fontosságára. A rejtett értékítéletek lehetősége miatt mindkét esetben ajánlatos a beteggel vagy hozzátartozójával történő konzultáció.³⁹ Az állásfoglalások nagyon óvatosan kezelik a hasztalanság kérdését, és a DNAR-döntést szinte kizárólag a jogosult (beteg) jogkörébe utalják, ahol az orvos inkább tanácsadó szerepet játszik. Az illetékes európai szakmai testület (ERC) 2015-ben kiadott irányelvei szerint az újraélesztés megkezdésétől az alábbi esetekben lehet eltekinteni: (1) az újraélesztő személye nincs biztonságban (jogos védelmi helyzet), (2) a biológiai halál bizonyos jelei vagy étellel összeegyeztethetetlen sérülés tapasztalható (hullamerevség, hullalafoltok, étellel összeegyeztethetetlen sérülés, például lefejezés – kvantitatív hasztalanság), (3) a beteg valós és releváns DNAR-rendelkezése elérhető, (4) más erős bizonyíték támasztja alá a beteg kívánságát vagy a beavatkozás hasztalanságát – utóbbi szempont teret enged az orvos egyoldalú, részben kvalitatív hasztalanságon alapuló DNAR-döntésének –, illetőleg (5) az emelt szintű újraélesztés (ALS) abba hagyható, ha nincs elektromos tevékenység (*aszisztólia*) a folyamatos újraélesztés huszadik percében sem (kvantitatív hasztalanság).⁴⁰

A szakmai ajánlások közös hiányossága a legitimitás korlátozott volta, azt ugyanis nem az alapvető jog szabályozására jogosított testület adja ki. Többek között ez az oka annak, hogy az ERC-ajánlás is sürgeti a tagállami jogi szabályozások harmonizációját.⁴¹ A hazai életvégi stratégiákat, illetve DNAR-rendelkezéseket érintő szakmai ajánlás a nemzetközi ajánlásoknak megfelelően a beteg önrendelkezésének elsődlegességét emeli ki, és lényegében annak érvényesülését igyekszik biztosítani, de szükségszerűen teret enged a hasztalansági alapú döntésnek is.⁴² A hatályos magyar jogszabály az újraélesztésről külön nem rendelkezik, de formailag lehetőséget biztosít annak beteg általi visszautasítására gyógyíthatatlan betegség esetén, vagy előzetes rendelkezésként közokirati formában (Eütv. 20. §, 22. §). A rendelkezés a gyakorlatban nem alkalmas a beteg önrendelkezésének biztosítására, a megváltoztatása irányába tett eddigi lépéseket pedig sajnálatosan mindezidáig nem koronázta siker, ahogyan ezt korábban részletesen tárgyaltuk. Az Eütv. 131. § (3) bekezdés *b*) pontja, továbbá a beteg által kért, de szakmailag indokolatlan (hasztalan) kezelés esetén betegvizsgálat után megengedi annak orvos általi

³⁹ Robert D. CHAMBERLAIN [et al.]: „Recommended Guidelines for Reviewing, Reporting and Conducting Research on In-Hospital Resuscitation: the In-Hospital ‘Utstein Style’. A Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association, the European Resuscitation Council, the Heart and Stroke Foundation of Canada, the Australian Resuscitation Council, and the Resuscitation Councils of Southern Africa” *Resuscitation* 1997/2. 151–183.

⁴⁰ Lásd BOSSAERT (3. lj.) 302–311.

⁴¹ Lásd BOSSAERT (3. lj.) 302–311.

⁴² Lásd AIT Szakmai Kollégium (9. lj.) 46–54.

elutasítását, lényegében teret engedve a hasztalansági érvek egyoldalú alkalmazásának. Az Etikai Kódex nem rendelkezik az újraélesztéssel kapcsolatban, az eutanázia kapcsán pedig a beteg Eütv. által biztosított kezelés-visszautasítási jogára utal vissza, ahogyan sürgős szükség esetén is lényegében a törvény rendelkezéseit ismétli meg (Etikai Kódex II.2.(16), II.2.1.(2)).

Bár a vonatkozó európai szakmai ajánlás hangsúlyozza az önrendelkezés elsődlegességét, és a hasztalansági érveket tételesen felsorolva igyekszik mérsékelni az értékítéleteket rejtő hasztalansági alapú döntéshozatalt, utalásszerűen mégis megengedi az orvos egyoldalú hasztalansági alapú további mérlegelését.⁴³ Hazánk vonatkozó jogszabályhelye és orvosetikai szabályai sem zárják ki az orvos hasztalansági alapú egyoldalú mérlegelését, így az amúgy is paternalista orvosi gyakorlatban jelenleg ez marad az egyetlen érv a DNAR-rendelkezések kiadására. Ugyanakkor az ERC tagállami jogharmonizáció, egységes nevezéktan és újraélesztési gyakorlat irányába mutató törekvései a jövőben némi derűlátásra adhatnak okot.⁴⁴

4. ÖSSZEFOGLALÁS

Az újraélesztés minősége egyéni szinten jobb eredményességet és életminőséget, társadalmi szinten pedig több megmentett jó minőségű életet és a javak ésszerűbb felhasználását jelenti. Ennek alappillérei a fentiekben vázoltak szerint az újraélesztők motiváltságán túl a rendszeres és bioetikai elemeket is tartalmazó képzés és gyakorlat. Míg a hazai rendszeres, jó minőségű és mind szélesebb körű szakmai képzések bizonyítottan javítják az újraélesztés minőségi feltételeit és így a megbiztonságot, a végül eredménytelennek bizonyuló újraélesztések végzésének folyamatos kényszere fokozhatja az újraélesztők kiégettségét, lerontva ezzel a későbbi újraélesztések szakmai minőségét is. Mindemellett a betegek önrendelkezésének figyelembevétele még mindig elenyésző a hazai gyakorlatban. Ennek oka egyrészt a lassan változó, meghatározóan paternalista orvosi attitűd, de nem segíti a betegek önrendelkezését az újraélesztők és a beteg részére egyaránt jogbizonytalansághoz vezető szabályozás sem (életmentő kezelés visszautasításának szabályai, speciális DNAR-rendelés lehetőségének hiánya, előzetes rendelkezés szabályai és alkalmazható nyilvántartási szabályok hiánya). Az újraélesztés jogszerű visszautasítása tehát formális jogintézmény maradt hazánkban, gyakorlati alkalmazását a hatályos anyagi és eljárási szabályok nem teszik lehetővé. Csekély optimizmusra adhatnak csak okot az ERC tagállami jogharmonizációra irányuló törekvései,⁴⁵ hiszen a jogalkotó érdemben nem foglalkozott a jogosított szakmai tanácsadó testület jogszabály-módosítási javaslatával,⁴⁶ és lényegében az Alkotmánybíróságon is elbukott a hatályos rendelkezések megváltoztatását és kiegészítését célzó bead-

⁴³ Lásd BOSSAERT (3. lj.) 302–311.

⁴⁴ Lásd BOSSAERT (3. lj.) 302–311.

⁴⁵ Lásd BOSSAERT (3. lj.) 302–311.

⁴⁶ Lásd AIT Szakmai Kollégium (9. lj.) 46–54.

vány. Mindezek mellett a vonatkozó szakmai, etikai és jogszabályok rendre helyet biztosítanak az orvosi mérlegelésen alapuló egyoldalú hasztalansági döntésnek. Míg tehát hazánkban az újraélesztési tevékenység szakmai minősége elsősorban a képzési feltételek okán megfelelő, annak jogszerű visszautasítása elenyésző, így mind a mai napig érvényesül a korlátozás meghatározóan hasztalanságon alapuló, a beteg önrendelkezését figyelmen kívül hagyó paternalista gyakorlata, melyhez mulasztásos jogsértéssel a jogalkotó is tevékenyen hozzájárul.

ZUBEK LÁSZLÓ*

KI ÉS HOGYAN DÖNT AZ ÉLET-HALÁL KÉRDÉSÉBEN? ÉLETVÉGI DÖNTÉSHOZATAL A MAGYARORSZÁGI INTENZÍV OSZTÁLYOKON

A tanulmány az életvégi döntések problémakörét orvosi szemszögből megközelítve, empirikus adatokkal mutat rá a hazai szabályozás gyakorlati problémáira. A szerző a jogirodalmi definíciók áttekintésével elemzi az „eutanázia” tartalmi meghatározásának nehézségeit, majd a magyarországi intenzív osztályokon folytatott felmérés alapján vizsgálja a már megkezdett kezelés korlátozására ható faktorokat, az életvégi döntések gyakoriságát, illetve azt, hogy az életvégi szituációkban az egyes döntéshozók közül kinek az álláspontja esik nagyobb súllyal a latba. Kísérletet tesz a terminális állapot pontosabb meghatározására, illetve bevezeti az „életvégi triage” fogalmát, amelynek alkalmazásával az intenzív osztályokon a társadalom számára is transzparens döntések születnének a kezeléskorlátozás kérdéseiről.

Az intenzív osztályon dolgozó orvosok nap mint nap szembesülnek a betegek szükségszerű elvesztésével, mely az orvosi munka lelkileg legsúlyosabb, emberpróbáló része, és melyet önmagában elviselni is nehéz.¹ Azonban a megpróbáltatások az orvosok számára korántsem érnek ezzel véget. A betegek agóniáját szinte az orvosok „agóniája” is kíséri: az életmentő és életfenntartó kezeléseket számos erkölcsi-etikai parancs és jogszabály (alkotmányjogi, büntetőjogi) próbálja szabályozni, nem beszélve a vonatkozó nemzetközi normákról. A helyzet sérülékenységet a végletekig tudja fokozni az a körülmény is, hogy a haldokló betegek a legkritkább esetben minősülnek belátási képességgel rendelkezőnek, így önálló döntéshozatalra nem képesek, hozzátartozóik feldúlt idegállapotukban pedig ritkán képesek a helyzetet racionálisan, túlzott érzelmi fűtöttségtől mentesen átlátni, illetve sokszor irreális elvárásokat fogalmazznak meg.

Annak ellenére, hogy az orvostudomány orvosszakmai eredményei napjainkban már határok nélkül alkalmazhatók, és az alapvető orvostikai normákat széles konszenzussal alkotott nemzetközi szerződések és ajánlások (Orvos Világszövetség: Helsinki Nyilatkozat, Európa Tanács: Oviedói Egyezmény, *World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine*²) rögzítik, az egyes országok

* PhD, egyetemi adjunktus, Semmelweis Egyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika, 1085 Budapest, Üllői út 26.
E-mail: laszlo.zubek@gmail.com.

¹ ZUBEK László – PÉNZES István: „Az orvosnak is vannak emberi jogai?” *Aneszteziológia és Intenzív Terápia* 2000. MAITT Előadás-kivonatok 56.

² J. MYBURGH [et al.]: „End-of-Life Care in the Intensive Care Unit: Report from the Task Force of World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine” *Journal of Critical Care* 2016/34. 125–130.

konkrét jogszabályai jelentős mértékben különböznek egymástól. A személyes autonómia jogi elismerése és érvényesülésének elősegítése azonban általánosan jellemzi a polgári társadalmak jogalkotását akár a kontinentális, akár a precedens jogi rendszereket tekintjük át. A hatályos hazai jogi szabályozás szélesebb körben teret enged az önrendelkezésnek, az *egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. tv.* (Eütv.) által szabályozott esetekben (szűkített körben) az életmentő, illetve életfenntartó kezelés visszautasítását is megengedi, de nem szól az eutanáziáról, vagy a kezeléskorlátozás fogalmáról sem. Ugyanakkor a törvény több helyen hivatkozik az orvosilag nem indokolt kezelés megtagadásának jogára, mely burkoltan tartalmazza, de nem definiálja a kezelés hasztalanságának fogalmát. Nézetem szerint a homogén betegségecsoportok (HBCS) alapján végzett finanszírozás – mely hazánk egészségbiztosítási rendszerében is megtalálható – szükségszerűen tartalmazza a kezeléskorlátozás gondolatát, bár ki kell emelni, hogy valamely HBCS-alapú finanszírozási rendszerben, kivételként elenyésző számban sor kerülhet a beteg egyedi finanszírozására is. A hatályos orvosi Etikai Kódex az eutanázia minden formáját határozottan tiltja, ugyanakkor a gyógyíthatatlan és szenvedő beteg palliatív kezelésénél bevezeti a terminális palliatív medicina fogalmát, de alkalmazását a beteg, illetve hozzátartozója beleegyezéséhez köti. Azt lehet mondani, hogy a hatályos hazai jogi és etikai szabályozásunk néhány kivételtől eltekintve megfelel a nemzetközi normáknak, de a betegjogok gyakorlati érvényesülése személyes tapasztalataim és kutatási eredményeim szerint jelentősen elmarad a kívánatostól.

Tanulmányom célja, hogy az életről való önkéntes lemondás problematikáját orvosi szemszögből megközelítve rámutasson arra, hogy a kérdéskör részletes szabályozása ellenére az életvégi döntések megítélése, elfogadottsága hazánkban rendkívül problematikus.

1. AZ EUTANÁZIA MEGHATÁROZÁSA

Az eutanázia nem jogtudományi fogalom, hanem „a legnehezebb és legizgalmasabb etikai, filozófiai és jogi probléma”, mely Takács Albert szerint évszázadok óta tartja bűvkörében a jogtudósokat. A hazai jogirodalomban is számos definíciós kísérletet találhatunk.

Sajó András és Sándor Judit dolgozatukban a magyar jogban és az orvosetikában következetlenül és pontatlanul eutanáziaként említett magatartások jogi megítélését tekintik át, jelezve a szabályozás ellentmondásainak és elégtelen kezelésének lehetséges feloldási irányát. Véleményük szerint „az eutanázia körébe csak orvosi magatartások számítanak”,³ és tekintettel arra, hogy

„a büntetőjogban jó okkal érvényesül az eshetőleges szándék tana, így nem várható a büntetőbírótól, hogy egy orvosetikailag a kettős hatás elve szerint esetleg elfo-

³ SAJÓ András – SÁNDOR Judit: „A gyógyíthatatlannak vélt halálos beteg jogi helyzete a tételes jog tükrében” *Magyar Tudomány* 1996/7. 771–786.

gadható és ezért nem eutanáziának nevezett halál okozását automatikusan kiemeli az emberölésnek minősített cselekedetek köréből”.⁴

Tóth Gábor Attila véleménye szerint az eutanázia körébe sorolható, ha a beteg érdekében az orvos a gyógyíthatatlan beteget a halálba segíti, illetve életfenntartó beavatkozásokat megszüntet, vagy elmulaszt. Ez történhet a beteg kérésére (önkéntes eutanázia) és beleegyezése nélkül (nem önkéntes eutanázia).

„Gyakori az aktív és passzív eutanázia közötti különbségtétel, amely – a kifejezéssel ellentétben – nem azon alapul, hogy az orvos tevékenységgel vagy mulasztással valósítja-e meg. Passzív eutanázia esetén az orvos nem kezeli a beteget, illetve beszünteti a kezelését, s ezzel engedi meghalni. Aktív eutanázia esetén az orvos olyan tevékenysége okozza a betege halálát, amelyről egészséges ember is meghalna. Megkülönböztethető továbbá direkt és indirekt eutanázia: az előbbi esetben az orvos szándéka a beteg halála, az utóbbi esetben viszont az orvos tevékenységének előre látott, de nem szándékolt következménye a beteg elvesztése.”⁵

Gyöngyösi Zoltán *Az élet és test feletti rendelkezések joga* című könyvében kifejti:

„az eutanázia pontos fogalmát a mai napig nem sikerült meghatározni.⁶ A legáltalánosabb az, hogy a közeli halálra vezető, vagy nagyfokú szenvedéssel együtt járó, gyógyíthatatlan betegségben szenvedő beteg halálba segítését jelenti, melyet a beteg kérésére vagy sorsa fölött érzett szánalom diktál.”

A beteg kérésére végzett aktív eutanázia általában az orvosilag asszisztált öngyilkosság, a kérésre végzett passzív eutanázia az életfenntartó vagy életmentő ellátás visszautasítása nevet viseli. Aktív eutanáziánál a beteget halálba segítik, mesterségesen siettetik a halál folyamatát. A passzív forma a halni hagyás: az ellátást megszüntetik, vagy csökkentik, és hagyják, hogy a halál természetes úton folyjon le.

„A kettő közötti különbségtétel során azon helyzet megítélése okoz gondot, amikor kikapcsolják a létfunkciókat fenntartó gépet és a halál gyorsan bekövetkezik. Mára elfogadott, hogy ez a passzív eutanázia körébe tartozik, mert egészségügyi ellátást szüntetnek meg.”⁷

Filó Mihály a fogalmak kezelhetősége érdekében gyűjtőfogalmat alkot. Értelmezésében „az eutanázia fogalmkörébe esik az orvos minden szándékos cselekménye, mellyel foglalkozása körében a beteg életét, annak kifejezett vagy vélelmezett beleegyezésével kioltja vagy megrövidíti”. Külön kiemeli az „indirekt eutanázia”

⁴ SAIÓ-SÁNDOR (3. lj.) 771–786.

⁵ HALMAI Gábor – TÓTH Gábor Attila (szerk.): „Emberi Jogok” (Budapest: Osiris 2003).

⁶ GYÖNGYÖSI Zoltán: *Az élet és test feletti rendelkezések joga* (Budapest: HVG-ORAC 2002) 111–226.

⁷ GYÖNGYÖSI (6. lj.).

fogalmát is, mely értelmében ide sorolja, „amikor alkalmazott fájdalomterápia mellékhatásaként a páciens halálával kell számolni”, „újabban ebbe a körbe sorolják a terminális szedálás eseteit is”.⁸

Jobbágyi Gábor *Orvosi Jog* című könyvében részletesen foglalkozik az eutanázia problémakörével:

„a fogalomkör többé-kevésbé a következő elemeket fogja át az önkéntes eutanázia körében: orvos-beteg kapcsolatban kerülhet rá sor, az orvos szándékos magatartásával a természetesnél vagy a lehetségesnél előbbre hozza a beteg halálát, a beteg gyógyíthatatlan állapotban van és szenved, s kifejezi akaratát a halálra – így az eutanáziára a beteg érdekében, annak kívánságára kerül sor, önrendelkezési joga alapján. Aktív eutanázia esetén az orvos aktív, szándékos magatartásával megöli a beteget. Passzív eutanázia esetén az orvos szándékosan, saját akaratából elmulaszt egy beavatkozást, mellyel megrövidíti a beteg életét. A passzív eutanáziától határozottan megkülönböztetendő az ellátás visszautasítása, mint betegjog. Itt azonban a természetes folyamatok szabadjárá engedéséről van szó. Az orvos saját magatartásával ekkor sem idézheti elő a halált; az alap-egészségügyi szolgáltatásokat ekkor is nyújtani kell.”

Véleménye szerint a direkt eutanázia fogalma lényegében egybeesik az aktív eutanáziával; ez esetben az orvos egyenes szándékkal megöli a beteget. Az indirekt eutanázia azonban lényegesen különbözik a passzív eutanáziától. Ez esetben az orvos szándéka a beteg fájdalmainak csillapítása, ezt a magatartást a jog általánosan elfogadja, nem is tekinti eutanáziának.⁹

Tarr György véleménye szerint

„az eutanázia a gyógyíthatatlan és nagy fájdalmakban szenvedő betegek halálának tudatos előidézését jelenti. Jogilag nem lehet eutanáziának tekinteni, ha az orvos a végstádiumba jutott beteg szenvedéseit narkotikumok alkalmazásával enyhíti, anélkül, hogy ezzel a halál beállását siettetné. Ha pedig a nagyobb adag fájdalomcsillapításán kívül alkalmas a halál előidézésére is, és a halál valóban bekövetkezik, az orvosnak sem etikailag, sem jogilag nem tehető szemrehányás. A felelősségre vonást kizárja az orvos által vállalt megengedett kockázat, illetve a hivatásbeli kötelezettség elve. Minden más esetben az orvos, vagy bármely más személy által a beteg kérésére és beleegyezésére, vagy anélkül végzett aktív eutanázia a büntetőjog szempontjából jogellenes cselekmény – ugyanúgy, mint a világ legtöbb országában – szándékos emberölésnek számít”.¹⁰

Tekintsük tehát a kérdéskör büntetőjogi megítélését.

⁸ FILÓ Mihály: *Az eutanázia a büntetőjogi gondolkodásban* (Budapest: ELTE Eötvös 2009) 44–53.

⁹ JOBBÁGYI Gábor: *Orvosi jog. Hippokratésztől a klónozásig* (Budapest: Szent István Társulat 2008) 145–169.

¹⁰ TARR György: *Élet és egészség, orvos és beteg, jog és erkölcs, az emberi méltóság fogalom szférájában* (Budapest: Püski 2003).

„Büntetőjogi értelemben ez alatt a fogalom alatt kizárólag az orvos és beteg olyan kapcsolata értendő, amikor a gyógyíthatatlan betegségben szenvedő, elviselhetetlenül nagy fájdalmat átélő embert saját kérésére az orvos a halálba segít. Eutanáziáról tehát csak akkor lehet szó, ha az élet kioltására kifejezetten a beteg akaratából kerül sor, és ha a beavatkozást kizárólag orvos végzi (aktív eutanázia), vagy ha az életet meghosszabbító kezelést orvos mulasztja el (passzív eutanázia).”¹¹

Az Eütv.-re vonatkozóan megállapítja: „a törvény tehát az önkéntes passzív eutanáziát lehetővé teszi, az aktív, illetve a nem önkéntes passzív eutanázia azonban változatlanul bűncselekményt – szándékos emberölést – valósít meg.”¹²

Amint a fentiekben utaltam rá, a szakirodalomban vitatott az eutanáziát végző személy szakmai kötöttsége is. Kérdéses, hogy ki által és milyen cselekménnyel végzett életkioltás minősül eutanáziának.

Élő Gábor meghatározása: „az eutanázia során az egyik ember szenvedő embertársa kérelmére és érdekében, kegyelemből és szándékosan tevással, vagy mulasztással kioltja annak életét.”¹³

Blasszauer Béla az orvos által végrehajtott önkéntes és nem önkéntes aktív és passzív eutanáziát különbözteti meg, de olyan orvosi döntési helyzeteket és eljárásokat is a passzív eutanázia csoportjába sorol, mint például „a terminális állapotban lévő betegnek nem használnak fel minden eszközt”.¹⁴

Sajó András és Sándor Judit szerint „az eutanázia körébe eső magatartásokat, mint orvosi magatartást kell felfogni, tekintettel az orvos sajátos szakmai többletfelelősségére és szakmai irányítottságára”. Ugyanakkor Élő Gábor, Bihari Mihály (22/2003. (IV. 28.) AB határozat, ABH 2003, 293–310.) és Hámori Antal nem szűkítik le az eutanázia alkalmazását az orvos személyére.

Az életvégi helyzetekkel és történésekkel összefüggő döntések egy része a beteg, egy része az orvos kezdeményezéséhez kötött. A Magyar Orvosi Kamara, Sajó András és Sándor Judit, Filó Mihály és Blasszauer Béla szerint csak azt a halált eredményező eljárást nevezhetjük eutanáziának, mely javallatának felállításában, illetve kivitelezésének valamelyik fázisában orvos is közreműködik.

Hámori Antal szerint

„a passzív eutanázia azoknak az életfenntartó, életmentő kezeléseknél a megtagadására vonatkozó jogot jelenti, amelyek beszüntetése esetén a beteg meghal, míg az aktív változat esetén a halál bekövetkezéséhez nem elegendő e kezelések abbahagyása, kifejezetten halált okozó aktív beavatkozásra van szükség”.¹⁵

¹¹ BELOVICS Ervin: *Büntetőjog* (Budapest: HVG-ORAC 2004).

¹² BELOVICS (11. lj.).

¹³ ÉLŐ Gábor: *Életvégi döntések az intenzív terápiában – az újrakezelés etikai és jogi vonatkozásai* [PhD-értekezés] (Budapest: Semmelweis Egyetem 2005).

¹⁴ BLASSZAUER Béla: „Az életvégi döntések” in NÁCSA Klára (szerk.): *Az egészséges életért* (Budapest: SubRosa 1999).

¹⁵ HÁMORI Antal: *A haldokló, beteg ember életének és méltóságának tisztelete az Egyház tanításában* (Budapest: JEL 2009) 171–211.

Kovács József könyvében a passzív eutanázia fogalomkörébe sorolja többek között az újraélesztés elhagyását is.¹⁶

Fontosnak tartom néhány gondolat mentén megemlíteni az eutanázia jogi jellemző szabályozását.

A Magyar Orvosi Kamara (MOK) jelenleg hatályos Etikai Kódexének II.2.2. 16-17. pontjában az eutanáziát a következőképpen határozza meg: „az eutanázia az orvosnak foglalkozás körében megvalósított szándékos ténykedése, amely a gyógyíthatatlan szenvedő beteg kérésére a természetes végnél korábbi halálára irányul.” Az aktív eutanázia esetén tevőleges, a passzív eutanázia esetén mulasztással megvalósuló magatartásról van szó. E meghatározás szerint csak az nevezhető eutanáziának, amely a beteg kérésére történik és ha „az eutanáziát végző orvos a halál bekövetkeztének idejét, a természetes végnél korábbra helyezi át”. A MOK által 1995-ben közzétett Etikai állásfoglalásában és a hatályos Etikai Kódexben is a leghatározottabban ellenzi az eutanáziának minden formáját.¹⁷

Az Alkotmánybíróság sem határozta meg az eutanázia fogalmát a 2003. évi 22. határozatában. A fogalmat úgy használta, hogy nem tisztázta a fogalom mögötti történéseket. A határozathoz csatolt különvéleményében (ABH 2003, 293–310.) Bihari Mihály alkotmánybíró az eutanázia fogalmának jogászai meghatározását írta le:

„a tudomány a gyógyíthatatlan, vagy a nagy szenvedéssel járó betegségben szenvedő, és az emberi méltóságot korlátozó, már-már méltatlan emberi élethelyzetbe jutott betegnek a halál választását, illetve a halál előidézését tartja általában eutanáziának. A halál választása jelentheti egyrészt az egyénnek azt az igényét, hogy ne hosszabbítsák meg mesterségesen a szenvedéssel, fájdalommal terhes, számára már méltatlannak tekintett életét, és hagyják meghalni. Az eutanázia fogalmába tartozik az is, amikor a gyógyíthatatlan beteg kívánságára nem várják meg a halál természetes bekövetkeztét, hanem azt megelőzően (mielőtt a halál önmagától is bekövetkezne) – önmaga vagy valaki másnak a közreműködésével – aktív cselekvéssel előidézik a beteg halálát.”

Ellentmondás van a közel egy időben életbe lépett kamarai és a törvényi szabályozás között is, mert a MOK állásfoglalásaiban tiltja, ugyanakkor az új egészségügyi törvény a kezelés visszautasítása jogának az elfogadásával valójában engedélyezi a beteg kezdeményezte passzív eutanáziát, melynek alkotmányosságát az AB elfogadta.

Hogyan definiálhatnánk tehát az életvégi döntések egyes eseteit? Nézetem szerint az eutanázia fogalmi elemei közül a legfontosabbak:

1. A cselekvés célja a beteg életének gyorsabb befejezése, mely azt jelenti, hogy a beteg halálának időpontját (így a haldoklás megkezdődését) előrehozzuk.

2. Motivációja kizárólag a gyógyíthatatlan beteg elviselhetetlen fizikai vagy lelki szenvedésének csökkentése lehet. (Az elmúlt években a nagy fájdalommal járó

¹⁶ Kovács József: *A modern orvosi etika alapjai* (Budapest: Medicina 1999) 395–466.

¹⁷ Lásd www.mok.hu/upload/mok/document/kodex.

daganatos betegségekől a holland gyakorlat eljutott a lelki szenvedések fokozottabb figyelembevételéhez is.)

3. Alanya (kivitelezője) kizárólag az egészségügyi személyzethez tartozhat. Ez természetesen elsősorban orvost jelent, de elképzelhető az ápoló személyzet valamely más tagja által kivitelezett eutanázia is. Amennyiben a fentiekől eltérő személy végzi el a beteg életének megrövidítését, úgy az nézetem szerint kegyelemből ölést valósíthat meg. Ez esetben feltételezésem szerint hiányzik a „szakmai hozzáértés”, hogy elsősorban a beteg szenvedéseit csökkentsük.

4. Passzív alanya elsősorban olyan személy lehet, aki nagy szenvedéssel járó (terminális) állapotban van (testi betegség fennállása önmagában nem kizárólagos feltétel), de haldoklása még nem kezdődött el.

A haldoklás fogalma alatt a tanulmányban kizárólag azt az állapotot értem, amikor a betegnél olyan súlyos szervelegtelenység lép fel, hogy élete csak orvosi kezeléssel tartható fenn, orvosi segítségnyújtás nélkül rövid időn belül magától meghalna. Véleményem szerint a haldoklás megkezdődése után az eutanázia fogalmilag lehetetlen, életmentő vagy életfenntartó kezelés meg nem kezdéséről vagy abbahagyásáról beszélhetünk kizárólag. Nem értek egyet azokkal, akik az életmentő vagy életfenntartó kezeléseket korlátozását az eutanázia kérdéskörébe vonják bele, mert ezzel olyan problémákat mosnak össze, melyek megoldása teljesen eltérő. Jogi és etikai különbséget is kell tenni a halál időpontjának előrehozása, illetve a haldokló betegek gyógyításának esetleges felfüggesztése között. Ez a különbségtétel azért is fontos, mert míg az eutanázia alkalmazása nélkül lehet működtetni egy egészségügyi rendszert, a kezeléskorlátozás nélkül nem. Ebben az esetben egy szükségszerű cselekvés kriminalizációjára kerül sor, melynek inkább jogi szabályozása lenne célszerű.

2. AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK A MAGYARORSZÁGI INTENZÍV TERÁPIÁS OSZTÁLYOKON

Az életvégi döntések hazai gyakorlatának megismerése céljából, Magyarországon először végeztünk országos felmérést, az intenzív osztályon dolgozó orvosok között egy kérdőív segítségével 2007–2008-ban. Annak ellenére, hogy a kutatás néhány évvel korábban készült – így lehetséges, hogy nem pontosan tükrözi a mai állapotokat –, úgy gondolom, hogy a kérdéskör problematikája szempontjából mindenképp hasznos átfogó képet látnunk az orvosok helyzetéről, a döntéseket meghatározó tényezőkről, illetve az életvégi döntést befolyásoló körülményekről. Feltevésünk szerint Magyarországon – csakúgy, mint külföldön – saját gyakorlat alakult ki a kezeléskorlátozásra, amely nálunk is mindennappossá vált.¹⁸ Mindez jelenleg a társadalom, a jogalkotók, az etikusok és a betegek véleményétől függetlenül, teljesen ellenőrizhetetlen formában megy végbe, amelyről a társadalom hallgatólagosan vesz tudomást.

¹⁸ Jean-Louis VINCENT [et al.]: „Cultural Differences in End-of-Life Care” *Critical Care Medicine* 2001/29. 52–55.

Kutatásunk során az orvosokat kérdeztünk meg a munkájuk során szerzett tapasztalataikról egy négyoldalas kérdőív segítségével. A kérdéseket elektronikus formában interneten keresztül küldtük el a Magyar Intenzív Terápiás Társaság regisztrált tagjainak, amit a válaszolók önkéntesen, anonimitásuk megőrzése mellett elektronikus vagy nyomtatott formában küldtek vissza. A kérdésekre egyszerű vagy többszörös választással, illetve egy hatfokozatú lineáris skálán (0–5) a válasz értékelésével lehetett válaszolni. A statisztikai elemzést Mann–Whitney-féle U-teszt és nemparaméteres variancia-analízis segítségével végeztük. A szokásos ötszázalékos szignifikanciahatár mellett figyelembe vettük az 5–10 százalék közötti p-értéket adó eltéréseket is, mint tendenciát. Felmérésünk korlátai közé tartozik, hogy a feldolgozott kérdőívvel a Magyarországon dolgozó intenzív orvosok körülbelül 13%-ának véleményét ismerhettük meg. A mintavételt nem randomizálhattuk, mivel a válaszadás teljesen önkéntes volt, így vizsgálatunk nem tekinthető reprezentatívnak. Másik jelentős korlátja a felmérésnek, hogy az adatok az orvosok retrospektív becslésén alapulnak.

A kérdőívet 103-an töltötték ki, a válaszadási arány 13,8% volt. A válaszolók közül 48 nő, 55 férfi volt. A megkérdezettek közül 17-en dolgoztak egyetemi intézményben, 19-en regionális centrumban, 54-en városi kórházban, 2-en monodiszciplináris intenzív osztályon, 9-en egyéb helyen. A válaszolókból 33-an dolgoztak kevesebb mint 5 éve, 19-en 6–10, 10-en 11–15, 41-en pedig több mint 16 éve. Intenzív szakvizsgálója a válaszolók közül 63 orvosnak volt, akik közül 7-en külföldön szereztek szakképesítést. Kérdéseinket három téma köré csoportosítottuk: első a kezelés meg nem kezdése, második a már folyamatban lévő kezelések felfüggesztése, harmadik az életvégi döntések (*do not resuscitate*, kezelés meg nem kezdése vagy visszavonása, és a haldoklási folyamat megrövidítése) gyakoriságának felmérése volt.

Az első blokkban a betegek intenzív osztályos felvételét befolyásoló faktorokat vizsgáltuk. Adataink alapján megtudtuk, hogy a hazai gyakorlatban az orvosok csak közepes mértékben veszik figyelembe a beteg vagy hozzátartozója kívánságát (2,9/5) az intenzív osztályra való felvétel során a kezelés visszautasításáról. A betegfelvételt legjobban a szabad ágyak száma korlátozza (2,97/5), a rendelkezésre álló tárgyi feltételek kevésbé (2,03/5), a személyi feltételek pedig alig befolyásolják (1,83/5). Az egyetemi intézményekben dolgozókat kevésbé korlátozza a betegfelvételnél a szabad ágyak száma, mint a kisebb városi kórházban dolgozókat. Tapasztalat szerint is különbség adódott a csoportok között, mivel a több mint 16 éve dolgozókat kevésbé korlátozza az ágyszám a betegfelvételnél, mint a 0–5 éve dolgozókat ($p = 0,051$).

A következő blokkban ugyanezen tényezők hatását vizsgáltuk a már megkezdett kezelés korlátozására. A magyar gyakorlatban a már folyó kezelés korlátozására vonatkozó döntést leginkább a beteg életkilátásai (3,75/5) és az aktuális fizikai állapota befolyásolja (3,55/5). A szabad ágyak száma (2,39/5), a tárgyi feltételek (1,9/5) és a személyi feltételek (1,44/5) csökkenő mértékben befolyásolják a kezelés visszavonását. A nők szignifikánsan erősebb korlátozó tényezőnek tartják a személyi feltételeket, mint a férfiak ($p = 0,055$).

Amennyiben az azonos kérdéspárokat hasonlítjuk össze, jól látható, hogy a magyar intenzív orvosok a kezelés meg nem kezdését preferálják inkább, hasonlóan külföldi kollégáikhoz.¹⁹ Ez után azt vizsgáltuk, hogy kezeléskorlátozás esetén kinek a véleménye milyen hangsúlyos a döntéshozók közül. Az elemzésből kiderült, hogy hazánkban a kezelőorvos szinte egyedül dönt a beteg életéről, elsősorban a beteg távolabbi életkilátásai (3,75/5), másodsorban pedig az állapota függvényében (3,55/5). Magyarországon a hasztalanság kimondásánál az ápolószemélyzet véleményét nem tartják fontosnak az orvosok (2,37/5), és legkevésbé fontos a hozzátartozók kívánsága adataink szerint (2,14/5). A kezeléskorlátozásban a beteg távolabbi életkilátásai jobban befolyásolják a nőket, mint a férfiakat ($p = 0,061$).

A következő kérdésben arra kerestük a választ, hogy a kezeléskorlátozást hogyan hajtják végre a különböző intenzív osztályokon, egyszerre vagy részlegesen állítanak le a szervpótló kezeléseket? Azt találtuk, hogy a kezeléskorlátozásról szóló döntés megszületése után a válaszolóknak csak 23%-a állítja le az összes kezelést egyszerre. A részleges korlátozások közül a keringés-támogató kezelés leállítása a leggyakoribb, ezt a válaszolók 60%-a jelölte be, ezt követi gyakoriságban az antibiotikum-kezelés megszüntetése (45%). A többi szervfunkciót pótló kezelés leállítása (táplálás, lélegeztetés, vértisztítás) körülbelül a megkérdezettek 20–25%-ánál egyenlő arányban szerepelt. A válaszolók 13%-a nyilatkozta azt, hogy nem folytat kezeléskorlátozást.

A harmadik témakör fókuszában az életvégi döntések gyakoriságának megismerése állt. Adataink szerint a DNR- (*do not resuscitate*) utasítás (8,52%) az intenzív osztályos betegforgalom viszonylag nagy arányát érinti. Érdekes tendencia, hogy minél magasabb szintű ellátást nyújt egy intézmény, az ott dolgozók annál ritkábbnak ítélik a DNR gyakoriságát. A szakmában eltöltött idő is befolyásolja a DNR gyakoriságának megítélését: az orvos minél tapasztaltabb, véleménye szerint a DNR-utasítások száma annál kisebb, szignifikáns különbség adódott a legfiatalabbak és a legidősebbek között ($p = 0,048$), illetve a férfiak és a nők ($p = 0,01$) között is.

A kezeléskorlátozás (meg nem kezdés-visszavonás) gyakoriságát a válaszolók 9,08%-ra becsülték. Ez az egyetemi intézményekben szignifikánsan ritkábban fordult elő, mint a regionális centrumokban ($p = 0,01$). A legfiatalabb orvosok (0–5 éve dolgozók) véleménye szerint szignifikánsan több kezeléskorlátozás történik, mint a legtapasztaltabb kollégáik (>16 év) szerint ($p = 0,048$). A férfiak is nagyobbak ítélik a kezeléskorlátozások gyakoriságát, mint a nők ($p = 0,01$). A haldoklási folyamat megrövidítésének átlagos becsült gyakorisága a legkisebb (3,73%), és ennek megoszlása sem egyenletes. Szignifikánsan kevesebb ilyen beavatkozást végeznek az egyetemi klinikákon, mint a városi kórházakban ($p = 0,02$).

A válaszolók 80%-a szerint a cselekvőképes beteg, illetve a cselekvőképtelen beteg hozzátartozója egyáltalán nem kezdeményezte a kezelés felfüggesztését. A válaszolók 19,6%-a nyilatkozott úgy, hogy volt ilyen kérés az osztályukon

¹⁹ Jean-Louis VINCENT [et al.]: „Withdrawing May Be Preferable to Withholding” *Critical Care Medicine* 2005/9. 226–229.

az elmúlt egy évben, és átlagosan 5,18 alkalommal merült fel ilyen igény a beteg vagy hozzátartozója részéről. Az alcsoportokat elemezve megállapítható, hogy a férfiak szerint többször történik valamilyen kezeléskorlátozás, mint a nők szerint. Elmondható, hogy a vezető intézetekben általánosságban ritkábban kerül sor életvégi döntések alkalmazására, és kevesebb ilyen kérés érkezik hozzájuk. Végül arra a kérdésre, hogy szükség lenne-e a kezeléskorlátozásról egy szakmai protokoll létrehozására, a válaszolók 93%-a nyilatkozott pozitívan.

Nézetem szerint a 21. század orvosi ellátását egyre inkább a drága, nehezen hozzáférhető ellátások sorolása fogja jellemezni világszerte, mivel egyre több olyan ellátás nyújtható a szenvedőknek, ami nagy költsége miatt kevés ember számára lesz elérhető. Az egészségügyi ellátás megszervezése és finanszírozása az egyik legnagyobb feladat az országok kormányai számára, melyet tetéznek az ellátó személyzet emberi erőforrás hiányai is. Mivel anyagi lehetőségeink messze elmaradnak a legfejlettebb államok lehetőségeitől, mindenkiben felmerülhet az a félelem, hogy nálunk a kezeléskorlátozás az életvégi szenvedés csillapítását és a palliatív terápiát nem kiegészítené, hanem helyettesítené. Kutatásunk alapján ez a feltevés nem igazolódott be, a hazai intenzív osztályon végzett életvégi döntések gyakorisága hasonló a fejlett egészségügyi kultúrával rendelkező európai és észak-amerikai országokéhoz. Adataink alapján kiderült, hogy az intenzív orvosi munkát a betegek felvétele és a kezeléskorlátozás kapcsán a szakmai szempontokon túl külső tényezők is jelentősen befolyásolják, leginkább a szabad ágyak száma döntő, hasonlóan más irodalmi forrásokban szereplő adatokhoz. Az Ethicus-vizsgálat adatai szerint az intenzív osztályon meghaltak 72,6%-a részesült valamilyen kezeléskorlátozásban, ez az összes felvett beteg körülbelül 10%-a.²⁰

Mit lehetne tenni az életvégi döntések meghozatalának megkönnyítéséhez? Egyfelől fontos lenne a lakosság felvilágosítása arról, hogy jogában áll előre rendelkezni az egészségügyi kezeléséről arra az esetre, ha ezt már nem lenne képes megtenni. Ugyancsak fontos lenne annak is kormányzati szintű kommunikációja, hogy a betegek ellátásának komoly korlátai vannak, így a súlyos betegek ellátásakor szükségyszerű a sorolás elvégzése. Természetesen kiemelném, hogy ez nem jelenti azt, hogy bármely orvos valamely betegének egészségét károsítja, de elsősorban azok kaphatnak életmentő ellátást, akik a legjobban profitálnak belőle. Ezekben az esetekben a korlátozó tényező a beteg saját aktuális egészségi állapota, bármely más szempont figyelembevétele etikátlan. A felvilágosítás után fel kellene mérni a betegek véleményét,²¹ támogató jogszabályi és bírósági környezetet kéne létrehozni a beteg-autonómia kiterjesztésére, és az orvosok jogszerű működésének visszaállítására. Fontos lenne megfelelő ajánlások kidolgozása a kezeléskorlátozásra (kemény sorolás), valamint az orvosi kezelés hasztalanságának egyértelmű törvényi megfogalmazása is szükséges, hogy a kezelőorvosnak ne kelljen félnie a dokumentálás során a beteg halála utáni retorzióktól. Az egyes egészségügyi ellátások alkalma-

²⁰ Charles SPRUNG [et al.]: „End-of-Life Practices in European Intensive Care Units: the Ethicus Study” *JAMA* 2003/6. 790–797.

²¹ Simon J. W. Oczkowski [et al.]: „Communication Tools for End-of-Life Decision-Making in the Intensive Care Unit: a Systematic Review and Meta-analysis” *Critical Care* 2016/20. 97.

zásakor történő sorolás nem csak az intenzív kezelés sajátja. Más orvosi területen ezeket a társadalom már hallgatólagosan elfogadja: nem jár az alkoholistáknak májátültetés, a 65 éves életkor felett tüdő-transzplantáció vagy mechanikus szívbillentyű beültetése. Az intenzív kezeléskorlátozás egy dologban tér el a fentebbi példától, és ez a döntés megszületése és a beteg halála között eltelt idő rövidege.

3. A HALDOKLÁS ÉS AZ ÉLETVÉGI TRIAGE

Az életvégi döntések pontos definiálása és egymástól való elhatárolása szempontjából igen fontos annak az időintervallumnak a meghatározása, melyben ilyen döntések meghozatalára egyáltalán van mód. Az időrendben egymást követő három időpont fontos: a terminális állapot kezdete, a haldoklás megkezdődése, és a halál beállta. Nézetem szerint más-más életvégi döntést hozhatunk a két szakaszban teljesen eltérő jogkövetkezményekkel. A haldoklás megkezdődésének meghatározása intenzív terápiás szakorvosként a munka mindennapi része, jóllehet a jogtudományban a fogalom ismeretlen, így semmilyen joghatás nem kötődik hozzá. A haldoklás messze nem azonos a terminális állapottal, ami egy daganatos betegség esetén hetekig, hónapokig tarthat, nem releváns a definíció szempontjából a fájdalom nagysága, illetve a mozgásképtelenség vagy ágyhoz kötöttség foka sem. A haldoklás bekövetkezésének időpontja egy szerv vagy szervrendszer működésének olyan hiánya, amely a szervezet egyensúlyát megbontja, működését elégtelenné teszi, és minimum néhány perc vagy maximum napok alatt bekövetkezik a beteg halála, amennyiben nem tudjuk a visszajára fordítani a folyamatot.²² Az emberi szervezet, egy bonyolult szabályozott rendszer, így általában azt is lehet mondani, hogy a szervezetben igen ritka valamely szervrendszer izolált elégtelensége, jellemzőbb ilyenkor a sok-szervi elégtelenség (*Multiorgan failure=MOF*) kialakulása. Ennek része lehet a tudati állapotban bekövetkező enyhébb vagy súlyosabb zavar, ami miatt a beteg önrendelkezése a haldoklás fázisában mindenképpen zavart szenved.²³

A haldoklás bekövetkeztének időpontja ily módon pontosan definiálható, aminek orvosi jelentőségén túl igen nagy jogi jelentősége is lehet a jövőben. Az alkotmánybíróság eutanáziahatározatából kiragadva „az élethez való jog csak az élve születés és a haldoklás megkezdése között teljes”. Ebben az időintervallumban mindenki köteles tiszteletben tartani az élethez és emberi méltósághoz való jogot, ami kevés kivételtől eltekintve korlátozhatatlan. Egyetértek azokkal, akik véleménye szerint minden egészségügyi beavatkozáshoz a beteg beleegyezése szükséges, de véleményem szerint igaz a fordítottja is, nevezetesen, hogy a beteg bármilyen kezelést korlátozás nélkül visszautasíthat. Az önrendelkezés folyamatában a beteg véleményének befolyásolása véleményem szerint nem megengedhető, az orvos feladata a szakmailag korrekt és a beteg személyére szabott felvilágosítás megadása, ily módon pedig a döntéshozatal folyamatos elősegítése.

²² PÉNZES István: *Az újraeléztetés tankönyve* (Budapest: Medicina 2000) 465–479.

²³ Thomas PRENDERGAST [et al.]: „A National Survey of End-of-Life Care for Critically Ill Patients” *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 1998/158. 1163–1167.

A fentebb megfogalmazott véleményemnek több fontos következménye van. Első, hogy a haldoklás megkezdődése kettéosztja a terminális állapot megkezdődése és a halál beállta közötti időintervallumot, így az eutanázia és az orvosi segítséggel végrehajtott öngyilkosság tényállása egyaránt csak a haldoklási folyamat megkezdődése előtt valósulhat meg, mivel ezen cselekedetek célja a haldoklás előidézése. Természetesen a terminális állapot idejének lerövidítése csak a beteg önrendelkezésén alapulhat azokban az országokban, ahol a jogrendszer ezt megengedi. A haldoklási folyamat (valamely szerv elégtelensége esetén) megkezdődése után az orvosi kezelés célja a halál előrehozásával teljesen ellentétes, mivel ekkor általában már a szervelégtelenség megszüntetése, így a halál ellen való viaskodás a célunk. Ebben a stádiumban a beteg autonómiáját saját egészségi állapota korlátozza, így véleményét kinyilvánítani már nem tudja.

További folyománya, hogy míg az eutanázia és az orvos segítségével végrehajtott öngyilkosság esetén az orvosi cselekvés motívuma a beteg szenvedéseinek csökkentése és a könnyörületesség, az intenzív kezelés korlátozásában a kezelés hasztalansága és a rendelkezésre álló eszközök helyes elosztása (sorolás) jut meghatározó szerephez.

Az életvégi döntések szempontjából azért is fontos a terminális állapot időintervallumának meghatározása, mivel mind az eutanázia, mind az orvos segítségével végrehajtott öngyilkosság nagy szenvedéssel járó, gyógyíthatatlan betegség meglétéhez köthető. Ha a betegnél ilyen állapot nem áll fenn, akkor életének kérésére történő kioltása a kegyelemből ölés („*mercy killing*”) tényállásaként értékelhető, illetve az orvos segítségnyújtása a beteg suicidiumához a Btk. 162. § által pönalizált öngyilkosságban közreműködés lehet. A terminális állapot definiálásával adós marad az Eütv. is, ami a törvény hatálybalépése után is a kritikák kereszttüzeiben állt. A terminális állapot vége objektíven könnyen definiálható, mint a haldoklási folyamat megkezdődése, a kezdete azonban nem határozható meg pontosan. Azt lehet mondani, hogy a törvény a terminális állapot alatt egy három-hat hónapos időintervallumot ért, és jelenleg ennek pontosabb szakmai meghatározása a tudomány mai állása szerint nem lehetséges.

Jobbágyi Gábor véleményét osztom abban a kérdésben, hogy az önkéntes passzív eutanázia terminus technikus helyett helyesebb az életmentő vagy életfenntartó kezelés visszautasításáról beszélni. Ebben az esetben a beteg önrendelkezése kerül előtérbe, orvosi cselekvés nem történik, csak mintegy fejet hajtunk a beteg autonómiájának megvalósulása előtt. Az eutanázia fogalmi elemei közül több nem valósul meg, így nem szükséges hozzá az orvos cselekvése és a könnyörületesség motívuma.

A haldokló, szervelégtelen betegek kezelésének mikéntje orvosi kompetencia, természetesen vannak ennek komoly jogi és etikai relevanciái is.²⁴ Az orvos feladata a beteg állapotához igazodva biztosítani a szakmailag indokolt kezelést minden esetben.

²⁴ Jean-Louis VINCENT: „Forgoing Life Support in Western European Intensive Care Units: the Results of an Ethical Questionnaire” *Critical Care Medicine* 1999/27. 1626–1633.

Az orvos döntési lehetőségeinek szempontjából új fogalom bevezetését szeretném elérni. Az általam megfogalmazott csoportosítás használatával didaktikusan elválaszthatók a kezeléskorlátozás egyes esetei, illetve alkalmazásuk feltételei, de a csoportok közötti határok flexibilisek maradnak, mindenkor a tudomány aktuális állásához és az egészségügyi szolgáltató lehetőségeihez igazíthatók. Ez a fogalom az „*életvégi triage*”, mely alkalmazásával az intenzív osztályon a szervéltelen betegeket három csoportra tudjuk osztani (1. ábra).

Az első csoportot azok a betegek képezik, akiknek szervéltelensége nagy biztonsággal megszüntethető, mivel rendelkezünk a szervfunkció pótlását és helyreállítását biztosító orvosi technikákkal, és a beteg általános állapota is lehetőséget ad a kezelésre. Ilyen például egy, a szív ingerképzési vagy ingervezetési zavara miatt kialakult kardiogén shockos beteg, akinél pacemaker beültetésével a keringési zavar megszüntethető, és további jó életminőségű évek várhatók, vagy egy veseéltelen beteg, akinél dialíziskezelést alkalmazhatunk hosszú évekig.

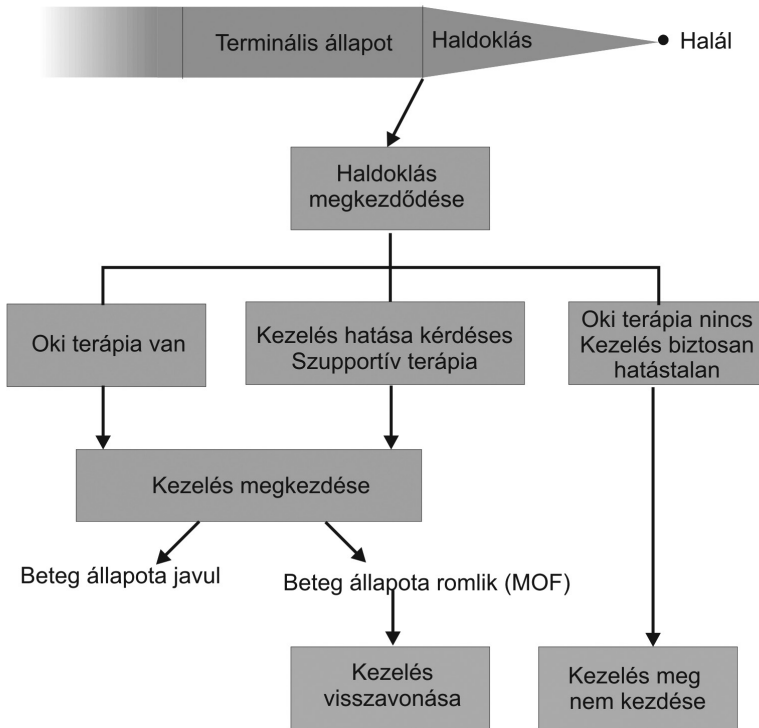
A második csoportot azok a betegek képezik, akiknél a szervfunkció helyreállása biztosan nem várható (a fokozatosan romló terminális állapotban lévő betegek), akiknél a kezelést nem szabad megkezdeni. E betegcsoportban csak a beteg és a hozzátartozók minél nagyobb komfortjára, szenvedéseik csökkentésére törekedhetünk, kezelésük az intenzív osztályok helyett a terminális palliatív medicina vagy hospicekezelés térénuma. Ebbe a csoportba kerül minden ember, akinek természetes halála következik be élete alkonyán.

A szervéltelenségben szenvedő betegek harmadik csoportját azok alkotják, akiknél az orvosi kezeléssel nem biztosan szüntethető meg a szervéltelenség (illetve a haldoklási folyamat), de azt sem lehet mondani, hogy reálisan semmi esély sincs a beteg állapotának rendezésére. Ezeknél a betegnél tehát meg kell kísérelni a gyógyítást a rendelkezésre álló eszközökkel, és folyamatosan meg kell figyelni a páciens kezelésre adott reakcióit. Ha a beteg állapota az alkalmazott kezelés segítségével nem javul, a szervéltelensége nem szüntethető meg, állapota stagnál vagy romlik, akkor ezeknél a betegeknél van helye a kezelés visszavonásának, és a továbbiakban a komfortellátás biztosításának.²⁵

Az életvégi triage-ban hozott döntéseknek szükségszerűen nem egyéni, hanem testületi döntésnek kell lenniük, melyben részt kell venniük a beteg kezelését végző orvosoknak, ápolóknak, gyógytornászoknak is. Mivel a haldoklási folyamatban a beteg tudata már nem hozzáférhető, így a beteg hozzátartozóinak informálása és bevonása a kezeléskorlátozásba nem kerülhető meg. A kezelés meg nem kezdése vagy abbahagyása nem érintheti a fájdalom csillapítását vagy a beteg igényének megfelelő szedálást, biztosítani kell a beteg és a hozzátartozók minél nagyobb komfortját, a betegnél fontos a táplálás és folyadékpótlás folytatása, törekedni kell ebben az állapotban a beteg megpróbáltatásainak csökkentésére. Nézetem szerint a medicina lehetőségeinek a fejlődésével párhuzamosan, valamint az intenzív osztályokon végzett kutatások (halálozást előrejelző pontrendszerek, életminő-

²⁵ Margaret ISAAC [et al.]: „Palliative Care: Issues in the Intensive Care Unit in Adults” *UpToDate.com* 2016. Jun, www.uptodate.com/contents/palliative-care-issues-in-the-intensive-care-unit-in-adults.

1. ábra. Az életvégi triage



ség-vizsgálatok) számának gyarapodásával a nem megmenthető betegek aránya csökkenni fog, a megmenthetőek száma pedig egyre nagyobb lesz a jövőben.

A szerveletlen, haldokló betegek általában nem tekinthetők kompetensnek, mivel tudatuk alterált, nagy részük az eszméletlenség valamilyen fokán van, így autonómiájukat és ennek kinyilvánítását saját egészségi állapotuk korlátozza. A helyzet szinte egyetlen megoldásaként erősíteni kell a betegek előzetes rendelkezésének elterjedését, elsősorban a kórházban fekvő idős betegek között. Mivel e betegek nagyobb része krónikus betegségben szenved és élete utolsó fázisában többször hospitalizálják, ezzel a módszerrel a betegek többségének véleményét meg tudnánk ismerni az életvégi döntések kérdésében. Amennyiben ezek a betegek meghatározzák preferenciáikat, és leírják saját választásaikat is, ezeket a haldoklás folyamán – az életvégi triage alkalmazásakor, de attól függetlenül is – tiszteletben kell tartanunk. A beteg önrendelkezése megnyilvánulásaként előre lemondhat az intenzív kezelés alkalmazásáról, de nem igényelhet valamely orvosilag nem indokolt kezelést. Amennyiben nincs előzetes rendelkezése valamely betegnek, akkor a beteg állapotának megfelelő kezelést kell megkapnia.

A tanulmány összefoglalásaként ki kell emelnem, hogy nézetem szerint az élet-hez és emberi méltósághoz való jog az élve születés és a haldoklás megkezdése között sérthetetlen és korlátozhatatlan. Az *Alaptörvény*ben nevesített testi és lelki egészséghez való jog szoros kapcsolatban áll az élethez való joggal, de korántsem élvez vele azonos mértékű védelmet. A hazai alkotmányos judikatúra az egészséghez való jogot inkább államcélnek tekinti, és nem tulajdonít neki sem az élethez való joghoz hasonló alanyi jogi, sem a környezethez való joghoz hasonló kiemelt intézményvédelmi funkciót, sőt, mint azt az 54/1996. számú határozatában kifejtette (54/1996. (XI. 30.) AB határozat, ABH 1996, 173–203.), hogy az egészséghez való jog – szélsőséges eseteket leszámítva – tartalmilag üres. Az orvosi ellátás körében az Alkotmánybíróság elvontan, általános ismérvekkel csak egészen szélsőséges esetekre korlátozottan határozhatja meg az állami kötelezettség kritikus nagyságát, vagyis azt a szükséges minimumot, amelynek hiánya alkotmányellenességhez vezet. „Ilyennek volna minősíthető például, ha az ország egyes területein az egészségügyi intézményrendszer és az orvosi ellátás teljesen hiányozna.” (ABH 1996, 187.) Az állam egészségvédelmi kötelessége így elsősorban, mint az élethez való jog objektív oldalának része jelenik meg az Alkotmánybíróság értelmezésében. Az Alkotmánybíróság értelmezése szerint csak az jelentené biztosan az egészségügyi ellátáshoz való jog sérülését, ha az ország valamely területén nem lenne semmilyen állampolgári jogon járó egészségügyi ellátás. Az egészségügyi ellátáshoz való jog tehát mindenkor csak az adott időben és adott helyen, az állam által garantált ellátáshoz való hozzáférést biztosítja, és nincs senkinek alanyi joga az állam által garantált ellátást meghaladó kezeléshez sem.

Másfelől a betegek egészségügyi ellátása során mindenkor a beteg autonómiájának maximális figyelembevételével, a tájékozott beleegyezés kikristályosodott elvei mentén kell az ellátást biztosítani. El kell fogadnunk viszont azt a tényt, hogy a betegek önrendelkezését saját egészségi állapotuk korlátozhatja, természetesen ez a korlátozás fogalmilag sem önkényes. Ennek hiányában a döntés csak szigorú szakmai alapokon nyugodhat, és csak a kialakított protokollok alapján korlátozható valamely beteg kezelése. Vizsgálataink alapján kijelenthető, hogy a magyarországi helyzet még jelentősen javítható az elfogadott etikai elvek, a hatályos jogszabályok és nemzetközi egyezmények alkalmazásával is, ugyanakkor sokat tehet mind az egészségügyi kormányzat, mind a szakmai szervezetek a helyzet további javításáért.

FILÓ MIHÁLY*

ASSZISZTÁLT ÖNGYILKOSSÁG ÉS AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK EURÓPÁBAN – TETTESSÉG, RÉSZESSÉG, ÖNRENDELKEZÉS

A hazai közvélemény megütődve értesült arról, hogy Nyugat-Európában bizonyos feltételek mellett lelki szenvedések esetén is engedélyezhetik az eutanáziát. A magyar jogtudomány a suicid szándékot patológiás jelenséggént, gyógyításra szoruló pszichés zavarként értelmezi. A szerző álláspontja szerint nem védhető az a hazánkban uralkodó felfogás, amely minden öngyilkosságot kivétel nélkül kórosnak vagy társadalomra veszélyesnek bélyegez, az öngyilkost beszámíthatatlannak tartja, az élet önkezü elvételét pedig a természeti oksággal egy szintre helyezi. Ez a premissza ugyanis a jogrendszert terhelő súlyos ellentmondásokhoz vezet, mivel az egészségügyi jogszabályok lehetővé teszik az életfenntartó vagy életmentő beavatkozások visszautasítását. A világnézetileg semleges államban az öngyilkosság szabadsága az egyén magánzférájába esik. Ennek a felismerésnek megfelelően kell hatályos jogunkban ellentmondás-mentesen megalkotni az emberi élet méltó befejezésének jogát biztosító szabályozási rendszert, különös tekintettel a büntetőjogi védelemre.

1. A BÜNTETŐJOG SZEREPE AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK JOGI ÉRTÉKELÉSÉBEN

A bírósági tárgyalótermekben tetten érhető jogi valóság azt mutatja, hogy a büntetőjog – és a büntetőjogász – önmagában nem képes az életvégi döntések dilemmáinak megválaszolására.

Az orvos-beteg viszony jogi vonatkozásainak fejlődési irányai ugyanis napjainkban Európa-szerte polgári peres eljárásokban dőlnek el, a büntetőjog háttérbe szorult. Az a tendencia tapasztalható, hogy az egészségügyi szolgáltató elleni kártérítési perekben egyes európai államok joga¹ a bizonyítási terhet egyre több esetcsoportban a szolgáltatóra terheli. Ezzel szemben a büntetőeljárásban a bizonyítási rizikót változatlanul a hatóságok viselik.

Ennek megfelelően könnyen belátható, hogy a kártérítésben érdekelt betegek és jogi képviselőik lényegesen ambiciózusabbak a perindításban, mint a gyakran túlterhelt ügyészségek, amelyek – ahogyan a német példa is mutatja – néha a legnyilvánvalóbb jogsértéseknél is késlekednek a vádemeléssel. Az esetleges feljelentés vagy büntetőeljárással történő fenyegetés hatására pedig az orvosok gyakran

* PhD, LLM, egyetemi adjunktus, Eötvös Loránd Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar, 1053 Budapest, Egyetem tér 1-3.
E-mail: filo@ajk.elte.hu.

¹ Pl. a BGB 280. § (1) bek.-e a német polgári jogban.

defenzív eljárási taktikába menekülnek, ami általában ellentétes a károsult anyagi érdekeivel, hiszen jelentősen hátráltatja az esetleges egyezséget.²

Mindennek ellenére vitathatatlan, hogy a „jó halál” jogi dilemmáinak eldöntésében a büntető igazságszolgáltatásnak változatlanul döntő szerepe van. A büntetőjog társadalmi jelentősége ugyanis nem mérhető pusztán a büntetőeljárások számában vagy eredményességében. Az a kiemelt és szimbolikus értékű jogtárgyvédelem, amit a büntetőnormák biztosítanak a személy elleni bűncselekmények körében, nem pótolható más jogágak megoldásaival.³ Ezért – noha napjainkban az életvegi döntések normatív aspektusai már elsősorban a magánautonómián alapuló civiljog terebélyesedésébe tartoznak – az öngyilkosságban való közreműködés jogi értékelése változatlanul a büntetőjogi dogmatika elsődleges tárgykörébe tartozik, egyúttal a nemzeti szabályozások változatossága miatt a büntetőjogi jog-összehasonlítás kiemelkedően fontos terepe.

2. DRION PIRULÁJA

Hollandiában az eutanázia törvényes lehetőségét az újabb jogpolitikai vitákban már függetlenné teszik bármilyen testi vagy lelki szenvedéstől. Huib Drion, a polgári jog professzora állt elő azzal a javaslattal, ami később mint „Drion pirulája” (*pil van Drion*) jelent meg a közbeszédben. Szerinte bizonyos életkor felett az állam feladata, hogy egészségi állapottól függetlenül tegye lehetővé olyan gyógyszerek hozzáférését, amelyekkel nagy biztonsággal lehet öngyilkosságot elkövetni. Drion egy kétfázisú szerre gondolt, amelyből az első komponenst néhány nappal korábban kell bevenni, és csak a második dózissal együtt halálos a hatás – a páciens tehát még meggondolhatja magát:

„Úgy képzelem, hogy a magukra maradt idős emberek felkereshetnék orvosukat, aki olyan szert bocsátana a rendelkezésükre, amely lehetővé teszi, hogy maguk válaszszák meg haláluk időpontját és módját. [...] Az eutanázia az idősek számára ugyanis nem orvosi kérdés. Egyszerűen csak elfáradtak és nem változik semmi.”⁴

Az öngyilkosság sajátosan emberi képesség, „*specifica humana*”, és ily módon az ember szabadságának szimbóluma. Bár korábban feltételezték, hogy bizonyos állatfajok is képesek suicid magatartásra, napjaink etológiai kutatásainak fényében ez a tétel már inkább a legendák világába tartozik. Az élővilágban az önmegsemmisítés mindig a faj fennmaradásának érdekében történik, a személyes öngyilkossági szándék kizárólag az emberre jellemző.⁵ A hazai jogirodalomban, fel nem ismert

² Andreas SPICKHOFF: „Einleitung” in Andreas SPICKHOFF (szerk.): *Medizinrecht* (München: C. H. Beck 2014) 1.

³ Albin ESER: „Perspektiven des Medizin(straf)rechts” in Wolfgang FRISCH (szerk.): *Gegenwartsfragen des Medizinstrafrechts. Portugiesisch-deutsches Symposium zu Ehren von Albin Eser in Coimbra* (Baden-Baden: Nomos 2006) 9–31.

⁴ Huib DRION: *Het zelfgewilde einde van oudere mensen* (Amsterdam: Balans 1992) 11–17.

⁵ BÁNKI Csaba: *Agyunk fogságában* (Budapest: Pro Die 2006) 381.

módon, az öngyilkosság dilemmája a lehető legszorosabban érintkezik az eutanázia büntetőjogi problémakörével. A suicid magatartás büntetőjogi megítélése a szerző álláspontja szerint ugyanis szükségszerűen az eutanázia megengedhetőségének vagy tilalmazásának kiindulópontja. Az öngyilkosság jogtudományi problémái vezetnek el az emberi életéről való rendelkezés alapkérdéseire. A nyugati irodalomban és a tengerentúlon⁶ teljes joggal minősítik az eutanáziát „asszisztált suicidiumnak” (*physician-assisted suicide, PAS*)⁷.

Noha a felvilágosodás koráig az öngyilkost egész Európában halálos bűn elkövetőjének tekintették, akinek testét változatos és lealacsonyító büntetésekkel sújtották, vagyonát pedig elkobozták,⁸ napjainkban már csak akkor kerül a jog érdeklődési körébe, ha végzetes tettéhez egy kívülálló – embertársa vagy az állam – segítségét kéri. Habár fenntartja magának a végső jogot – a választást élet és halál között –, elhatározása véghezviteléhez valaki másra is szüksége van.⁹ Ez a büntetőjogban az öngyilkosságban közreműködés büntetendőségének problémáját veti fel. Európában az egyes jogrendszerek rendkívül változatos nemzeti eltérésekkel ítélik meg annak az orvosnak a tettét, aki halált hozó szert ad betegének, vagy bármilyen más módon segíti az öngyilkosságban. Az alábbiakban erről adunk rövid áttekintést.

3. AZ ÖNGYILKOSSÁGBAN KÖZREMŰKÖDÉS EURÓPÁBAN

Ha az öngyilkosságban közreműködés problémakörét komparatív szemlélettel vizsgáljuk, akkor megállapíthatjuk, hogy Európában a büntetőjogi szabályozásnak három ideáltípusa terjedt el.¹⁰ A legtöbb jogrend ismer olyan normát, amely az öngyilkossághoz kapcsolódó quasi-részesi magatartásokat expressis verbis büntetni rendeli. Ide sorolható többek között a francia *Code Pénal* 223-13 és 223-14 jelzésű szakasza,¹¹ az olasz *Codice Penale* 580. cikkelye,¹² a holland *Wetboek van*

⁶ Ezekiel Jonathan EMANUEL: „Euthanasia and Physician-assisted Suicide: a Review of the Empirical Data from the United States” *Archives of Internal Medicine* 2002/2. 142–155.

⁷ Marianne C. SNIJDEWIND [et al.]: „A Study of the First Year of the End-of-Life Clinic for Physician-assisted Dying in the Netherlands” *JAMA Internal Medicine* 2015/10. 1633–1650.

⁸ BATÓ Szilvia: „Az öngyilkosság a régi magyar büntetőjog-tudományban” in FILÓ Mihály (szerk.): *Halálos bűn és szabad akarat. Öngyilkosság a jogtudomány tükrében* (Budapest: Medicina 2013) 72–87.

⁹ FILÓ Mihály – MOLNÁR G. Fruzsina: „Az öngyilkosság a jogtörténetben” *Jogtörténeti Szemle* 2006/2. 32–36.

¹⁰ Alfred N. KLINGER: *Die Strafbarkeit der Beteiligung an einer durch Täuschung herbeigeführten Selbsttötung* (Aachen: Shaker 1995) 3.

¹¹ „Le fait de provoquer au suicide d'autrui est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende lorsque la provocation a été suivie du suicide ou d'une tentative de suicide.” (Aki mást öngyilkosságra rábír három év börtönbüntetéssel és 45 000 €-val büntetendő, ha az öngyilkosságot elkövetik vagy megkísérlik.)

¹² „Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal ten-

Strafrecht 294. cikke,¹³ illetve az angol *Suicide Act*¹⁴ is. Külön csoportot alkotnak a közép-kelet-európai országok büntetőkódexei, így az osztrák *Strafgesetzbuch* (78. §), a cseh (144. §),¹⁵ a szlovák (230. §)¹⁶ büntető törvénykönyv és természetesen a magyar *2012. évi C. tv.*¹⁷ Ezekre a szabályozásokra jellemző, hogy az öngyilkosságban közreműködő felelősségét objektív büntethetőségi feltétellel – annak megkövetelésével, hogy a sértett az öngyilkosságot legalább megkísérelje – szűkíti.¹⁸

Bizonyos államok büntetőjogában – így Svájcban az StGB 115. cikke¹⁹ és 2004-ig a dán *Straffeloven* 240. §-a²⁰ – a büntethetőséget szubjektív feltétel korlátozza annyiban, hogy a tettesnek a közreműködést önös érdekből (*aus selbssüchtigen Beweggründen, af egenlyttige beveggrunde*) kell elkövetnie. A svájci jogirodalom hangsúlyozza, hogy a büntetőjog alapelveiből az öngyilkossághoz kapcsolódó quasi-részesi magatartások büntetlensége következne. A jogalkotó azonban az emberi élet mint kivételes jogi tárgy jelentősége miatt szigorúbb szemléletet tett magáévá.²¹ Az önös érdek fogalma²² rokon vonásokat mutat hazai jogunkban a nyereségvágyból [új Btk. 160. § (1) bekezdés b) pontja], illetve az aljas indokból vagy célból [új Btk. 160. § (1) bekezdés c) pontja] elkövetett emberölés minősítő körülményeinél megkövetelt kritériumokkal. Azonban a svájci joggyakorlat elsősorban

tativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima.” (Aki mást öngyilkosságra rábír, vagy e szándékában megerősít, vagy bármely más módon segítséget nyújt, ha az öngyilkosság bekövetkezik, öt évtől tizenkét évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. Ha az öngyilkosság nem következik be, az öngyilkossági kísérletről származó sérülések súlyosságától függően, egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.)

¹³ „Hij die opzettelijk een ander tot zelfdoding aanzet, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie.” (Aki mást öngyilkosságra rábír, ha az öngyilkosságot elkövetik, három évig terjedő szabadságvesztéssel vagy negyedik kategóriás bírsággal büntetendő.)

¹⁴ „A person who aids, abets, counsels or procures the suicide of another, or an attempt by another to commit suicide, shall be liable on conviction on indictment to imprisonment for a term not exceeding fourteen years.” (Az a személy, aki mást öngyilkosságra rábír, ehhez segítséget nyújt, vagy ebben tanácsot ad, ha azt elkövetik vagy megkísérlik, tizennégy évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.)

¹⁵ 11/2009 Sb. Trestní Zákoník.

¹⁶ 300/2005 Trestný Zákon. Vö. Pavol KÁDEK: *Súčasná dimenzie právnej zodpovednosti v medicíne a zdravotníctve* (Bratislava: Wolters Kluwer 2014) 131–134.

¹⁷ TóTH Mihály: „Büntetőjog az élet és a halál mezsgyéjén” *Magyar Jog* 2010. 505.

¹⁸ FILÓ Mihály: „Ölni vagy halni hagyni? A dogmatika, a valóság és a józan ész” in FILÓ Mihály (szerk.): *Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén* (Budapest: Literatura Medica 2011) 141–153.

¹⁹ „Wer aus selbtsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.” (Aki mást önző indokból öngyilkosságra rábír vagy ennek elkövetéséhez segítséget nyújt, ha az öngyilkosságot elkövetik vagy megkísérlik, öt évig terjedő szabadságvesztéssel vagy pénzbírsággal büntetendő.)

²⁰ Straffelovrådets betænkning om straffsættelse og strafferammer II, nr.1424, København 2002. A szerző köszönetet mond Vagn GREVE professzornak a szíves közlésért.

²¹ Klaus Peter RIPPE [et al.]: „Urteilsfähigkeit von Menschen mit psychischen Störungen und Suizidbeihilfe” *Schweizerische Juristenzeitung* 2005/3. 81.

²² Christian SCHWARZENEGGER: Art. 111–117. in Marcel Alexander NIGGLI – Hans WIPRÄCHTIGER (szerk.): *Basler Kommentar. Strafrecht II. Art. 111–392 StGB* (Basel: Helbing Lichtenhahn 2014) 1–117.

azt vizsgálja, hogy az elkövetőt kizárólag altruista motívumok vezették-e, illetőleg a sértetnek valóban maradt-e életének saját kezű kioltásában „inherens cselekvési lehetősége”.²³

Peter Baumann, az ismert baseli eutanázia társaság pszichiátora ellen azért emeltek vádat, mert az öngyilkosságban való segítségnyújtást a halál iránti tudományos érdeklődése miatt, illetve szereplési vágyból követte el, így ebben az esetben már egoisztikus indítékról beszélhetünk.²⁴

Noha Svájcban elenyésző azon büntetőeljárások száma, amelyekben öngyilkosságban közreműködés miatt emelnek vádat, a tényállás dogmatikája és jogpolitikai indoklása jelentős szerephez jut az eutanáziavitában. Az önrendelkezési jognak jelentős teret engedő permisszív normatív környezet ugyanis beszédes nevű (EXIT, DIGNITAS) egyesületeket hívott létre, amelyek tagjai hozzájuthatnak a suicidiumot lehetővé tevő metódusokhoz és gyógyszerekhez, mindenekelőtt az elmúlást megkönnyítő nátrium-pentobarbitálhoz. Ezeket a készítményeket azonban kizárólag orvos szolgáltathatja ki, megfelelő indikáció alapján, a beteg öngyilkossági szándéka esetén pedig szigorú hivatásetikai szabályokat követve. A svájci orvostudományi akadémia (SAMW) által kiadott irányelvek²⁵ alapján – amelyet a bíróságok is hivatkozási alapként²⁶ kezelnek – csak abban az esetben rendelhet az orvos hasonló gyógyszereket, ha a beteg olyan kórbán szenved, ami elkerülhetetlenül halálhoz vezet. Ennek megfelelően – a svájci orvostársadalom autonómiát támogató attitűdjei ellenére²⁷ – az orvosi privilégium kétségtelen állami beavatkozást jelenthet az öngyilkosság jogába. Minelli, a DIGNITAS alapítója, az eutanáziamozgalom ellentmondásos megítélésű apostola ezért egyenesen azt állítja, hogy amennyiben az állam – például a vénykötelesség bevezetésével – korlátozza a hozzáférést azokhoz a módszerekhez, amelyekkel a polgárok biztonságosan olthatják ki saját életüket, úgy mind az öngyilkost, mind a társadalom többi tagját indokolatlan veszélynek teszi ki, hiszen azok a közforgalmú szerek, amelyeket öngyilkosságra használnak, többnyire alkalmatlanok és veszélyesek.²⁸ Később a *Bundesgericht* megerősítette, hogy az életre is veszélyes altatók orvosi rendelvényhez kötöttsége nem ütközik a svájci alkotmányba, vagy az Európai Emberi Jogi Egyezménybe.²⁹ A tilalmat kijátszva Minelli egyesülete NaP helyett héliumot kezdett alkalmazni, azonban a gázzal elkövetett öngyilkosságtól a méltatlan körülmények és feltételez-

²³ Mark PIETH: *Strafrecht. Besonderer Teil* (Basel: Helbing Lichtenhahn 2014) 20–24.

²⁴ Urteil des Appellationsgerichts des Kantons Basel-Stadt vom 1. Oktober 2008, *ius.unibas.ch*. A pszichiátort a legfőbb svájci bírói fórum, a Bundesgericht végül gondatlanságból elkövetett emberölés miatt ítélte el. 2010-ben a baseli kantonális parlamenttől (végrehajtási) kegyelmet kapott.

²⁵ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (szerk.): *Medizin-ethische Richtlinien. Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende* (Basel: SAMW 62014).

²⁶ Urteil v. 15. Juli 1999, X. c. Gesundheitsdirektion Zürich.

²⁷ Susanne BRAUER – Christian BOLLIGER – Jean-Daniel STRUB: „Swiss Physicians’ Attitudes to Assisted Suicide. A Qualitative and Quantitative Study”, www.smw.ch/content/smw-2015-14142/.

²⁸ Ludwig A. MINELLI: „Die EMRK schützt die Suizidfreiheit. Wie antwortet darauf das Schweizer Recht?” *Aktuelle Juristische Praxis* 2004/5. 491–504.

²⁹ BGE 133 I 58 (2006. 11. 03.). Vö. *Gross v. Switzerland*, no. Judgement of 14 May 2013; no. 67810/10; *Haas v. Switzerland*, no. 31322/07, ECHR 2011.

hetően szenvedéssel járó haldoklás³⁰ miatt politikai nyomásra már eltanácsolták a hozzájuk fordulókat.³¹ A heves jogirodalmi és közéleti viták mellett a svájci jogfejlődést kiválóan példázza, hogy a közelmúltban a zürichi főügyészség egy eutanáziatársasággal megállapodást kötött arról, hogy a halálba segítés mint szolgáltatás terén is érvényesüljenek a jogbiztonság és a minőségbiztosítás szempontjai.³²

Végül, a harmadik csoportba tartozó modellek teljességgel lemondanak arról, hogy az öngyilkosság szándékos támogatását büntetéssel fenyegezzék. Ide sorolható többek között Belgium, Finnország, Luxemburg, Svédország.³³ Ezt a fel fogást reprezentálja a német büntetőködex is. A német büntetőjog-tudomány a quasi-részesek büntethetőségét formális értelemben a járulékosági érvelés (*Akzessorietätsargument*) zárja ki. Az StGB 27. §-a ugyanis a részességhez a tettes szándékos bűncselekményét írja elő. Mivel az öngyilkosság nem valósít meg tényállást, a részesség járulékos természete miatt nem indokolt az öngyilkosságban közreműködés büntethetővé nyilvánítása, feltéve, hogy a sértett az öngyilkosságot szabad akaratából (*freiverantwortlich*) követte el. Ez a bűnsegélyre és a felbujtásra egyaránt érvényes. A formális járulékosági érv mellett a közreműködő büntetlenségét a jogirodalomban és a joggyakorlatban³⁴ uralkodó álláspont szerint – az objektív beszámítás szintjén, a felelősségi szférák elhatárolásával – az önfelelőség elvével (*Prinzip der Eigenverantwortlichkeit des Opfers*) indokolják. Ezt az érvelési struktúrát a német felsőbírósági gyakorlat akkor is alkalmazza, ha a sértett maga valósítja meg – éppen önmagával szemben – a sérelmet.

A *Heroinfall* történeti tényállásában a tettes heroint bocsátott a sértett rendelkezésére, majd injekció formájában mindketten beadták maguknak a szert. A sértett kiszáradva meghalt, a túlélőt első fokon gondatlan emberölésért elítélték. A BGH itt fejtette ki először, hogy a büntetőnorma az individuális jogi tárgyat mások támadásaitól és nem a jogalany önrendelkezésétől védi. A heroint átadó tettes olyan cselekményben vett részt, amely a tényállásszerűség hiánya miatt kívül esik a büntetőjogon. A sértett felelős döntésével átvette a felelősséget a közreműködőtől. Az ítélkezési praxisban ma már egyértelmű, hogy amennyiben a sértett a cselekmény kockázataival tisztában volt, úgy nincs bűncselekmény.

A német öngyilkossági dogmatika Achilles-sarkát ezért a szabad akaratú öngyilkosság fogalmának meghatározása jelenti. A sértett szabad akaratának hiánya esetén ugyanis már közvetett tettességben elkövetett emberölés gyanúja merül fel. Ezzel az esettel állunk szemben, ha az öngyilkos tévedés alapján fordul maga ellen, amit a tettes úgy használ ki, hogy a sértettet – a *Tatherrschaft*-teória értel-

³⁰ Russel D. OGDEN – William K. HAMILTON – Charles WHITCHER: „Assisted Suicide by Oxygen Deprivation with Helium at a Swiss Right-to-die Organisation” *Journal of Medical Ethics* 2010/36. 174–179.

³¹ Kallia GAVELA: „Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe” (Berlin – Heidelberg: Springer 2013) 101.

³² BGE 136 II 415 (2010. 06. 16).

³³ Gerhard SIMSON: *Der Suizidat: eine rechtsvergleichende Betrachtung* (München: C. H. Beck 1976) 46.

³⁴ BGHSt 32, 38. Akademie der Medizinischen Wissenschaften (szerk.): *Medizin-ethische Richtlinien. Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende* (Basel: SAM W ©2014).

mében – eszközként használja fel saját maga ellen, ahogyan az elhíresült *Sirius*-ügyben is.

Egy férfi a későbbi áldozatot, egy fiatal nőt abban a hiszemben tartott, hogy a Siriusról származik, ezért új testet adhat neki – ami a genfi tó felett lebegő vörös teremben már várja őt –, ha az utasításai szerint öngyilkosságot követ el. Mielőtt azonban ezt megtenné, jelentősebb összegű életbiztosítást kell kötnie, amelyben – tekintettel arra, hogy a csillaglakók is pénzből élnek – az elkövetőt kell kedvezményezettként megjelölnie. Érdemes megjegyezni, hogy a sértett részéről sem kóros elmeállapot, sem a kényszer bármilyen formája nem állt fenn, amikor végzett magával. A *Bundesgerichtshof* szerint itt mégsem beszélhetünk szabad akaratról, mert az elkövető a sértettet „emberi szerszámként” használta, és pontosan tisztában volt állításai valótlanságával.³⁵

A teljes képhez az is hozzátartozik, hogy a német törvényhozás 2015-ben kodifikálta a büntetőkódex új tényállását,³⁶ amely önálló bűncselekményként rendeli büntetni a szervezeten elkövetett öngyilkosságban közreműködést.³⁷ Rá kell mutatni, hogy az elkövető nem feltétlenül törekszik az üzletszerűség értelmében vett anyagi haszonszerzésre az öngyilkossági lehetőség megteremtésével, biztosításával vagy közvetítésével, a döntő tényállási ismérv inkább a rendszerességben és a szolgáltatási jellegben (*geschäftsmässig*) ragadható meg.³⁸

Fontos adalék a jogpolitikai viták értékeléséhez, hogy a végleges törvénysszöveg valójában érzékeny kompromisszumot jelent,³⁹ ugyanis egyes német szövetségi államok még az öngyilkosság népszerűsítését is büntetni rendelték volna.⁴⁰ Még radikálisabbnak számított az a törvényjavaslat, amely – a szervezett bűnözés elleni küzdelem mintájára – az eutanáziatársaságok alapítását, az azokban való részvételt a bünszervezethez hasonlóan rendelte volna büntetni. Az öngyilkosság kommercializálása ugyanis ellentmond a *Grundgesetz*, a német *Alaptörvény* emberképének.⁴¹

4. ERWIN RINGEL ÉS AZ ÖNGYILKOSSÁG

Szembeötlő, hogy Közép-Kelet-Európában kivétel nélkül a restriktív modell terjedt el, kiugróan magas büntetési tételkerettel. A régi Monarchia államai közötti egyezőséget erősíti, hogy a hazai *Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. tv.* (továb-

³⁵ MINELLI (28. lj.) 491–504.

³⁶ BGE 133 I 58 (2006. 11. 03.). Vö. *Gross v. Switzerland*, no. Judgement of 14 May 2013.; no. 67810/10; *Haas v. Switzerland*, no. 31322/07, ECHR 2011.

³⁷ OGDEN–HAMILTON–WHITCHER (30. lj.)

³⁸ GAVELA (31. lj.); BGE 136 II 415 (2010. 06. 16.).

³⁹ Frank SALIGER: *Selbstbestimmung bis zuletzt. Rechtsgutachten zum strafrechtlichen Verbot organisierter Sterbehilfe* (Norderstedt: BoD 2015).

⁴⁰ Heinz SCHÖCH – Torsten VERREL: „Alternativ-Entwurf-Sterbebegleitung” *Goldammer’s Archiv für Strafrecht* 2005/10. 553–586.

⁴¹ Entwurf eines Gesetzes zum Verbot der geschäftsmässigen Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung. Antrag der Länder Saarland, Hessen, Thüringen. Bundesrat Drucksache 436/1/08.

biakban új Btk.) 162. § (2) bekezdése, hasonlóan a szomszédos országok megoldásához, a minősített esettel a különösen sérülékeny sértetti csoportok közül kiemeli a tizennyolcadik életévét be nem töltött személyeket azzal, hogy a sérelmükre megvalósított öngyilkosságban közreműködés, amennyiben az elkövető már betöltötte a tizennyolcadik életévét, súlyosabban büntetendő. Megjegyzem, hogy más jogrendszerekben a terhes nők vagy a fogyatékkal, illetve mentális problémákkal élők kiemelt védelmét is preferálta a jogalkotás.

További újdonságot jelent a *gyermekbarát igazságszolgáltatás megvalósulásához kapcsolódó egyes törvények módosításáról szóló 2012. évi LXII. tv.* által bevezetett norma, az új Btk. 160. § (5) bekezdése, amely az emberölés alapeseteként rendeli büntetni azt, aki a tizennegyedik életévét be nem töltött vagy akaratnyilvánításra képtelen személyt bír rá öngyilkosságra, feltéve, ha az öngyilkosságot elkövetik.⁴² Az öngyilkosságra rábírás fordulata már a korábbi joggyakorlatban⁴³ is problémákat vetett fel, illetve a jogirodalomban is vitát generált, különös tekintettel arra a kérdésre, hogy a gyermek, illetve a beszámítási képességgel nem rendelkező személy öngyilkosságra rábírása esetén a korábbi Btk. 168. § szerint minősülő deliktum valósul meg, vagy ebben az esetben közvetett tettességben elkövetett emberölésről van szó.⁴⁴ Bérczes utal arra részletes kritikájában, hogy az új szabályozás, illetve a Kúria⁴⁵ jogegységi tevékenysége több dogmatikai dilemmát is felvet, különösen a rábíró magatartás büntetőjogi értékelésénél.⁴⁶ Belovics álláspontja szerint – szemben a bírói gyakorlattal és a jogirodalomban elterjedt véleményekkel – az öngyilkosságban közreműködés valójában nem *sui generis* bűncselekmény, hiszen hiányzik az „alpbűncselekmény”, „csak arról van szó, hogy a részesség két típusának, illetve az öngyilkosságban közreműködésnek az elkövetési magatartásait a jogalkotó azonosan határozta meg”.⁴⁷

Ez a sajátosság egyrészt magyarázható a közép-kelet-európai országok történetileg összefonódó jogfejlődésével, fontosabb azonban annak a paternalisztikus felfogásnak⁴⁸ a hatása, amely a 19. századtól a suicidiumot a pszichiátria és az orvostudomány hatókörébe vonva patologizálta.⁴⁹ Az irányzat jelentős alakja az osztrák pszichiáter Ringel, aki – a korabeli kutatási eredmények alapján – kizárta

⁴² BELOVICS Ervin: „Az öngyilkosság büntetőjogi értékelésének sajátosságai” *Magyar Jog* 2014/4. 194–202.

⁴³ Legf. Bír. Bf. II. 772/1981. sz. (BH 1983.7.).

⁴⁴ TÓTH (17. lj.) 506.

⁴⁵ 3/2013. BJE III/2. sz. Büntető jogegységi határozat „Akaratnyilvánításra képtelen passzív alany esetén, minthogy az ilyen személy általában az öngyilkosságra vonatkozó akarat elhatározására sem képes, segítségnyújtással az öngyilkosságban közreműködés fogalmilag nem valósulhat meg. Ilyenkor a tárgyi értelemben öngyilkosságot kimerítő tevékenység „segítése” tulajdonképpen öngyilkosságra rábírás, ami a 160. § (5) bekezdésében meghatározott emberölés megállapítására ad alapot.”

⁴⁶ BÉRCES Viktor: „A rábírás mint elkövetési magatartás értelmezésének kérdései részesség, illetőleg öngyilkosságban közreműködés esetén” *Jogelméleti Szemle* 2015/1. 2–12.

⁴⁷ BELOVICS (42. lj.) 202.

⁴⁸ GAVELA (31. lj.) 18.

⁴⁹ DAGMAR FENNER: „Ist die Suizidverhütung ethisch legitim?” *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 2006/ 11. 223–240.

annak lehetőségét, hogy létezhet szabad akaratú öngyilkosság. 745 személy vizsgálata alapján⁵⁰ – akiket öngyilkossági kísérlet után vett klinikai kezelésbe – állította fel tézisé, hogy az öngyilkosság tényleges oka szinte kivétel nélkül valamely pszichés zavar, ezért a társadalom részéről a suicid magatartásra – mint betegségre – az egyetlen helyes válasz az akut és profilaktikus kezelés.⁵¹

Noha Roxin szerint maga Ringel sem tartotta a büntetőjogot alkalmas eszköznek az önkárosítás megelőzésére,⁵² a korábbi német és osztrák jogirodalomban gyakran hivatkoztak a bécsi pszichiáter tanaira azok a szerzők, akik a halálra irányuló szándékot betegségnek tekintették, és erre tekintettel az öngyilkossághoz kapcsolódó részesi jellegű magatartások büntetendősége mellett foglaltak állást.⁵³

Az újabban uralkodó álláspont⁵⁴ már megkülönbözteti azt az öngyilkossági formát, amely felelős döntés alapján, az egyén abbéli érett, racionális érvrendszerrel megtámasztott döntését jelenti, hogy az életnél jobb számára a halál („*Bilanzsuizid*”).⁵⁵ Ettől határolják el – legalábbis pszichológiai értelemben – a suicid magatartás azon formáját, amellyel az elkövető, komoly elhatározás nélkül, környezete figyelmét kívánja felhívni problémáira („*Appelsuizid*”). Természetesen komoly nehézséget jelent a német büntetőjog-tudomány számára is, hogy megtalálja azokat a kritériumokat, amelyek fennállása esetén az öngyilkosságot szabad akaratúnak tekinthetjük. A kisebbségi nézet elegendőnek tartja a beszámítási képességet (*Schuldlehre*), vagyis annak vizsgálatát, hogy az exculpációs szabályok (gyermekkor, kóros elmeállapot) alkalmazhatóak lennének-e.⁵⁶ Az öngyilkos szabad akaratára tehát akkor hiányzik, ha e normák értelmében quasi bűnösség nélkül cselekszik. Következetesebb a beleegyezési tan (*Einwilligungslehre*), amely a testi sértésbe való beleegyezéshez szükséges természetes belátási és ítélőképességet szabja feltételként. A szigorú beleegyezési tan (*strenge Einwilligungungslehre*) még tovább megy, és a kívánságra való ölésnél (StGB 216. §) megkövetelt kívánat komolyságát és kifejezettségét ismeri csak el.⁵⁷ Az állandó bírósági gyakorlat mindenestre gyermekkorúak esetén eleve kizárja a szabad akaratú öngyilkosság lehetőségét.⁵⁸

⁵⁰ Erwin RINGEL: *Der Selbstmord: Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung: eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern* (Wien-Düsseldorf: Maudrich 1953).

⁵¹ Erwin RINGEL: *Selbstmord. Appel an die anderen. Eine Hilfestellung für Gefährdete und ihre Umwelt* (München: Kaiser 1980).

⁵² Claus ROXIN: „Die Mitwirkung beim Suizid” in Hans-Heinrich JESCHECK – Hans LÜTTGER: (szerk.): *Festschrift für Eduard Dreher zum 70. Geburtstag: am 29. April 1977* (Berlin – New York: Walter De Gruyter 1977) 332–356.

⁵³ Peter BRINGEWAT: „Die Strafbarkeit der Beteiligung an fremder Selbsttötung als Grenzproblem der Strafrechtsdogmatik” *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft* 1975/3. 623–649.

⁵⁴ Albin ESER – Detlev STERNBERG-LIEBEN: „Vorbemerkungen zu §§ 211 ff.” in Albin ESER (szerk.): *Schönke/Schröder Strafgesetzbuch. Kommentar* (München: C. H. Beck 2014) 1996–2020.

⁵⁵ Wilfried BOTCKE: *Suizid und Strafrecht* (Berlin: Duncker & Humblot 1982) 353.

⁵⁶ ESER–STERNBERG-LIEBEN (54. l.) 1996–2020.

⁵⁷ Johannes WESSELS – Werner BEULKE – Helmuth SATZGER: *Strafrecht Allgemeiner Teil. Die Straftat und ihr Aufbau* (München: C. H. Beck 2015) 190–225.

⁵⁸ BGH 19, 135.

Napjaink német nyelvű jogirodalma alapján azonban nyilvánvaló, hogy az öngyilkosság káros vagy patológiás mivoltának értékelése, illetve az önkárosító magatartás elhárítása nem a büntetőjog feladata.⁵⁹

Jelen tanulmány szerzőjének meggyőződése, hogy a suicidium multikauzális, komplex probléma, amely lélektani, szociokulturális és biológiai tényezők sajátos összjátékának eredménye, ezért olyan interdiszciplináris megközelítést igényel, amelyre a büntetőjogász nem vállalkozhat. A büntetőjog szempontjából ezért egyetlen releváns kijelentés tehető: az öngyilkosság nem tényállásszerű cselekmény, ezért nem tartozik a jogág érdeklődési körébe. Minden más érvelésben, amely ezt a megállapítást felülírni törekszik, ideológiai és axiológiai szempontokkal terhelt elemek jelennek meg még abban az esetben is, ha az argumentáció empirikus tudományok eredményeire hivatkozik a büntetendőség kiterjesztésének érdekében.

5. AZ ÖNGYILKOSSÁG A HAZAI BÜNTETŐJOGI DOGMATIKÁBAN

A rendszerváltozást megelőzően a Legfelsőbb Bíróság 1981-ben – egy emberölési ügy kapcsán – foglalkozott utoljára részletesebben az öngyilkosság dogmatikai kérdéseivel.

„A Btk. az öngyilkosságot, illetőleg ennek megkísérlését nem tekinti bűncselekménynek. Minthogy azonban az öngyilkosságot a közfelfogás elítéli és az erkölcsi normákkal is ellentétes, ennek megelőzése érdekében a Btk. 168. §-a az ehhez kapcsolódó járulékos jellegű magatartásokat – nevezetesen az erre való rábírást és az ehhez való segítségnyújtást – önálló (*sui generis*) bűncselekménynek nyilvánítja.”⁶⁰

A határozat indokolásából három lényeges következtetést vonhatunk le az öngyilkosság büntetőjogi megítéléséről. Először is, a suicidium – noha nem bűncselekmény – társadalomra veszélyes cselekményként jelenik meg, és ez a sajátossága alapozza meg a 168. § létét, vagyis az öngyilkossághoz kapcsolódó részesi magatartások *sui generis* büntethetőségét. Másrésztől, a hivatkozás a „közfelfogásra” és az „erkölcsi normákra” egyértelmű törekvést mutat a jog átmoralizálására. Végül az is kitűnik, hogy az LB a büntetőjogot a mentálhigiénés prevenció legitim eszközének tekintette. Mindez megfelelt a kor uralkodó jogfelfogásának, amely az öngyilkosságot ugyan nem büntette, de azt a szocialista erkölccsel ellentétesnek nyilvánítja, a szocialista erkölcs szempontjából pedig társadalomra veszélyes cselekménynek. Hasonló tételt állít fel disszertációjában Monory is.⁶¹

⁵⁹ Hartmut SCHNEIDER: „Sechzehnter Abschnitt. Straftaten gegen das Leben. Vorbemerkung zu den §§ 211 ff.” in Wolfgang JOECKS – Claus MIEBACH (szerk.): *Münchener Kommentar zum StGB. Band 4* (Heidelberg: C. F. Müller 2012) 360–466; ESER–STERNBERG–LIEBEN (54. lj.) 1996–2020.

⁶⁰ Legf. Bír. Bf. II. 772/1981. sz. (BH 1983.7.).

⁶¹ MONORY Bulcs: *Az eutanázia modern értelmezése* (Budapest: Diss 1985).

Hozzá kell tennünk, hogy hazai jogunk, jórészt 19. századi osztrák mintákat követve, európai összehasonlításban is mindig szigorúan bánt azokkal, akik önkezelőleg vetettek véget életüknek.⁶² Büntetőjogászaink ezért az öngyilkosságban közreműködést is súlyos cselekményként ítélték meg. Edvi írja kommentárjában:

„Semmi sem esik a rábeszélő, vagy a segítő mentiségére. Ez utóbbi nyugodt elmével, teljes öntudattal és hideg számítással működik közre embertársának megsemmisítésében, sőt gyakran ahelyett, hogy visszatartóztatná őt a végzetes lépéstől, maga költi fel benne az ún. társadalmi menthetetlenség bűnös előítéletét.”⁶³

Angyal Pál vélekedése hasonlóan erélyes: „Az emberi élet elpusztítása legyen az bár értéktelen vagy történjek szánalomból, az ölés fogalmi körébe esik.”⁶⁴

Noha a Kúria 3/2013. számú BJE határozata már moralizáló felhangok nélkül, tárgyilagosan állapítja meg, hogy az öngyilkosság a magyar büntetőjog szerint nem bűncselekmény, az ezredforduló utáni jogirodalomban is bőséggel találunk bizonyítékokat a korábbi jogszemlélet továbbélésére. Ennek egyik szemléletes példája Dr. Tersztyánszkyné dr. Vasadi Éva alkotmánybíró 22/2003. (IV. 28.) AB határozatban szereplő párhuzamos indokolása, melyben kifejti, hogy „Az emberi méltósághoz való jogból, illetve az abból levezetett önrendelkezési jogból nem következik a saját halálról való döntés joga, sem pedig öngyilkosság elkövetéséhez való jog; ilyen jogok nem léteznek”.⁶⁵

Mindenekelőtt a segítségnyújtás elmulasztásának dogmatikájánál tartják fenn szerzőink azt az álláspontot, hogy az életet vagy testi épséget közvetlenül veszélyeztető helyzet szempontjából irreleváns, hogy a passzív alany akár öngyilkossági kísérlet következtében szorul segítségre.⁶⁶ „Sérült tehát az a személy is, aki öngyilkosságot kísérelt meg, cselekménye azonban eredménytelen maradt.”⁶⁷ Nyilvánvaló, hogy ez megközelítés is azt feltételezi, hogy az élet önkezelő elvétele mögött mindig a beszámíthatóság hiányát vagy a halálra irányuló szándék komolytalanságát kell feltételeznünk.

A kérdés azonban így változatlan marad: igazolható-e, ha egy jogrendszer minden öngyilkosságot, tekintet nélkül annak körülményeire, a természeti oksággal helyez egy szintre, és olyan balesetként kezel, amelyben a sértett akarata nem akceptálható.

⁶² BATÓ (8. lj.) 72–87.

⁶³ EDVI Illés Károly: *A magyar büntető törvénykönyv magyarázata* (Budapest: Révai Testvérek 1909) 415–418.

⁶⁴ ANGYAL Pál: *Az ember élete elleni bűncselekmények és a párviadal* (Budapest: Athenaeum 1928) 11.

⁶⁵ 22/2003. (IV. 28.) AB hat., ABH 2003/235. Dr. Tersztyánszkyné dr. Vasadi Éva különvéleménye.

⁶⁶ HORVÁTH Tibor: „XV. fejezet. Az élet, a testi épség és az egészség elleni bűncselekmények” in HORVÁTH Tibor – LÉVAY Miklós (szerk.): *Magyar büntetőjog. Különös Rész* (Budapest: Wolters Kluwer 2013).

⁶⁷ ERDŐSY Emil – FÖLDEVÁRY József – TÓTH Mihály: *Magyar büntetőjog. Különös Rész* (Budapest: Osiris 2004) 113.

Természetesen nem azt akarjuk bizonyítani, hogy öngyilkosság esetén nem érvényesül – az elvárhatóság határai között – az általános segítségnyújtási kötelezettség, hanem azt, hogy e kötelezettség alól *de lege lata* el kell ismerni kivételeket. Ennek megfelelően álláspontunk szerint az eredmény-elhárítási kötelezettség terjedelmét is szűkebben kell megvonni suicid cselekményeknél. Arra következtetünk, hogy amennyiben a halálos beteg szabad akaratú öngyilkosságot követ el, úgy hozzátartozójának vagy orvosának nem áll fenn felelőssége a halálos eredmény elhárítására. Az objektív beszámítás értelmében ugyanis az életvédelmi norma célja nem lehet az, hogy a sértettet saját szabad akaratától oltalmazza, különösképpen akkor nem, ha a döntés mindvégig a sértett kezében marad. A szabad akaratú öngyilkosság fogalmának kimunkálása, ahogyan a német példánál láttuk, nyilvánvalóan nehéz feladatot ró a jogalkalmazásra. Azonban úgy véljük, hogy ettől a teheről nem mentesíthetjük a bíróságokat. Hangsúlyozzuk: ez a megközelítés érintetlenül hagyja az önveszélyeztetés és a sértett beleegyezésével történő, de más által megvalósított veszélyeztetés közötti különbségtételt, vagyis végső soron az emberölés, tehát a más megölésének tabuját.

Különösen érdekes problémákat vet fel, ha az öngyilkosságot közhatalmi aktszal akadályozzuk meg. Bizonyos ágazati normák, mint a *rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. tv. 37. § c)* pontja, előírják, hogy a rendőr biztonsági intézkedés keretében lehetőleg akadályozza meg a suicidiumot. Ehhez hasonlóan a törvény 39. § (1) bekezdésének *a)* pontja felhatalmazza a rendőrt, hogy magánlakásba beocsátás vagy hatósági határozat nélkül is beléphet öngyilkosság megakadályozása céljából. Öngyilkosság esetén ugyan joggal indulhatnánk ki abból, hogy a suicidium elkövetése már önmagában a halálra irányuló szándék megkérdőjelezhetetlen jele. Kis szerint viszont ilyenkor az állam nincs abban a tényleges helyzetben, hogy ezt hatékonyan ellenőrizze, az objektív életvédelmi kötelezettsége nyilvánvalóan mindenkire kiterjed.⁶⁸ Ezzel a meglátással maradéktalanul egyetértünk, hiszen teljességgel életszerűtlen lenne, ha a rendőrtől azt követelnénk meg: ahelyett, hogy minden lehetséges eszközzel küzdene az öngyilkosságot elkövetni szándékozó egyénért, időt rabló módon az öngyilkosság motivációit vizsgálná.

Álláspontunk értelmében viszont az életvegi döntések fogalomkörébe eső cselekményeknél kétség nem férhet a szándék komolyságához, hiszen – különösen a hazai jogrendben – maga a jogalkotó adott jogszabályi engedélyt az egészségügyi ágazati szabályok megalkotásával arra, hogy a gyógyíthatatlan betegek esetén kivételt tegyünk az életvédelmi normák általánossága alól.

⁶⁸ Kis János: „Eutanázia” in Kis János (szerk.): *Az állam semlegessége* (Budapest: Atlantis 1997) 289.

6. ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK ÉS ÖNGYILKOSSÁG: VESZÉLYES GONDOLATKÍSÉRLET

Az 1997. évi CLIV. tv. (Eütv.) 20. § (3) bekezdése – az európai mintákhoz igazodóan⁶⁹ – a betegség természetes lefolyása érdekében lehetővé teszi az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítását,⁷⁰ ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül megfelelő egészségügyi ellátás mellett is halálhoz vezet és gyógyíthatatlan.⁷¹

Noha erre az eljárásra tudomásunk szerint Magyarországon még soha nem került sor, érdemes túllépni a nehézkes és bürokratikus szabályokon és a büntetőjogász szemével, a cselekvőség és a büntethetőség szempontjából megvizsgálni, hogy mit is takar a fenti, Alkotmánybíróság által is vizsgált normaszöveg.⁷²

A büntetőjog kizárólagos tárgya az emberi magatartás. Fel kell tehát vázolnunk egy fiktív scenáriót, hogy a valóságban miképpen is élhetnek a terminális állapotú betegek az önrendelkezési jogukkal, különösen abban az esetben, ha életfunkcióikat gépi úton tartják fenn. Elvonatkoztatva az alapjogi deklarációk magasztos értékeitől, meg kell vizsgálnunk, hogy a kauzalitás törvényszerűségeinek alávetett világban, „az emberi cselekvőség világában” (Bibó)⁷³ miképpen kerülhet sor az Eütv. 20 § (3) bekezdése szerinti ellátások „megszüntetésére vagy mellőzésére”. Ebben az esetben ugyanis nem történhet más, mint az, hogy – természetesen az Eütv. 20. § (2) bekezdésében szereplő alaki előírások szigorú betartásával – az orvos vagy az ápoló odalép a respirátorhoz, és elfordít egy kapcsolót, vagy más módon megszünteti a készülék áramellátását. Túllépve azon a meddő vitán, hogy ez az aktus mulasztásnak vagy tevékenységnek minősül, bizonyos, hogy a kapcsoló elfordítása és a beteg halála között kauzális kapcsolat van. Az eredményközpontú büntetőjogi gondolkodás nem fogadja el a „passzív” és „aktív” eutanázia közötti szándékeltikai megkülönböztetést, és azt vizsgálja, hogy az orvos tevékenysége okozati összefüggésben állt-e a beteg halálával. Azokat az oksági folyamatban közrejátszó körülményeket, amelyek siettetik, elősegítik az eredmény bekövetkezését, de az oksági folyamatban alapvető jelentőségük nincsen, az okozati összefüggést meg nem szakító, közreható okoknak (*concausa*) nevezzük. Az okozati kapcsolat távoli vagy közeli jellege pedig a bűncselekmény minősítése szempontjából közömbös, csak a büntetés kiszabásánál értékelhető. A hazai bírói gyakorlat egységes abban a kérdésben,⁷⁴ hogy amennyiben az elkövető magatartása tényállásszerű – márpedig jelen esetben a kapcsoló elfordítása az lehet –, akkor az adott cselekmény és az

⁶⁹ *Pretty v. The United Kingdom*, no. 2346/02, § 63, ECHR 2002–III.

⁷⁰ Dósa Ágnes: „Az életvégi döntések jogi szabályozásának dilemmái” in Filó (18. lj.) 99–100.

⁷¹ Nem utasítható vissza az életfenntartó, vagy életmentő beavatkozás, ha várandós nőről van szó, aki előreláthatóan képes a gyermek kihordására. Dósa (70. lj.) pontosítja, hogy a jogalkotó, cselekvőképesség esetén, valójában egyetlen feltételhez kötötte: a betegség megfelelő ellátása mellett is, rövid időn belül bekövetkező halálhoz.

⁷² 22/2003. (IV. 28.) AB hat., ABH 2003/235.

⁷³ Bibó István: „Kényszer, jog, szabadság” in Vida István – Nagy Endre (szerk.): *Bibó István. Válogatott tanulmányok. I. kötet* (Budapest: Magvető 1986).

⁷⁴ Legf. Bir. Bfv. II. 1124/2004. sz.; BH 1982/179; BH 1993/7; EBH 2005. 1291.

eredmény között az okozati összefüggés is fennáll, függetlenül attól, hogy az elkövető által megindított folyamatban más körülmények (például maga a betegség) is közrehatottak.⁷⁵ Ennek alapján az az elterjedt argumentáció sem lenne elfogadható az orvos javára, hogy a kezelések beszüntetése „csak siettetete” az alapbetegség miatt biztosan bekövetkező halált.

Mindezek alapján leírhatjuk tehát – morális intuíciónk tiltakozása ellenére is –, hogy az orvos, természetesen a megfelelő absztrakt és konkrét engedély felhatalmazásával, a szakmai szabályoknak megfelelően, a beteg önrendelkezésének kiteljesítése érdekében, de szándékosan megöli a beteget. Az egészségügyi jogszabályok tehát felülírják a másik személy megölésének tabuját. Ha pedig egy jogrend bizonyos körülmények fennállása esetén akceptálható döntésnek tartja, hogy az életfenntartó kezelések visszautasítása körében az orvos a beteg kérésére kikapcsolja a lélegeztető gépet, tehát felhatalmazza egy másik személy megölésére, akkor szükségszerűen azt is racionális, felelős döntésnek kell tartania, ha a beteg önmaga teszi ezt meg. Ennek megfelelően, ha abból a premisszából indulunk ki, hogy az élet mint individuális jogi tárgy az életvégi döntések körében a jogalkotó felhatalmazása alapján az egyén autonómiájának körébe esik, akkor a felette való rendelkezés semmiképpen sem vonhat maga után büntetőjogi következményeket az öngyilkosságban közreműködő vonatkozásában sem. Visszatérve az imént felvázolt képzeletbeli példához: az orvosnak, aki ugyanabban az élethelyzetben a beteg kívánalmára, a törvény felhatalmazásával quasi-tettesként büntetlenséget élvezve fordíthatja el a lélegeztetőgép kapcsolóját, abban az esetben is mentesülnie kell a büntetőjog fenyegetésétől, ha a beteg öngyilkosságához annak kérésére quasi-részesként halálos dóziszú gyógyszert szolgáltat ki. A büntetőjogi életvédelem számegegyesén ugyanis éppen a suicidium jelenti a kiindulópontot, a zérust. Nyilvánvaló ezért, hogy a tetteskénti ölés magasabb értéket képvisel a pozitív tartományban – tehát nagyobb sérelmet vagy veszélyeztetést jelent a jogtárgyra nézve –, mint a pusztá közreműködés, ahol a sértett az utolsó pillanatban is visszavonhat.⁷⁶

Érvelésünkkel természetesen nem az orvos cselekvési lehetőségeit vagy a beteg önrendelkezési jogát kívánjuk szűkíteni az életvégi döntések körében, hanem arra

⁷⁵ Ennek megfelelően megállapítható az emberölés kísérlete abban az esetben is, amikor az elkövető olyan körülményeket biztosít, amelyek egyéb feltételeknél fogva, vagy a sértett magatartásával együtt vezetnek az eredmény beálltához. Ilyen pl. a mérgezett folyadék tervszerű elhelyezése emberölés céljából (BJD 997.).

⁷⁶ Az onkológus professzor, Dr. Hackethal magánklinikáján hosszú ideig kezelte páciensét – a későbbi sértettet – gyógyíthatatlan, a felső állcsont öblében burjánzó rákos daganattal, amely csillapíthatatlan panaszokat okozott. A betegség előrehaladtával a vádlott – annak kérésére – megígérte a sértettnek, hogy a lehetőségekhez képest segíteni fogja, ha úgy dönt, hogy meg kíván szabadulni életétől, és tájékoztatta, hogy milyen szerek alkalmasak az élet gyors és fájdalommentes kioltására. A sértett a ciánkálit választotta. 1984. április 4-én rövid beszélgetés után a vádlott elmondta a sértettnek, hogy a mérgezést veszélyes, és a biztonságos kezelés érdekében milyen övintézkedéseket kell betartani, majd elhagyta a betegszobát, és munkatársának odaadta a folyadékot tartalmazó üveget azzal, hogy vigye be a sértetthez, aki miután kiitta a folyadékot, rövid időn belül meghalt. A fenti esetet a német bíróság öngyilkosságban való büntetlen közreműködésnek minősítette. Lásd OLG München NJW 1987, 2940.

az ellentmondásra kívánunk rámutatni, hogy míg a magyar jogban az egészségügyi jogszabályok kivételt engednek az emberölés általános tilalma alól, addig az öngyilkosságban közreműködést, ahol a döntés faktuálisan is a sértett kezében marad, a büntetőjog a kontinensen a legsúlyosabb büntetési tétellel sújtja.

Végkövetkeztetésként arra a *de lege ferenda* javaslatra jutunk, hogy a jogalkotónak meg kell fontolnia: célszerű lenne akképpen módosítani az új Btk. 162. § tényállását, hogy az öngyilkosságban közreműködés quasi-bűnsegédi alakzata ne legyen büntetendő, ha a segítségnyújtást az életvégi döntések körében az erre jogosult személy valósítja meg.

Az öngyilkosságban közreműködés ugyanis – noha elsődleges jogi tárgya kétségtelenül az emberi élet – nem emberölési bűncselekmény, hanem mind a tárgyi, mind az alanyi oldalon kivételes jegyeket felmutató deliktum, amelynek védelmi körébe kell vonnunk az élet méltó befejezésének szabadságát is.

Vizsgálatunkból az következik, hogy nem tartható a hazai jogirodalomban uralkodó álláspont, amely minden öngyilkosságot kivétel nélkül kórosnak vagy társadalomra veszélyesnek bélyegez, az öngyilkost pedig beszámíthatatlannak tartja. A büntetőjognak, amely felelősségi rendszerét változatlanul a szabad akarat tanára alapítja, el kell fogadnia, hogy létezik olyan élethelyzet, amelyben az autonóm személy, legalábbis szubjektív racionalitásának megfelelően dönt a saját életének önkezü befejezéséről.

7. KÖVETKEZTETÉSEK

Összefoglalva eredményeinket: az öngyilkosságban közreműködés büntetendősé-
gének komparatív és történeti vizsgálata azt mutatja, hogy e cselekmények érté-
kelése kiváló indikátora annak a felfogásnak, hogy egy korszak jogrendje hogyan
foglalt állást az egyén jogairól és kötelezettségeiről az individualizmus és a szociá-
lis kötöttség közötti feszültségben. Az emberi élet autonóm befejezésének lehetősé-
ge az egyén lehetséges szabadságát jeleníti meg azzal a társadalmi döntéssel szem-
ben, hogy az élet önkezü elvétele erkölcsös vagy erkölcstelen. Attól függően, hogy
a mindenkori jogelméleti paradigma milyen helyet biztosított az individuum szub-
jektív akaratának a közösségi akarattal szemben, változik az életvégi döntések-
hez kapcsolódó magatartások megítélése a büntetőjogi felelősségtanban. Alapvető
morális és jogi különbségtételt jelent azonban, hogy noha az emberölés általános
tilalmának, az emberölés tabujának érvényre juttatása elsődleges állami feladat, a
világnézetileg semleges államban az öngyilkosság szabadsága az egyén magán-
szférájába esik. Ennek a felismerésnek megfelelően kell hatályos jogunkban ellent-
mondás-mentesen megalkotni az emberi élet méltó befejezésének jogát védő sza-
bályozási rendszert.

KÖZLÉSI FELTÉTELEK

Az Állam- és Jogtudomány a Magyar Tudományos Akadémia Társadalomtudományi Kutatóközpont Jogtudományi Intézetének folyóirata. Fórumot biztosít az állam- és jogtudományi kutatások eredményeit közlő tanulmányoknak és ismertetőket ad közre a közelmúltban megjelent kiadványokról. Az évente négy számot megjelenítő orgánus az akadémiai doktori eljárás szempontjából a magyar folyóiratok számára meghatározott legjobb minősítéssel rendelkezik.

A kétszeresen is anonim lektorálás rendszerében a Szerkesztőség minden közlésre benyújtott kéziratról beszerzi két lektor véleményét. A Szerkesztőség a kézirat befogadásról vagy elutasításáról, valamint a lektori véleményekről (anonimizált formában) tájékoztatást ad a szerzőknek. Ezt követően a szerző a mű hagyományos és elektronikus formában történő közzétételének (más számára történő átengedésének) kizárólagos jogait átruhazza az MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont Jogtudományi Intézetére.

A kéziratok beküldésekor kérjük megadni a feltüntetni kívánt tudományos fokozatot, munkahelyi beosztást, munkahelyet és annak címét, valamint a szerző e-mail címét. A megjelentetni kívánt kézirat terjedelme a tanulmány rovatban minimum egy szerzői ív [40.000 n (karakter)], maximum két szerzői ív (80.000 n), recenzió esetén pedig minimum negyed szerzői ív (10.000 n), maximum egy szerzői ív (40.000 n). A tanulmány rovatban megjelentetni kívánt cikkhez kérjük, mellékeljenek egy maximum 2500 n terjedelmű magyar nyelvű rezümét. A szerkesztőségi irányelvek szerint a folyóiratban megjelenő recenziók röviden ismertetik a mű felépítését és főbb téziseit, elhelyezik azt a szakirodalom kontextusában, utalnak annak újításaira a meglévő írásokhoz képest, valamint – az eredményekre és a hiányságokra egyaránt rámutatva – értékelik a művet és továbbgondolják a szerző megállapításait.

A kéziratoknak (és az azokban szereplő jogszabályi és jogirodalmi hivatkozásoknak) meg kell felelniük azoknak a formai követelményeknek, amelyeket a folyóirat internetes felületén (<http://jog.tk.mta.hu/ajt>) közzétett útmutató tartalmaz. A recenziók a tanulmányokra irányadó hivatkozási mintát követik, azzal az eltéréssel, hogy az ismertetett mű oldalszámait a főszövegben jelenítendő meg, a következő minta szerint: (28. o.).

A kézirat megküldésével egyidejűleg a szerző köteles nyilatkozni arról, hogy a cikk (magyar nyelven) más orgánumnál még nem jelent meg, és ilyen célból nem is nyújtja/nyújtotta be. A kétszeresen is anonim lektorálás rendszerére tekintettel kéziratukat olyan formában is küldjék el, amelyből kihagyják nevüket, intézményi hovatartozásukat, e-mail címüket, valamint az önazonosító idézeteket és hivatkozásokat (pl. „saját korábbi tanulmányomban lásd bibliográfiai adatok”). A tanulmányokat tartalmazó két dokumentumot (pl. szerzőneve.doc[x], illetve „szerzőneve_anonim.doc[x]”) szövegfájl formátumban kérjük eljuttatni az ajttan@tk.mta.hu, a recenziókat pedig az ajttrec@tk.mta.hu e-mail címre.

A Szerkesztőség

A BETŰTÍPUSRÓL

Az Állam- és Jogtudomány betűtípusa a Kner Antikva. Ezt a betűtípust a huszadik század elejére jelentős hazai műhellyé fejlődött gyomai Kner-nyomda a tízes évek elején választotta standard betűjének.

A betű eredeti neve Lipcsei Egyetemi Antikva (*Leipziger Universitäts Antiqua*), melyet Kravjánszki Róbert digitalizált, és tiszteletből Kner Antikvának nevezte el. Kner Imre így írt kedvenc betűjéről: „[...] ezt a betűt választottuk tipográfiai stílusunk alapjául. Alkalmassá tette erre eléggé semleges karaktere [...] Ennek a betűnek semmi idegenszerű jellege nincs, nagyon alkalmas magyar szöveg szedésére, s teljes, jól kiépített család áll belőle rendelkezésre, amelynek egyes fokozatai eléggé egyenletesen helyezkednek el a papiros síkján.” (Kner Imre: *A könyv művészete*, Budapest: Szépirodalmi Könyvkiadó 1972, 237.)

Ár: 950 Ft.

Évi előfizetési díj: 3800 Ft.