

In memoriam  
Karsai Dániel (1977–2024)

## TANULMÁNY

*Tóth Gábor Attila*  
Eutanázia és egyenlő méltóság  
————— 6 —————

*Sándor Judit*  
Az életvégi önrendelkezés és a láthatatlan vasfüggöny  
————— 24 —————

## FÓRUM

Az életvégi döntésekről

*Kovács József*  
Az életvégi döntések kérdése a bioetika szemszögéből  
————— 36 —————

*Kussinszky Anikó*  
Életvégi döntések gyermekek esetében  
————— 50 —————

*Barcsi Tamás – Nemes László*  
Az eutanáziavita és az elmúlás gondolata. Kell-e foglalkoznunk a halandóságunkkal?  
————— 59 —————

## DOKUMENTUM ÉS KOMMENTÁR

*Tóth J. Zoltán – Köbel Dávid*  
A német Szövetségi Alkotmánybíróság döntése az asszisztált öngyilkosságról  
————— 65 —————

*Zeller Judit*  
Méltósággal meghalni  
A német és osztrák alkotmánybíróságok asszisztált öngyilkosságot érintő határozatai  
————— 70 —————

*Filó Mihály*  
Öngyilkosságban közreműködés és jogösszehasonlítás:  
Ausztria példája  
————— 82 —————

*Kollarics Flóra – Stánicz Péter*  
Az életvégi döntések legújabb fejleményei Magyarországon:  
elemzés a Karsai-ügyben hozott ítélet mentén  
————— 89 —————

*Körműves Sándor*  
Kanada: „Egészségügyi halálba segítés”  
—————100—————

## DÖNTÉS UTÁN

Az Emberi Jogok Európai Bíróságának legutóbbi döntéseiből  
—————109—————

## SZEMLE

*Mészáros Gábor*  
Jogállami diszfunkció és a nemdemokráciák kezelésének lehetőségei  
—————125—————

*Turai Katalin*  
Karsai Dániel – Bíró Bence – Szenteczki Zita: *Egy tökéletes nap*  
—————133—————

## JOGVÉDŐK

*Muszbek Katalin – Csikós Dóra – Gaal Ilona – Bíró Eszter – Tóth Krisztina*  
Életvégi döntések a hospice ellátás gyakorlatában  
—————138—————

Abstracts

—————144—————

E számunk szerzői

—————145—————

## TISZTELT OLVASÓINK!

A Fundamentum 1997 óta jelent meg nyomtatott formában. 2016-tól kezdődően már nincs módunk a nyomtatott változat kiadására, azóta csak elektronikusan jelenünk meg. Megtisztelő olvasói figyelmükre a jövőben is számítunk!

Kövessen minket a Facebookon is: Fundamentum  
<http://www.facebook.com/fundamentumfoldresz>

# IN MEMORIAM

## KARSAI DÁNIEL (1977–2024)

Karsai Dániel majd' két éven keresztül versenyt futott az idővel, hogy az általa oly jól ismert strasbourgi Emberi Jogok Európai Bírósága még életében döntson az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság magyarországi tilalmának egyezménybe ütközéséről. A döntés ugyan időben született, de a kérelem elutasításáról szólt. Az ügy arra indította a szerkesztőseget, hogy következő tematikus számunkat az eutanázia témájának szenteljük, és ezzel is tisztelegjünk állandó szerzőnknek (utolsó cikkét, egy számára ugyancsak kifogásolható, Magyarországot érintő strasbourgi döntésről, amely a *Fundamentum* 2023/2–3. számában jelent meg, már a betegsége alatt írta) az emberi jogok magyarországi érvényesüléséért folytatott utolsó harca előtt.

Nagyon szerettük volna még Dani életében kijönni ezzel a számmal. Sajnos, ez nem sikerült. Csak annyit értünk el, hogy a róla szóló jogerős strasbourgi döntésnek azt a hosszabb összefoglalóját, amelyet a mostanra elkészült szám is tartalmaz, előzetesen kitettük a *Fundamentum* honlapjára, így azt még olvashatta. És ahogy sohasem lankadó szakmai érdeklődését ismertük, bizonyára olvasta is.

Dani azonban nem végleg lett pervesztes, mert biztosak lehetünk benne, hogy előbb-utóbb kialakul az európai konszenzus – amelynek hiánya most még panasza elutasítását eredményezte –, és elismerést nyer az életvégi döntésekben az egyéni autonómia. Harcával tehát Dani adósává tette Európa azon lakosait, akik egyszer majd élni tudnak ezzel az emberi méltósággal összefüggő joggal. De a fő adósok Magyarországgal polgárai. Es nem csak a mostani, az alkotmány címéből és az állam nevéből ellopott Magyar Köztársaság, hanem egy jövőbeni valódi köztársasági Magyarország polgárai is. Mert a köztársaság nem csak az állam formája, nem csak annyit jelent, hogy nem élünk monarchiában, hanem egyfajta értékközösség, lehetőleg minél több emberé az állampolgárok közösségén belül, akik – sokféle felfogásuk ellenére – aktív közéleti részvétel révén, közösen tesznek azért, hogy szabadságban és demokráciában élhessenek. Úgy, mint az 1848-as forradalom és szabadságharc, valamint Kossuth 1851-es alkotmánytervezetének hívei; a köztársaságról szóló 1946. évi I. törvény, majd az 1989-es rendszerváltás kezdeményezői és alkotmányának megalkotói. A magyar történelemnek ezek a ritka demokratikus pillanatai – a belső-külső ellenség nyomása alatt – éppen azért voltak olyan rövid életűek, mert egy szűkebb

eliten túl nem voltak elegenden azok, akik aktívan kiálltak a köztársaság elveiért.

Dani egész munkássága ennek az ideálnak a megvalósításáról szólt. Az emberhez méltó halál szabadságának követelése nemcsak saját maga, de az egész politikai közösség számára a személynek azt az autonómiáját kívánta meghonosítani, ami nélkül nincs szabadság és demokrácia. Tette mindezt egy, az egyéni szabadságot lábbal taposó illiberális rendszerben. Ezzel a törekvéssel folytatója lett egy nem olyan régi és, sajnos, felemás sikerű hagyománynak, amelyet az első Alkotmánybíróság indított el, az egy éve elhunyt Sólyom László vezetésével. Ez a testület iktatta a „láthatatlan alkotmány” betűi közé az egyenlő méltóságú személyek önrendelkezési jogát. Az eutanázia kérdésében azonban Sólyom és a bíróság megtorpant. Nem vállalták a testület előtt fekvő indítvány elbírálását, mert úgy ítélték meg, hogy az általuk kialakítani vágyott alkotmányos kultúra állapota nem teszi még lehetővé az önrendelkezési jog kiterjesztését az életvégi döntésekre. Mint 2010 óta látjuk, ennek a kultúrának a hiánya is közrejátszott abban, hogy a polgárok jelentős hányada szó nélkül hagyta/hagyja a köztársaságnak, a demokráciának és az alkotmányosságnak, és ezen belül az egyének önrendelkezési jogának a hiányát.

Dani harca az emberhez méltó halál kodifikációjáért tehát messze túlvezet egy jogelv meghonosításán. Arról is szól, hogy vajon mennyi esélye van az ilyen kezdeményezéseknek arra, hogy a szélesebb közvélemény megértse ennek és az ehhez hasonló ügyeknek a fontosságát nemcsak egy liberális demokratikus alkotmányosság meggyökereztetésében, hanem abban is, hogy méltósággal élhessék életüket, és ha ez nem lehetséges, választhassák a méltó halált. De ugyanez az ideál vezérelte Danit akkor is, amikor alkotmányjogi versenyeket szervezett a jogi egyetemen, amikor alkotmánybíróági esetek magyarázatáról szóló könyvet jelentetett meg, amikor magas szakmai színvonalon szólt hozzá alkotmányjoggal és emberi jogokkal kapcsolatos jogi és közéleti vitákhoz minden lehetséges fórumon (mint említettük, a *Fundamentum* hasábjain is), és amikor ügyvédi irodája tevékenységének középpontjába emberi jogi ügyek hazai és strasbourgi képviselését tette.

Ezért a republikánus attitűdéért is büszkén emlékezhet rá a *Fundamentum* szerkesztősege, minden mai és majdani magyar polgárral együtt.



# TANULMÁNY

„Beadványával és nyilvános megszólalásaival Dunavölgyi Erzsébet egyszerre jelenítette meg az alapjogi igényt az autonóm személy döntési szabadságára és a másokkal egyenlő méltóságra. Fellépése arra figyelmeztet, hogy a hátrányosabb szociális helyzetűek, a gyengébb érdekérvényesítő képességűek szempontjai is számítanak. Nekik is joguk van törekedni a saját meggyőződésük szerinti jó életre és a jó halálra, illetve az elviselhető végstádiumra. Az egyenlő méltóságukat sérti, ha eszközként kezelik őket, és az is, ha az állam megvonja tőlük az emberhez méltó élethez és a méltóságteli halálhoz szükséges erőforrásokat.”

*(Tóth Gábor Attila)*

„Az életvégi döntések jogi megítélése azért különösen érzékeny terület, mert egyrészt kötődik fontos morális és kulturális kérdésekhez, másrészt pedig sok tényező együttes értékelésére van szükség a megítéléshez. Különböző a betegségek lefolyása – valamint eltérnek és változnak az orvostudomány lehetőségei ezeket illetően –, a jogrendszerbe vetett bizalom, a bioetika helyzete, a palliatív ellátások hozzáférhetősége és színvonala.”

*(Sándor Judit)*

# EUTANÁZIA ÉS EGYENLŐ MÉLTÓSÁG<sup>1</sup>

Dunavölgyi Erzsébet 52 éves józsefvárosi óvónő az egyik tornafoglalkozáson azt vette észre, hogy nem tud lábujjhegyre állni. Megannyi orvosi vizsgálat után, kilenc hónap múlva tudta meg a diagnózist, hogy betegsége gyógyíthatatlan és halálos (ALS, amiotrófiás laterálszklerózis): központi idegrendszerének mozgó idegsejtjei fokozatosan elpusztulnak, emiatt izmai elgyengülnek és lebénulnak, miközben a kognitív és mentális képességei megmaradhatnak, és valószínűleg mintegy két-három év lehet hátra az életéből. Állapota gyorsan romlott, mozgás-képtelenné vált, etetni, pelenkázni, mosdatni kellett. Reggelente az önkormányzati szociális szolgálat gondozója volt nála egy keveset, délután leginkább a lánya járt hozzá. Utolsó napjait, amikor már teljesen lebénult és beszélni sem tudott, egészségügyi ellátásban töltötte. A gépi lélegeztetést és a szondán keresztül táplálást visszautasította. 54 éves korában halt meg.

Dunavölgyi Erzsébet nem akart végigmenni ezen a szenvedésterhelésen és kilátástalan úton. A betegség utolsó fázisa előtt maga akarta befejezni az életét méltóbb körülmények között, halálos dózissal szer bevételével, orvosi iránymutatást követve, a lánya segítségével. Nem törődött bele, hogy ilyesmire a magyar jog és az orvosi praxis nem ad lehetőséget. Kiállt magáért. Volt ereje ahhoz, hogy a széles nyilvánosság előtt bemutassa a helyzetét, továbbá megfogalmazza erkölcsi és jogi aggályait, valamint igényeit. Az ugyanezzel a betegséggel küzdő Karsai Dániel ügyvéd fellépését övező nagy közérdeklődés miatt neki is több megszólalási lehetősége adódott. Amikor hívták, részt vett sajtótájékoztatókon és más eseményen. Beadványt írt a köztársasági elnöknek, a miniszterelnöknek, minisztereknek és parlamenti pártok vezetőinek, hogy kezdeményezzenek törvénymódosítást a halálos betegségben szenvedők öngyilkosságában való közreműködés dekriminalizálására. Ugyanezzel a céllal országos népszavazást kezdeményezett a Nemzeti Választási Bizottságnál.

A köztársasági elnök röviden visszautasította a törvénymódosítási kezdeményezését.<sup>2</sup> A Nemzeti Választási Bizottság terjedelmes indokolással megtagadta a népszavazási kérdés hitelesítését.<sup>3</sup> Dunavölgyi Erzsébet ugyan nem élt jogorvoslattal, de a további

eljárásnak nem is lett volna sok értelme. Ugyanis kevéssel korábban Karsai Péter – Dániel testvére – hasonló indítványa ügyében a Kúria helybehagyta<sup>4</sup> a Nemzeti Választási Bizottság ugyanilyen tartalmú határozatát,<sup>5</sup> majd az Alkotmánybíróság elutasította a Kúria végzése elleni alkotmányjogi panaszt.<sup>6</sup> Időközben négy ellenzéki parlamenti képviselő törvénymódosítási indítványt nyújtott be az „életvégi döntések szabadságának” biztosítása érdekében, de az Országgyűlés napirendre sem vette az előterjesztést.<sup>7</sup> Így a magyar jog megváltoztatására irányuló, formálisan létező lehetőségek kimerültek.

Az iratokból úgy tűnik, hogy ezeknél a kezdeményezéseknél Dunavölgyi Erzsébetnek nem volt professzionális jogi segítsége, megszólalásai és beadványai mégis világosak, koherensek voltak, és céltudatosságot tükröztek. Abban a néhány hónapban, amikor aktív közéleti szerepet tudott vállalni, már túl lehetett azon a pszichés állapoton, amit Elizabeth Kübler-Ross nyomán a tagadás vagy elutasítás állapotának szoktak nevezni, és (még) nem törődött bele, nem fogadta el, hogy ez a megváltoztathatatlan sorsa.<sup>8</sup> Olykor mérlegelően, máskor dühösen szólalt meg, de haragja nem az orvosok vagy a családtagok ellen irányult, és nem is természetfeletti erőket okolt a betegségért. A magyar jogállapotok igazságtalanságát, a közjogi intézmények és a tisztségviselők jogtipró hozzáállását kifogásolta, ami miatt – a kényszerítő természeti erők meghagyta szűk keretek között – nem dönthetett szabadon a saját haláláról, vagyis arról, hogy miként halna meg méltósággal.

## EUTANÁZIÁK

Dunavölgyi Erzsébet azok közé tartozott, akik ebben a kampányban az eutanázia legalizálásáért küzdöttek. Ezt a modern fogalmat használta, és mindenki érthette, hogy miről beszél. Egyrészt azért a modernitás fogalma ez, mert az orvosi technika fejlődése hozta magával. Persze az élet-halál kérdésekről való orvosi döntés a történelem korábbi időszakában is megkerülhetetlen volt, például a súlyos rendellenességgel született újszülöttek ellátásakor

vagy a harctéri sebesültek közötti szelekciónál. De a betegek tömegeit érintő mindennapos kérdéssé a modern orvoslásban vált. Manapság a legtöbben az egészségügyi és szociális ellátórendszer intézményeiben halnak meg. A fejlett országokban az orvoslás műszerek segítségével meg tudja növelni az élet időtartamát, de lehet, hogy nem tud javítani az élet minőségén, csak a gyötrelmeket húzza el, megaláztatást, dehumanizált állapotot előidézve. Ezért az orvoslás olyan etikai és jogi dilemmák sorával szembesül, amelyek korábban elképzelhetetlenek voltak. Dunavölgyi Erzsébet esetében ugyan nem létezett életmentő terápia és gyógyszer, de a

haldoklása elnyújtható volt, és élete legvégén agresszív orvosi beavatkozások jöhettek számításba.

Az eutanázia másrészt a megváltozott társadalmi viszonyok miatt elterjedt modern fogalom. A világnézetileg plurális modern társadalmakban az emberek eltérően gondolkodnak életről és halálról, örömről és szenvedésről. Nem mindenki preferálja a lehető leghosszabb életet, vannak, akik kevesebb szenvedéssel járó életre vágnak, még akkor is, ha az rövidebb. Az embernek a saját testére és életére vonatkozó morális igényei bizonyos részben bíróságok védte törvényes jogosultsággá váltak. Dunavölgyi Erzsébet is morális jogaira hivatkozott, valamint törvényes jogokat igényelt magának és betegársainak.

Az eutanázia azonban meglehetősen sokértelmű kategória. Ennek az inkább etikai, mint jogi fogalomnak nincs egységes meghatározása, lehet átfogó, de utalhat meghatározott tevékenységekre is. A törvénykönyvekben általában nem is szerepel. A bizonytalanságok miatt a domináns angol nyelvű szakirodalom egy része nem használja. A német publikációk zöme a „Sterbehilfe”<sup>9</sup> terminussal helyettesíti, mert kerülni akarja az összecsengést a hitleri tömegpusztító eugenika-programmal, amelyet a náci időkben eutanáziának neveztek. Az eutanázia mégis kifejezőbb, mint az „életvégi döntések” szókapcsolat, mert az utóbbi nem feltétlenül a halálba segítsérről utal, hanem inkább azokra a döntésekre, amelyeket valaki a saját kezelésével kapcsolatban hoz – például az újraélesztés, a mesterséges táplálás, a gépi lélegeztetés, egyes műtéti és más invazív beavatkozások visszautasítása, illetve a palliatív és hospice ellátások igénylése –, de utalhat a halál utáni szervdonációra, a végrendeletre és a búcsúztatásra, temetésre vonatkozó döntésekre is. Dunavölgyi Erzsébetet nyilván mindez foglalkoztatta, de morális és jogi vitája ennél jóval szűkebb körön belül marad.

#### AZ EMBERNEK A SAJÁT TESTÉRE ÉS ÉLETÉRE VONATKOZÓ MORÁLIS IGÉNYEI BIZONYOS RÉSZBEN BÍRÓSÁGOK VÉDTE TÖRVÉNYES JOGOSULTSÁGGÁ VÁLTAK

Aminek a körülhatárolt dekriminalizálásáért küzdött, az az asszisztált öngyilkosság. Ennek lényege, hogy az orvos és adott esetben a hozzátartozó közreműködik, segítséget nyújt, de a beteg maga idézi elő a halálát: az otthonában beveszi az orvos által felírt és a gyógyszerész által kiadott, halált okozó szert (erre van törvényes lehetőség például Ausztriában), vagy az ellátóhelyen megnyomja az infúziót elindító gombot (ez jellemző gyakorlat például Svájcban). Az asszisztált öngyilkosságtól eltérő, aktív eutanáziának nevezett helyzetben az orvos nem átadja, hanem beadja a betegnek a halálos dóziszú szert; azért, hogy le rövidítse a haldoklását (ez legális régóta Hollandiában, de újabban több más országban is). Az asszisztált öngyilkosságban és az aktív eutanáziában közös, hogy a szer átadása, illetve beadása – a halálba segítség – nem kötődik a kezeléshez. A magyar jog kivételt

nem ismerően tiltja mindkettőt.

Amit a magyar jog igen korlátozott módon lehetővé tesz, és amit Dunavölgyi Erzsébet jogszerűen megtehetett, és meg is tett, az az életmentő, illetve életfenntartó kezelés visszautasítása. Ezt szokás önkéntes passzív eutanáziának is nevezni. A kezelés visszautasításához való jog része, hogy a döntésképes beteg visszautasíthatja az újraélesztést, a mesterséges táplálást és lélegeztetést, az élet meghosszabbításához szükséges műtétet. Ilyenkor nemcsak passzív lehet az orvos – például nem kezd el egy életmentő kezelést –, hanem aktív is, hiszen például le kell kapcsolni a gépet, ki kell venni a tubust, ki kell kötni az infúziót, aminek következtében a páciens meghal. Látszik, hogy van különbség az eutanázia aktív és passzív formája között, de ez a különbség nem a magatartás aktív vagy passzív volta, hanem az, hogy passzív eutanázia esetében csak az halhat meg az ellátás megszüntetése után, aki gyógyíthatatlan betegségben szenved, míg az aktív eutanáziától, a halálos szer beadásától egy egészséges ember is meghalna. Vagyis a passzív eutanázia esetében engedik, hogy a természet tegye a dolgát, engedik meghalni a betegnek.<sup>10</sup>

Mindezeket túl az eutanázia fogalmkörében számos olyan gyakorlatot lehet megkülönböztetni, amelyeket a mostani magyarországi eutanáziavita nemigen érintett, viszont a fejlett világban a viták középpontjában állnak. Ezek a viták részben az önkéntesség hiányával kapcsolatos kérdésekről szólnak. A beteg kérésére végrehajtott önkéntes eutanáziától megkülönböztetik a nem önkéntes eutanáziát, ami a beteg érdekében, de az ő rendelkezése nélkül történik. Ti-

pikusan akkor folyik vita az elfogadhatóságáról, ha a beteg már nem döntésképes, korábbi akaratnyilvánítása nem ismert, és kérdéses, hogy fűződik-e bármi érdeke az életben maradáshoz öntudatlanul és érzőképtelenül, a felépülés reális esélye nélkül.<sup>11</sup>

A másik, elméleti és gyakorlati szempontból is nagyon szenzitív esetscsoport, amelyre a magyarországi vita nem terjedt ki, a döntésképeség határaival van összefüggésben.<sup>12</sup> Előfordul, hogy nem fiziológiai, testi megbetegedésben szenvedők kérnek eutanáziát, hanem mentális betegek, akikre nem feltétlenül lehet azt mondani, hogy döntésképtelenek. Tipikus szakirodalmi példa az a nagykorú depressziós beteg, akinek igen alacsony az életminősége, életkilátásai silányak, és aki már sokféle elismert terápiát kipróbált, eredménytelenül: továbbra is értéktelennek és értelmetlen gyötrelmeknek tartja az életét, és meg akar halni. (Hollandia és Belgium törvényben körülírt esetkörben és módon engedni a nem fiziológiai betegségben szenvedők eutanáziáját. A két ország eutanáziasztatikáiban kis százalékot tesz ki ez a csoport.)

Idetartozik még a döntésképes kiskorúak eutanáziája. Az orvoslás belátta, és a szakirodalom is dokumentálja, hogy a gyógyíthatatlan és halálos – leginkább daganatos – betegségben szenvedő gyermekek egy nagyon kis százaléknál nem működnek a palliatív terápiák, nem sikerül megfelelően enyhíteni a gyötrelmeket. (Hollandiában és Belgiumban a döntésképes kiskorúak szülői jóváhagyással kérhetnek aktív eutanáziát, 16 év fölött a szülői jóváhagyás nem feltétlenül szükséges.)

Megfigyelhető, hogy a szakirodalmi elnevezésekre kihat a társadalmi és jogi megítélés változása is. Ahogy nőtt a passzív eutanáziát és az asszisztált öngyilkosságot engedő országok száma, úgy szűkült az eutanáziafogalom alkalmazása. A passzív eutanázia elnevezés majdhogynem kikopott a használatból, és nemigen nevezik eutanáziának a legális asszisztált öngyilkosságot sem. A magyarázat nem annyira a fogalmi pontosságban rejlik, mint abban, hogy az eutanázia megosztó kérdés, és a kifejezéshez negatív aszociációk is kötődnek. Mindazonáltal, az eutanázia különböző variánsainak definitív leírása nem jelent állásfoglalást azok helyességéről vagy elfogadhatóságáról. Ugyanakkor a pro és kontra etikai érvek működésbe lépnek a nyilvános viták fórumain, a parlamenti plenáris vitákon, a bírósági tárgyalótermekben, és etikai érveken alapulnak az alkotmánybírósági és nemzetközi emberi jogi bírósági ítéletek is. Amikor egy bíró vagy bírói testület érdemben állást foglal az eutanáziáról, tudatosan vagy tudatlanul, de megkerülhetetlenül morális érveket alkalmaz, a jogok

valamilyen morális értelmezését követi.<sup>13</sup> Dunavölgyi Erzsébet rövid megnyilvánulásaiban is tükröződtek az alkalmazott etika szakirodalmában számontartott legfontosabb érvek az eutanázia mellett.

## ÉRVEK AZ EUTANÁZIA MELLETT

### *Személyes autonómia*

Amikor Dunavölgyi Erzsébet azt mondja, hogy ő akar dönteni, mert ez az ő élete, teste és szenvedése, akkor az e tekintetben minden bizonnyal legsúlyosabb elvet, az egyéni önrendelkezés elvét hívja segítségül. Érvelése azon alapul, hogy felnőtt, döntésképes, autonóm emberként joga van a saját maga által elgondolt jó életre törekedni, és – mások jogainak tiszteletben tartásával – úgy alakítani az életét, ahogy neki megfelel. A saját életút megválasztásának szabadsága érvényes az életben, és érvényesülnie kell – a kényszerítő természeti feltételek között – a halál módjának és idejének megválasztása tekintetében is.

A saját élet feletti rendelkezést egyaránt támogatja mindkét meghatározó etikai paradigma, a konzekvencialista és a deontológiai. Az egyéni önrendelkezés alighanem leghíresebb filozófiai alátámasztását

John Stuart Mill *A szabadságról* című munkájában olvashatjuk:

„Az egyetlen cél, amelynek érdekében jogosan lehet egy civilizált közösség bármely tagjával szemben – akarat ellenére – erőszakot alkalmazni: mások sérel-

mének megakadályozása. Az ő saját – fizikai vagy erkölcsi – java nem elégséges indok erre. Nem lehet jogosan kényszeríteni valamire, vagy visszatartani valamitől azért, mert ez jobb lenne neki, mert ettől boldogabb lenne, vagy mert – mások szerint – ez lenne a bölcs, netán a helyes dolog. Mindez jó ok lehet arra, hogy rábeszéljék, megkérjék vagy meggyőzzék őt, ám arra nem, hogy kényszerítsék, vagy hogy ha másként cselekszik, megbüntessék. Ahhoz, hogy az utóbbit igazolni lehessen, ki kell mutatni arról a magatartásról, amelytől el kívánjuk téríteni, hogy bajt hozna valaki másra. Az egyén csak annyiért felelős a társadalomnak, amennyi viselkedéséből másokat érint. Mindabban, ami csak őt érinti, jogos függetlensége korlátlan. Önmagának – saját testének és lelkének – mindenki korlátlan ura.”<sup>14</sup>

Mill úgy fogalmaz, hogy a „*hasznosság minden etika kérdés végső ura*”. A következmények, vagyis az előnyök és hátrányok, a hasznok és károk mérlegelése dönti el, hogy mit szabad, és mit nem. Azt a cselekedet kell tiltani, amely másokra nézve káros, és bi-



zonyos ritka esetekben az a cselekedet kényszeríthető ki, amely mások javát szolgálja (például a tanúszkodás vagy a honvédelem).

A hasznokat és károkat mérlegelő milli megközelítés a döntésképes betegek asszisztált öngyilkossága, illetve az önkéntes aktív eutanázia mellett szólhat. Nehéz elképzelni olyan helyzetet, amelyben egy halálos beteg, aki a halálba segítséget kéri, mielőtt szenvedése túlságosan szélsőségesé válik és elveszíti döntésképeségét, halálával fizikai kárt okoz egy másik embernek vagy a társadalomnak. (Igaz, ez a felfogás figyelmen kívül hagyja a hozzátartozóknak és másoknak okozott érzelmi károkat.)

A saját halálra vonatkozó egyéni önrendelkezést a deontológiai etikai paradigma is nagy súllyal támogatja. Amikor a halálba segítséget kérő ALS beteg az emberi méltóságra hivatkozik, akkor ez az irányzat is működésben van. Az embernek mint eszes és autonóm lénynek az emberi méltóságból fakadó morális joga van arra, hogy szabadon cselekedjen, és a saját élete dolgaiban döntsön, mások jogainak tiszteletben tartásával. És ezzel párhuzamosan mindenkinek kötelessége az egyén szuverén döntését tiszteletben tartani. Nem azért, mert feltétlenül egyet kell érteni a választással, vagy mert annak nincsenek káros következményei, hanem azért, mert ez a méltósággal rendelkező egyén szabad választása. A deontológiai irányzatban a morális jogok és kötelességek nem a várható következmények, a hasznok és a károk függvényei. Az emberi méltóságból származó jogok érvényesülésének és a kötelességek teljesítésének igenis komoly társadalmi költségei vannak, amiket meg kell fizetni.

Tehát a két – sok tekintetben rivális – etikai paradigma a saját halál feletti autonóm rendelkezés irányába mutat. Jól szemlélteti ezt az összefonódást, hogy Peter Singer, a haszonelvű eutanáziaigazolás talán legismertebb kortárs képviselője sem mindig a következményekre, a hasznokra és károkra hivatkozik:

„Az autonómia tiszteletben tartásának elve alapján meg kell engednünk, hogy a racionális cselekvők a saját életüket saját autonóm döntéseiknek megfelelően, kényszerítéstől és beavatkozástól mentesen éljék; és ha a racionális cselekvők autonóm módon a halál mellett döntenek, akkor az autonómia tiszteletben tartása arra készíti bennünket, hogy segítsük őket abban, hogy azt tegyék, amit választanak.”<sup>15</sup>

Az etikai megfontolások tükröződnek az alapjogi bíráskodásban is. A német Szövetségi Alkotmánybí-

róság új *Sterbehilfe*-határozatában a méltóságelvű megközelítés dominál. A rendelkező részt megelőző, alapelveket rögzítő rész első pontja így rendelkezik:

„A sérthetetlen emberi méltósággal összefüggő általános személyiségi jog magában foglalja az önrendelkezéssel alapuló halálhoz való jogot mint a személyes autonómia kifejeződését. Az önrendelkezéssel alapuló halálhoz való jog magában foglalja a saját élet kioltásának szabadságát. Az államnak és a társadalomnak az autonóm önrendelkezés aktusaként tiszteletben kell tartania az egyénnek a saját életminőségéről és létezésének értelméről alkotott felfogásának megfelelő döntését az életének befejezéséről. A saját életvitel szabadsága magában foglalja azt a szabadságot is, hogy az egyén harmadik személyektől segítséget kérjen, és igénybe vegye a segítséget, ha azt felajánlják.”<sup>16</sup>

Az autonómiaelv az elmúlt évszázadban fokozatosan felülírta az orvosi etika Hippokratészig visszanyúló paternalista hagyományát, miszerint egyedül a hozzáértő és a páciens javát akaró orvos dönt a kezelésekről. A *primum nil nocere* („Az első, hogy ne árts!”) hagyományos orvostikai elvével egyenrangúvá vált az a huszadik század előtt még ismeretlen elv, hogy az orvosnak tiszteletben kell tartania az autonóm és tájékozott beteg döntését.<sup>17</sup>

Benjamin Cardozo bíró fejtette ki először, hogy minden felnőtt és döntésképes ember maga rendelkezik a saját testével, s az orvosok új generációjának szemléletét már a tájékozott beleegyezés elvének kell alakítania.<sup>18</sup> Ebből következően az orvos testi sértést követ el, ha az informált beteg beleegyezése nélkül végez el egy vizsgálatot vagy beavatkozást. Később a bíróságok úgy fejlesztették tovább az esetjogot, hogy a beteg beleegyezése kell az életmentő és életfenntartó kezeléshez is, vagyis a döntésképes betegnek joga van visszautasítani az ellátást akkor is, ha annak hiányában meghal.<sup>19</sup> Hollandia volt az első állam, ahol a bíróság eljutott odáig, hogy az orvos nem követ el jogsértést, és nem vonható felelősségre, mert szükséghelyzetben cselekszik, ha a „Ne ölj!” és a „Csökkentsd a szenvedést!” kötelességek ütközésekor az utóbbit preferálja, és a végstádiumban lévő autonóm, tájékozott beteget a kérésére halálba segíti.<sup>20</sup> A német Szövetségi Alkotmánybíróság azzal lépett tovább, hogy a már említett határozatában az emberi méltóságból származó alapvető jogként ismerte el a saját halálhoz való jogot.

Napjainkban az életfenntartó kezelés visszautasításához való jogot jóformán minden fejlett jogrend-

AHOGY NŐTT A PASSZÍV EUTANÁZIÁT ÉS AZ ASSZISZTÁLT ÖNGYILKOSSÁGOT ENGEDŐ ORSZÁGOK SZÁMA, ÚGY SZÜKÜLT AZ EUTANÁZIAFOGALOM ALKALMAZÁSA. A PASSZÍV EUTANÁZIA ELNEVEZÉS MAJDHOGY NEM KIKOPOTT A HASZNÁLATBÓL, ÉS NEMIGEN NEVEZIK EUTANÁZIÁNAK A LEGÁLIS ASSZISZTÁLT ÖNGYILKOSSÁGOT SEM

szerű országban elismerik, hiszen ezt egyszerűbb igazolni az önrendelkezés alapján. Felnőtt, döntésképes ember nem kezelhető az akarata ellenére. Az asszisztált öngyilkosság és az aktív eutanázia is egyre több fejlett államban legális, de ezek megítélése bonyolultabb, mert eseteikben nem az orvosi kezelés feletti rendelkezési jog a meghatározó, ezért az élethez és méltósághoz való absztrakt jogok további értelmezése szükséges. Az újabb értelmezések abba az irányba húznak, hogy élni jog, és nem kötelesség. A saját élet feletti önrendelkezési jog pedig nem ér véget ott, hogy az ember öngyilkos lehet a megszokott módokon, ami számára, valamint a családja és a társadalom számára is embertelenül megterhelő. Az embernek joga van szakszerű segítséget kérve, humánus módon befejezni az életét. A méltó halál és az időpont feletti rendelkezés azért is fontos, hogy a páciens meg tudja hozni az utolsó döntéseket, és el tudjon búcsúzni a hozzátartozóitól.

### *Életminőség*

Az emberi méltóság azt is magában foglalja, amit Dunavölgyi Erzsébet és sorstársai így mondtak el: ha a betegség előrehaladását semmilyen kezelés nem tudja megakadályozni, és az életből nem marad semmi, ami értékessé és örömtelivé tenné, csak a betegség okozta reménytelen gyötrelmek nőnek, akkor az embernek joga van véget vetni az életének, és ehhez segítséget igénybe venni. A nemzetközi emberi jogi ítélezésben például Diane Pretty ügyében jelent meg az a szempont, hogy vizsgálni kell a halálos betegségben szenvedő, élete végéhez közeledő személy életminőségét. A panaszos szintén a központi idegrendszer mozgatósejtjeit pusztító, gyógyíthatatlan betegség előrehaladott stádiumában volt, nyaktól lefelé lebénult, nem tudott érthetően beszélni, és csövön keresztül táplálták, amikor azt kérte, hogy férje segítségével, indokolatlan szenvedés nélkül hallasson meg. Arra hivatkozott, hogy megrémíti és elkeseríti a szenvedés és a megaláztatás, amit a betegség végső stádiumában el kellene viselnie. Rendkívül nyomasztó és méltatlan a légzőizmok és nyelést irányító izmok végső elgyengülését elviselni, ettől a szenvedéstől és megaláztatástól akarta magát megkímélni.

Az életminőség fogalma mögött az húzódik meg, hogy az élet néha kevésbé kívánatos, mint a halál. Ilyen esetekben, amikor az élet annyira szörnyű, hogy az embernek már nem jobb élni, mint meg-

halni, az önkéntes eutanázia etikailag igazolható. A gyógyíthatatlan betegségben szenvedők közül sokan eljutnak egy pontig, amikor az életnek számukra már nem létezik minősége, illetve az negatív. Ám bár azt, hogy hol is van ez a pont, nem lehet egységesen meghatározni.

Nyilvánvaló, hogy sok múlik azon, mi adja valaki számára az élet minőségét. Meg lehet közelíteni olyan szubjektív kritériumokkal, mint az öröm és a bánat, a boldogság és a szenvedés aránya, vagy az egyéni vágyak teljesülésének mértéke. Általában az autonóm, döntésképes beteg számára mi és meddig teszi értékessé az életet. Hiábavaló a kívülálló értetlenkedése, hogy va-

lami nem kíván több napfelkeltét látni, mert például egy végstádium előtt lévő ALS beteg számára már nem feltétlenül vonzó perspektíva egy napfelkelte látványa.<sup>21</sup>

A *Pretty*-ügyben az Emberi Jogok Európai Bírósága elismerte – bár nem tartotta ügydöntő jelentőségűnek –, hogy az életminőség hiánya alapjogi probléma lehet. Úgy fogalmazott, hogy az egyezmény lényege az emberi méltóság és az emberi szabadság tiszteletben tartása, és azon belül a magánszférát védő cikk körében kell figyelembe venni az életminőség kérdését. Vagyis azt, hogy manapság, amikor egyre fejlettebb az orvostudomány, és növekszik a várható élettartam, sokan nem akarnak arra kényszerülni, hogy idős korban vagy betegség következtében előrehaladott fizikai vagy szellemi hanyatlás állapotában létezzenek, ami ellentétben áll az önmagukról, a személyes identitásukról alkotott, határozott elképzeléseikkel.<sup>22</sup>

Továbbá, az életminőséget olyan objektívebb tényezőktől is függővé lehet tenni, mint például az érzékelési képesség vagy az öntudat, a tudatos létezés. Ez viszont elvezethet a nem döntésképes betegek nem önkéntes eutanáziájának igenléséhez is. (A döntésképeseknél nyilván az önrendelkezés marad irányadó.) Ha ugyanis a tudatosság valamilyen formája szükséges ahhoz, hogy egyáltalán rendelkezünk bármilyen életminőséggel, akkor például a baleset vagy betegség miatt az öntudatát és a külvilág érzékelésének képességét végleg elveszítő, perzisztens vegetatív állapotú betegnek nincs értékelhető életminősége. Ebbe az irányba azok a bíróságok mozdulnak el, amelyek előzetes önrendelkezés hiányában is hozzájárulnak az életfenntartó kezelés megszüntetéséhez, mérlegelve az ilyen állapotú betegek feltételezett érdekeit, valamint az életminőség hiányát.

Például az Egyesült Királyságban, ahol a döntésképes Diane Pretty halálba segíti kérelmét a legfőbb bírói testület elutasította,<sup>23</sup> a nem döntésképesek passzív eutanáziája legális lehet. A precedens Anthony Bland, a Hillsborough-stadionkatasztrófában súlyos és helyrehozhatatlan agykárosodást szenvedett Liverpool-szurkoló esete. A bíróság helyt adott a szülők és a kórház indítványának, és jóváhagyta az életet meghosszabbító ellátások (táplálás, folyadékpótlás, gyógyszerelés) megszüntetését, mivel Bland-nak az életminőség visszafordíthatatlan elvesztése miatt nem fűződtek érdekei az életben maradáshoz.<sup>24</sup>

Ugyanakkor, ha az életminőség a meghatározó szempont, akkor jobb lehet a halál aktív biztosítása, mint hagyni meghalni a beteget. Ha egyszer a halál választása elfogadható, akkor a legjobb, leghumánusabb, legkevesebb szenvedéssel járó módot indokolt keresni.<sup>25</sup> Az életminőség felől nézve jobb megoldás az olyan halálos injekció, amely előbb fájdalommentesen elaltatja a beteget, majd leállítja a szervei működését, mint a kezelés abbahagyásával megadni a természetnek, hogy a maga módján végezzen a beteggel, mert az másodlagos fertőzéseket és éhezést, kiszáradást, fulladást jelent.

### *Erőforrások*

Dunavölgyi Erzsébet mindemellett megfogalmazott egy újszerű és lényeges szempontot. Arról beszélt, hogy a betegsége előrehaladtával egyre kevésbé képes magáról gondoskodni, és egyre jobban rászorul mások segítségére, miközben a társadalombiztosítás a sorsára hagyja. Kórházi ellátásra nem jogosult, a hospice ellátásban pedig rettentően kevés a férőhely, és szinte kizárólag végstádiumú daganatos betegek kerülhetnek be. Az egész napos ápolásért magánúton minimum 700 ezer forintos havi díjat kellene fizetnie. Ha a lánya felmondana a munkahelyén azért, hogy egész nap gondozhassa, akkor havi 70 ezer forint körüli ápolási díj járna neki. Továbbá, a társadalombiztosítás nem támogatja az ALS betegek számára nélkülözhetetlen eszközöket, miközben egy nem tehetős család képtelen azokat önerőből finanszírozni. (Például az otthonápolási ágy 400 ezer, a felfekvés elleni matrac 230 ezer forintba kerül.) Ráadásul a felnőtt betegek számára készült higiénés termékeket (például a pelenkát) is egyre kevésbé lehet tb-tá-

A FORRÁSELOSZTÁS KÉRDÉSEI KÉNYELMETLENEN, DE MEGKERÜLHETETLENEN, MERT AZ ERŐFORRÁSOK VÉGESEK. AZ EMLÍTETT ESETEKBE – JÁRVÁNY IDEJÉN ÉS HALOTT DONORBÓL VALÓ TRANSZPLANTÁCIÓ ESETÉN – A JOGOK ÉS KÖTELESSÉGEK, AZ ELŐNYÖK ÉS HÁTRÁNYOK, A KÖLTSÉGEK ÉS HASZNOK MÉRLEGELESE ALAPJÁN DÖL EL – SZABÁLYOZOTT MÓDON VAGY *AD HOC* –, HOGY KI MARAD ÉLETBEN, ÉS KI HAL MEG

mogatott áron beszerezni. Vagyis a tiltó állam úgy hagyja magára a beteget a természet erőivel való reménytelen küzdelmében, hogy közben fokozatosan, szisztematikusan megvonja tőle a társadalom anyagi forrásait, az egészségügyi és szociális közjavakat.

Ez a körülmény új megvilágításba helyezheti az eutanázia és a forráselosztás problémáját. A szokásos megközelítés ugyanis az, hogy csak az tartozik az eutanázia fogalomkörébe, ami a páciens érdekében történik. Bár a szűkös egészségügyi erőforrások elosztá-

sáról hozott kényszerű döntések kétségkívül összefüggenek az alapvető jogok érvényesülésével, de nem tekinthetők eutanáziának. Így például nem eutanázia, amikor a beteg egy járvány idején azért hal meg, mert nem állnak rendelkezésre az egészségügyi eszközök az életben tartásához; mondjuk, nincs elegendő lélegeztető gép. És nem eutanázia, ha a transzplantációs várólistáról valaki nem jut hozzá az életmentő donorszervhez, mert a rendszer másokat sorol előre a sürgősség és a várható sikeresség összetett kritériumai alapján.

A forráselosztás kérdései kényelmetlenek, de megkerülhetetlenek, mert az erőforrások végesek. Az említett esetekben – járvány idején és halott donorból való transzplantáció esetén – a jogok és kötelességek, az előnyök és hátrányok, a költségek és hasznok mérlegelése alapján dől el – szabályozott módon vagy *ad hoc* –, hogy ki marad életben, és ki hal meg. Ilyen mérlegelésen alapul a járvány idején (ezt láthattuk a Covid-19 során), illetve a sürgősségi betegellátásban alkalmazott triázs, ami szélsőséges esetben azzal jár, hogy akit hátrébb sorol a rendszer, az meghal. Makroszinten hasonló jellegű, komplex pénzügyi tervezés és rangsorolás történik, amikor a társadalombiztosítási költségvetésben a kezelési költségek, az egészségügyi eszközök (gyógyszerek, oltóanyagok, segédeszközök stb.) finanszírozásáról döntenek.

A haszonelvű megközelítésből fakad az a – széles körben vitatott és az alapjogokkal összeférhetetlen – felvetés, hogy a korlátozott orvosi erőforrásokat indokolatlan a perzisztens vegetatív állapotú vagy a szenvedő, végstádiumú betegek életének fenntartására fordítani, ahelyett, hogy ugyanezeket az erőforrásokat más betegségek hatékony kezelésére vagy a jövő nemzedékek javát szolgáló orvosi kutatások finanszírozására fordítanák. Az alacsony életminőségű beteg – akire csak szenvedés vár a költséges, de érdemi előnyöket nem kínáló ellátások árán – halála

lehetővé teheti, hogy az erőforrásokat olyan betegekre fordítsák, akik meggyógyíthatók. Peter Singer egyenesen odáig jut el, hogy egy súlyosan fogyatékos és szenvedő kisgyermek esetében, aki nem tudja kifejezni a jövőjére vonatkozó kívánságait, a nem önkéntes eutanázia igazolható, ha a halála egy másik, boldogabb életre esélyesebb csecsemő születéséhez vezet.<sup>26</sup>

Nos, ezen súlyos és vitatott forráselosztási kérdések helyett egy másik problémát helyez a középpontba Dunavölgyi Erzsébet kifogása. Esetében és a hozzá hasonló vagy még rosszabb helyzetben lévők esetében nem az a kiinduló helyzet, hogy az állam teljesíti az egészségügyi ellátások biztosítására vonatkozó kötelességét, hanem az, hogy nem teljesíti. Nem az a képlet, hogy ők kapják meg a sok pénzbe kerülő egészségügyi erőforrásokat, miközben nincs életminőség, és nincs reális esély a túlélésre. A képlet az, hogy nem jutnak hozzá az egészségügyi erőforrásokhoz, miközben romlik az életminőségük, és mégsem kérhetik a halálba segítést. Ezt az alkotmány jog nyelvén úgy is meg lehet fogalmazni, hogy az állam nem teljesíti az alapjogok aktív biztosítására vonatkozó intézményes kötelezettségét (az alapjogok pozitív oldala), és párhuzamosan megtagadja az alapjogok egyéni érvényesítését (negatív oldal).

## ÉRVEK AZ EUTANÁZIA ELLEN

### *Az élet szentsége*

Az önkéntes eutanáziával szembeni hagyományos ellenvetés vallási, különösen a keresztény felfogásban gyökerezik. Azon a hitbéli meggyőződésen alapul, hogy az emberi élet szent, abszolút értéke van. Ezt azt jelenti, hogy az emberi életet minden körülmények között meg kell védeni és fent kell tartani. A felfogás bibliai hivatkozásokkal támasztható alá: Isten az embert a saját képmására, a saját hasonlóságára teremtette, és az emberi test Isten temploma, melyben Isten lelke lakik. Aki elpusztítja Isten templomát, büntetést követ el, és büntetést érdemel. Vagyis az emberi életről és halálról ember nem rendelkezhet, csak Isten.

Az élet szentségére vonatkozó deontológiai érvből az emberölés abszolút tilalma következik, beleértve az eutanáziát is, ami eszerint az emberölés egyik formája. Az emberi élet, így az anyaméhben fejlődő embrió, a végleg öntudatát veszített, vegetatív állapo-

tú beteg, valamint a folytonos szenvedést tiszta tudattal átélő Dunavölgyi Erzsébet élete egyformán szent, istenadta érték. Ezért az emberi élet elpusztítása mindig tilos, függetlenül a döntésképes ember akaratától és életminőségétől.

Az eutanáziával szembeni életszentség-alapú elköteleződéshez a katolikus tanítás a szenvedés értékességét kapcsolja: a szenvedésnek, különösen az élet utolsó fázisában való szenvedésnek kitüntetett helye van Isten üdvözítő tervében; ez tulajdonképpen Krisztus szenvedésében való részesedés. Ezért az életvégi szenvedés közelebb hozza a beteget ahhoz, hogy Krisztus tapasztalatából részesüljön. Következésképp az élet minőségére és a szenvedésekre hivatkozva sem szabad eutanáziát kérni és engedni, mert az megfosztaná a beteget Isten vele kapcsolatos tervének egy részétől. Ez a hitbéli meggyőződés mindenekelőtt a szeretetet és a vigaszt kínálja a szenvedőnek, és bár nem ellenzi a fájdalomcsillapítást, de kategorikusan elutasítja az élet megrövidítését az életminőség hiánya és a szenvedések miatt.

A modern társadalmakban azonban az eutanázia-kérdéssel szembesülő betegek egy részét a vallási indokok nem feltétlenül befolyásolják, és úgy tűnik, Dunavölgyi Erzsébet is közéjük tartozott. Szekuláris, demokratikus államokban a törvényhozási és bírósági viták sem dőlhetnek el vallási vagy más transzcendens indokok alapján, mert azok nem mindenki számára egyformán befogadhatóak, és nem mindenki számára kínálnak cselekvési indokokat. Ennek megfelelően a tradicionális keresztény vallási közösségek sem közvetlenül a Bibliára hivatkozva érvelnek, hanem a szekuláris jog nyelvezetét használják, az emberi élethez és méltósághoz való abszolút jogra hivatkoznak. A német Alkotmánybíróság ezt így foglalja össze:

„A keresztény vallási közösségek az egyén önrendelkezési jogát a keresztény emberkép alapján ismerik el, amely szerint minden ember pusztán emberi mivoltából fakadóan sérthetetlen méltósággal rendelkezik, függetlenül teljesítőkéességétől, észbeli adottságaitól vagy társadalmi és gazdasági javaitól. Ez az önrendelkezés azonban nem foglalja magában a saját élet feletti abszolút rendelkezési jogot. Az alapjog jogosultjának autonómiája az egyén fizikai létében találja meg a határát. A saját élet céltudatos elpusztítása tehát nem a személyiségfejlődés lehetséges kifejeződése, és ezért nem élvez alapjogi védelmet. Az emberi méltóság garanciája eleve kizárt az öngyilkossághoz való jog jogalapjaként, hiszen az öngyilkos

önmaga megölésével megfosztja magát az emberi méltóság létalapjától. Továbbá, az emberi méltóság alkotmányosan védett tartalma nem szűkíthető le az egyén abszolút autonómiájára, mert az emberi méltóság az önrendelkezésre nem (vagy már nem) képes emberekre is vonatkozik. Az Alaptörvény 1. cikk (1) bekezdésében megfogalmazott normatív emberfelfogás a humánus alkotmányos közösség alapjaként tartalmazza az objektív emberi méltóság olyan elemét, amely felett az egyén nem rendelkezhet.”<sup>27</sup>

Az emberi élet kiemelkedő értékességét valóban a méltóság filozófiai és alkotmányjogi fogalmával lehet megragadni, és ez alapján lehet azt képviselni, hogy minden emberi életet indokolt megőrizni, függetlenül a minőségétől. Nem szükséges vallásosnak lenni ahhoz, hogy az ember úgy gondolja, hogy az emberi életnek mással nem összevethető önértéke van, amit a méltóság fogalma fémjelez. Immanuel Kant szerint az embernek mint értelmes, autonóm, szabad lénynek azért nincs erkölcsi joga az öngyilkosságra, mert azáltal megsemmisíti saját erkölcsi szubjektumát, eszközzé silányítja saját magát.<sup>28</sup> Továbbá az „élet szentségét” fel lehet fogni metaforikus értelemben, és így az isteni teremtés csodája helyett lehet beszélni a természet csodájáról vagy a emberi kultúra csodálatos értékéről.<sup>29</sup> A szekularizált értelemben vett életszentség elve kifejezett módon megjelenik a mai bíróságok ítéleteinek indokolásában, így a *Bland*-<sup>30</sup> és a *Pretty*-ügyben<sup>31</sup> hozott határozatokban is. A magyar Alkotmánybíróság is a keresztény életszentség-felfogást próbálta átalakítani világi, alkotmányjogi indokolással az első eutanáziahatározatában.<sup>32</sup>

Ebben a szekuláris mezőben azonban már egyáltalán nem magától értetődő, hogy az emberi élet olyan abszolút érték, amely kizárja a saját élet feletti önrendelkezést az önkéntes eutanázia esetköreiben. Ahogy az is megkérdőjeleződik, hogy az emberi méltóság koncepciójából az önkéntes eutanázia tiltása következik. Ugyanis az „élet szentsége”, az emberi élet sérthetlensége csak egyike azon etikai alapelveknek, amelyeket az életünkkel kapcsolatos döntéseink során alkalmazunk, és csak egyike a legsúlyosabb jogelveknek, amelyeket a bíróságoknak figyelembe kell venniük. Az emberi méltóság elve ugyanilyen súllyal követeli meg az önrendelkezési jog tiszteletét. Az emberi méltóság része az egyén arra vonatkozó joga, hogy megválassza, hogyan éli saját életét. Valamennyire tükrözi ezt a német Alkotmánybíróság határozata, amely ellentétes a történeti egyházak méltóságfelfogásával:

„Az emberi méltóság, amely az egyénnek autonóm életet biztosít, nem zárja ki a szabad önrendelkezésre és személyes felelősségvállalásra képes személy öngyilkosságra vonatkozó döntését. Sőt, a saját életre vonat-

kozó önrendelkezés az emberi méltóságban rejlő autonóm személyiségfejlődés eszméjének közvetlen megnyilvánulása; ez is a méltóság kifejeződése. A szabad akaratral cselekvő szubjektum szubjektumként dönt saját halála mellett. Személyként, önmaga által meghatározott módon és saját céljai szerint mond le az életéről. Következésképpen az emberi méltóság nem a határa a személy önrendelkezésének, hanem az oka.”

Vagyis az életszentség – vagy ahogy az alkotmányjogi terminológiába átmert: az állam objektív életvédelemi kötelessége – nem feltétlen érvényesülést kívánó, minden másnál erősebb elv. A törvényhozóknak és a bíróságoknak mérlegelniük kell az ütköző elveket és jogokat. Ebben a mérlegelésben a magyar Alkotmánybíróság és a *Pretty*-ügyben az Emberi Jogok Európai Bírósága még közel maradt az életszentség eredeti, vallási koncepciójához, és elutasította az asszisztált öngyilkosságot, illetve az önkéntes eutanázia alapjogi védelmét. A *Bland*-ügyben a brit bíróság viszont a páciens érdekeit és életminőségét figyelembe véve az ellátás leállításáról döntött. A holland bíróság precedens határozata az önkéntes aktív eutanáziát dekriminalizálta az életvédelem és az önrendelkezés mérlegelése alapján. A német Alkotmánybíróság határozatának alapelvei így rajzolja fel a jogelvek konfliktusát:

„Az önrendelkezéshez való alapvető jog a saját élet befejezésére is kiterjed. Azonban ennek a jognak a tiszteletben tartása azoknál, akik saját felelősségükre döntenek saját életük befejezéséről, és ehhez támogatást kérnek, ütközik az államnak az öngyilkosságot elkövetni kívánók autonómiájának védelmére vonatkozó kötelezettségével és ezen keresztül az élet magas jogi értékével. Ha a jogrendszer kriminalizálja az öngyilkosságban való közreműködés bizonyos, az autonómiára veszélyes formáit, akkor biztosítania kell, hogy a tiltás ellenére egyedi esetekben továbbra is lehetséges maradjon az önkéntes asszisztált öngyilkossághoz való hozzáférés.”<sup>33</sup>

### „Csúszós lejtő”

A „csúszós lejtő” vagy „ingoványos talaj” ellenvetés lényege, hogy ha az eutanázia bizonyos helyzetekben legálissá válna, akkor az oda vezetne, hogy az eutanázia olyan helyzetekben is legális és elfogadott lehetne, amelyekben etikailag elfogadhatatlan. Az Emberi Jogok Európai Bírósága előtti ügyekben, ahogy más bírósági eljárásokban is, visszatérően megjelenik az a szempont, hogy visszaélésekhez vezetne az életvégi döntések kibővítése az asszisztált öngyilkossággal és az aktív eutanáziával. A gyógyíthatatlan betegségben szenvedők, és közülük is leginkább a fo-

gyatékossággal élők, kiszolgáltatottabb helyzetben vannak másokhoz képest. Az önkéntes halálba segítés legalizálása utat nyitna a fogyatékkal élőkkel szembeni diszkrimináció („able-izmus”) és a nem önkéntes eutanázia felé.

A további ellenvetések közé tartozik például, hogy ha az eutanázia legálissá válna, akkor az ALS betegek, a daganatos betegek és mások elvárásnak éreznék, hogy eutanáziáért folyamodjanak. A jómódú idős betegek nyomás alá kerülnének, hogy az eutanáziát válasszák azért, hogy gyermekeik örököljék a felhalmozott vagyont, ahelyett, hogy a jómódú idősök a saját ellátásukra költenék a pénzüket. A nem jómódúak családja pedig a nyomásgyakorlás eredményeként megszabadulhatna a gondozással járó költségektől, anyagi és pszichés terhektől.

Ha az eutanázia igazolható volna azon az alapon, hogy a betegnek végleg odalett az életminősége, és emiatt a pénzt és az időt hatékonyabban lehet más betegekre fordítani, akkor nem is kellene a beteg vagy a családtagok beleegyezése. Ha pedig a személyes autonómiát a végletekig kitágítanák, akkor a depressziós, de egyébként fizikailag egészséges emberek is az eutanázia mellett dönthetnének az elérhető terápiák helyett. Mindezzel a társadalom és jogrendszer átlépne egy jogi, erkölcsi és kulturális határvonalat.

A „csúsós lejtő” érvelésre könnyű azt a választ adni, hogy tipikus érvelési hiba, logikai tévedés. Arra a hibás elképzelésre épül, hogy az elméletileg elképzelhető negatív következmények meg is valósulnak. Azzal számol, hogy a lehetséges kimenetel valószínűleg be is következik, és a valószínűt biztosra veszi. A „csúsós lejtő” érvelésben a beteg méltóságára és érdekeire tekintettel megengedett eutanáziától szakadatlan az út lefelé, egészen a hitleri eugenikaprogramig, amelynek keretében tömegesen gyilkolták meg az értéktelennek minősített embercsoportok tagjait: fogyatékkal élőket, pszichiátriai betegeket, alkoholbetegeket és másokat.

Azonban a visszaélések veszélyét nem lehet ilyen egyszerűen elintézni. A reális veszélyekkel számolni kell, és a jog mint társadalmi szabályozó eszköz egyik funkciója az, hogy garanciát nyújtson a visszaélések ellen. A gyógyíthatatlan betegségben szenvedők, köztük különösen a mentális betegséggel küzdők és az idős, demens emberek kétségtelenül sérülékeny társadalmi csoportokba tartoznak. A történelmi tapasztalatok tényleg azt bizonyítják, hogy megbélyeg-

zés, diszkrimináció és gyilkos visszaélések áldozatai lehetnek.

Az emberi, illetve a társadalmi élet tele van életveszélyes helyzetekkel és olyan területekkel, ahol súlyos visszaélésekre van lehetőség. Az eutanáziát engedő országokban úgy tartják, hogy nem az abszolút tiltás véd a „csúsós lejtő” veszélyétől, hanem a jogok tiszteletben tartó, körültekintő és életszerű szabályozás, illetve kontroll.

Mindenhol alapkövetelmény a beteg teljes körű tájékoztatása az állapotáról, a kilátásairól, az alternatívákról. A kezelőorvos mellett egy független orvosnak is meg kell vizsgálnia a páciens. Fontos, hogy a páciens önkéntes, befolyásmentes döntést hozzon, legyen elég ideje mérlegelni, és arra is legyen joga, hogy meggondolja magát. A halálba segítést végig dokumentálni és utóbb jelenteni kell, hogy ügyészi vagy más jogi eljárásra kerülhessen sor. Ezekon túl például Hollandiában, ahol már fél évszázados az eutanáziagyakorlat, számos felmérés készült, ami kimutatta a visszasságok forrásait és a lehetséges korrekció módjait.<sup>34</sup>

A veszélyeket államonként más és más módon itéli meg. Van, ahol az aktív eutanáziát az asszisztált öngyilkosságnál jobb megoldásnak tartják a visszaélések megelőzése szempontjából, mert orvos hajtja végre, a kialakított szakmai sztenderdeknek megfelelően. Máshol viszont az aktív eutanáziát nem engedik, csak az asszisztált öngyilkosságot, mert így a beteg a legutolsó pillanatig ura a helyzetnek, és jobban kizárható, hogy valaki más döntsön helyette, illetve az akarata ellenére tegyen vele valamit valaki más.

A visszaélések ellen véd az előzetes jognyilatkozat, amelyben az ember előre meghatározza, hogy milyen életmentő vagy életfenntartó kezelésbe nem egyezik bele abban az esetben, ha a jövőben baleset vagy betegség miatt elveszti a döntésképeségét. Előzetes jognyilatkozatban hozzátartozót is fel lehet hatalmazni, hogy döntsön helyette, ha az illető már nem lesz megkérdőjelezhető állapotban. Újabbán egyre több helyen a kórházi felvételnél is rutinszerűen beszélnek a páciensekkel arról, hogy elfogadják-e az újraélesztést és az olyan agresszív beavatkozásokat, mint a gépi lélegeztetés és a mesterséges táplálás csövön vagy intravénásan, és azt is feljegyzik, hogy melyik hozzátartozó legyen a helyettes döntéshozó.<sup>35</sup>

Mivel még a legkifinomultabb szabályozás esetén is előfordulhatnak nehezen megítélhető határesetek, ezért ilyenkor a független és pártatlan bíróságnak van

felhatalmazása az egyedi mérlegelésre és döntésre az eset összes körülményei és az orvosi szakvélemények figyelembevételével.<sup>36</sup> E tekintetben számottevő a különbség, hogy a bíróság normatív jogi szabályozást vagy egy konkrét esetet vizsgál-e. A normatív szabályozásnál a garanciák hiánya valóban visszaélésekhez vezethet. A konkrét esetekben azonban kevésbé meggyőző a „csúszós lejtő”-re hivatkozva azt állítani, hogy ha Diane Prettynek, Karsai Dánielnek vagy Dunavölgyi Erzsébetnek engedték volna az asszisztált öngyilkosságot, akkor azok számára is engedni kellett volna, akiket presszionálnak a hozzátartozóik, vagy akik kezelhető depresszióval küzdenek. A konkrét esetek közötti ilyen eltéréseket ugyanis az egyes bírósági eljárásokban meg lehet különböztetni, és az eseteket ennek megfelelően eltérően lehet elbírálni.

A tapasztalatok azt mutatják, hogy a legveszélyesebb és a leginkább jogsértő megoldás a kivételt nem engedő tiltás. Ugyanis az eutanázia a modern orvosi gyakorlatban elkerülhetetlenül létezik, ha nem szabályozott keretek között, akkor a jogon kívüli szűrkézében. Például a palliatív terápia során dönteni kell arról, hogy az orvos meddig emeli a végstádiumban lévő daganatos beteg fájdalomcsillapító szerének adagját, miközben tudja, hogy a megemelt dózis nemcsak a fájdalmat csökkenti, hanem – tipikusan a légzésgátló hatása miatt – a halált is előbbre hozhatja. (Ezt nevezik indirekt eutanáziának.<sup>37</sup>) Dönteni kell arról, hogy az orvos mikor nem kezd el egy kezelést, vagy mikor hagy fel egy kezeléssel, ami a beteg állapota miatt „hasztalan”-nak látszik, miközben a kezelés meghosszabbítaná a beteg életét. És dönteni kell az étellel összeegyeztethetetlen rendellenességgel született csecsemők ellátásáról is.<sup>38</sup>

Ahol a jog mindezt nem szabályozza életszerűen, nem ismeri el a betegek döntési autonómiáját, és az orvosra teszi minden döntés terhét, ott a döntési folyamat átláthatatlan a beteg és a családja számára, és akkor is jogsértésekkel járhat, ha az orvos legjobb szaktudása és lelkiismerete szerint igyekszik eljárni. Ráadásul a tiltások és az elutasító szemlélet miatt nehéz kutatni a jelenséget, és nincsenek irányadó bírósági döntések, pedig a kutatási eredmények és a jogesetek is nélkülözhetetlen a visszaélések megelőzéséhez és feltárásához. A tiltó szabályozás nem hárítja el a pressziós és a korrupciós visszaélések veszélyét, és a gyakorlatban nem zárja ki az értéktelennek bélyegzett emberi életek kioltását.

#### *Az orvostudomány fejlődése*

Ez alatt a cím alatt két különböző, de egy töről fakadó gondolatot lehet megemlíteni az eutanáziával

szemben. Először is azt, hogy a gyógyíthatatlan, halálos beteg eutanáziája azt eredményezi, hogy a beteg korábban meghal, mint abban az esetben, ha az orvosok folytatnák a kezelését, vagy ha megvárnák a természetes halált. Ezáltal megszűnik az esélye, hogy tovább életben maradjon, és később esetleg az újabb orvosi felfedezések, terápiák, gyógyszerek segítségével, illetve a szervezete előre nem látott kedvező reakcióinak révén javuljon az állapota, vagy akár meg is gyógyuljon.

Ezen túlmenően, a modern palliatív ellátás eredményei alapján azzal is lehet érvelni, hogy ma már annyira fejlett az életvégi gondozás, hogy az eutanázia nem szükséges a szenvedés elkerülése érdekében, és nem igazolható az életminőségre való hivatkozással. A szakképzett egészségügyi szakemberek a legújabb módszereket alkalmazva csillapítani tudják az egyre elhatalmasodó fájdalmakat. A tartós palliatív szedáláskor olyan gyógyszereket alkalmaznak a türethetetlen és egyébként kezelhetetlen kínok csökkentésére, amelyek jelentősen redukálják a tudatállapotot, emiatt a beteg nem érzékel semmit a haldoklás kínjaiból.

Ami az orvostudomány fejlődését illeti, azzal valóban kalkulálni kell, és autonóm, döntésképes beteg esetén ezt a mérlegelési szempontot nem indokolt teljesen elvonni tőle. A tájékoztatás része a belátható alternatívák ismertetése mellett a pozitív kilátásokról való információ is. A tényekkel nem alátámasztható feltételezések, spekulációk viszont kívül esnek az észszerű mérlegelésen. A betegtől nem tagadható meg a csodaszerű gyógyulásban való reménykedés, de ilyesmire nem alapozható az egészségügyi döntéshozatal. Különösen aggályos az orvostudomány jövőbeli fejlődésére hivatkozva gátolni az önrendelkezést olyan radikális állapotromlást okozó és viszonylag gyors lefolyású betegségek esetén, mint az ALS vagy a későn diagnosztizált és emiatt kezelhetetlen rákbetegségek.

Az, hogy a palliatív ellátás képes döntő mértékben csökkenteni a szenvedést, részben egy empirikus állítás, ami kutatásokkal és bizonyítékokkal támasztható alá vagy cáfolható. A kvantitatív méréseket azonban nehezíti, hogy a klinikai értelemben vett szenvedés nemcsak a fiziológiai tüneteket (fájdalom, hányinger, légszomj stb.) foglalja magában, hanem a kezelhetetlen pszichés tüneteket és az egzisztenciális szenvedést (halálfélelem, kontrollvesztés, izoláció) is. A szenvedés fizikai, pszichés és adott esetben akár spirituális jelenség is. Nem minden páciens számára meggyőző az önkéntes eutanázia igényére azt a választ adni, hogy ha majd eljön az ideje, öntudatlan és érzéktelen állapotba „leszedálják”, és úgy is tartják, amíg a halál be nem következik.

## A MEGKÜLÖNBÖZTETÉS MESTERSÉGE

A magyar törvények az eutanáziával szembeni etikai ellenvetéseket tükrözik. Kivételt nem ismerően tiltják az önkéntes halálba segítés mindkét formáját: az asszisztált öngyilkosságot és az aktív eutanáziát. Ezért Dunavölgyi Erzsébet számára az Emberi Jogok Európai Bírósága nyújthatta volna az utolsó jogi szalmaszálát. A magyar kormányzat ugyan notórius módon nem hajtja végre a strasbourgi ítéleteket,<sup>39</sup> de az eutanáziaügyben egy tagállami jogsértést megállapító ítéletből az is következhetett volna, hogy a panaszos(ok) és a neki(k) segítők tette alapjogi védelemben részesül, ezért végső soron törvénymódosítás nélkül is jogszerűen járnak el.

Az élet ügy hozta, hogy először egyedül Karsai Dániel nyújtott be kérelmet. A bíróság az ügy természetére, a betegség előrehaladott stádiumára tekintettel elsőbbséget biztosított a kérelemnek, majd kétnapos meghallgatást tartott, és néhány hónappal később közzétette az ítéletét. Dunavölgyi Erzsébet ügye is eljutott Strasbourgba. Miután a bíróság befogadta Karsai kérelmét, az ő jogi képviselői nyújtották be Dunavölgyi Erzsébet és egy szintén ALS-es beteg-társa, Skripek Béla kérelmét, majd később két másik, sclerosis multiplexben szenvedő beteg kérelmét is. Ezek a kapcsolódó beadványok azonban nem kaptak elsőbbséget, nem egyesítették őket a *Karsai*-ügyhöz, sőt, a bíróság érdemben még nem is foglalkozott ezekkel.

Ez a konstelláció azt eredményezte, hogy Dunavölgyiek ügye a *Karsai*-ügy elbírálásától is függött, a *Karsai*-ügyben pedig meghatározó jelentősége volt annak, hogy a bíróság miként viszonyul a *Pretty*-ügyben hozott precedenséhez.

A precedens-bíráskodás nem dogmatikus. A strasbourgi gyakorlat kialakította a technikákat az elvi döntések korrekciójára és továbbfejlesztésére. Bár az egyáltalán nem jellemző, hogy a bíróság nyíltan tévesnek minősíti és felülbírálja a korábbi ítéletének elvi alapjait („*outruling*”), de az idővel változó társadalmi felfogás és az európai jogfejlődés nagyon is számít. Korreláció van a tagállamok többségének jogi szabályozásában bekövetkező lényeges elmozdulások és a strasbourgi ítélezés között. Ahogy csökken a megosztottság, és körvonalazódik a tagállamokban uralkodó jogfelfogás, úgy szűkül a tagállamoknak biztosított mérlegelési mozgástér („*margin*”).<sup>40</sup> Az eutanázia terén is lépésenként halad a bíróság.<sup>41</sup>

E tekintetben a megkülönböztetés („*distinguishing*”) a bíróság hatékony eszköze. Az új esetben hozott ítéletben nem vonja kétségbe a precedens ítéletet, hanem megkülönbözteti attól az újat. Az indok az, hogy az új eset lényeges ténybeli körülményei eltérnek a precedens körülményeitől, és emiatt a precedenst eldöntő faktorok nem alkalmazhatók az új esetre. A megkülönböztetés egyik esetsorozatjában olyan különbség mutatható ki a két eset között, ami nem befolyásolja a precedens érvényességét, viszont lehetővé teszi az új eset új elvi megalapozását. A másik esetsorozat az, amikor olyan, korábban nem vizsgált körülményt lehet figyelembe venni, ami a precedenst is teljesen új megvilágításba helyezi.

### *Személyes autonómia*

A *Pretty*-ügy fókuszában az autonóm, döntésképes személy önrendelkezési jogának határai álltak. Az ítélet szerint az Egyesült Királyság nem sérti meg az Emberi Jogok Európai Egyezményét azzal, hogy nem

biztosít előzetesen büntetőjogi mentességet a gyógyíthatatlan és halálos beteg nő férjének, aki közreműködne a beteg öngyilkosságában. Az indoklás szerint az egyezmény 2. cikkében biztosított élethez való jog nem foglalja magában az élet befejezéséhez, a halálhoz való jogot; a 3. cikkben szereplő kínzás és embertelen bá-

násmód tilalmából nem következik, hogy az államnak pozitív, tevőleges kötelessége volna előzetes mentességet adni a halálba segítő férjnek a büntetőjogi jogkövetkezmények alól; a 8. cikkben garantált magánéleti szabadságot – a tagállamoknak biztosított széles mozgásteret is figyelembe véve – nem korlátozza aránytalanul az asszisztált öngyilkosság tilalma; a 9. cikk által védett lelkiismereti szabadság nem terjed ki a személyes autonómiáról és az öngyilkosságról alkotott lelkiismereti meggyőződés védelmére; a 14. cikk szerinti diszkriminációtilalom nem séri azáltal, hogy a mozgásképtelen panaszos a mozgásképes betegekkel ellentétben nem tud saját maga véget vetni az életének.

A *Pretty*-ügyben hozott ítélet alapjogi formulái mögött világosan kirajzolódnak az etikai alapok. A bíróság nem ismerte el, hogy az autonóm egyéni önrendelkezés kiterjed a saját élet feletti rendelkezésre is. Ehelyett az életvédelem abszolutisztikus felfogását követte, ami – eltérő megalapozással – jelen van a katolikus egyház mai tanításában és Kant egykori



elgondolásaiban is. Az életvédelemhez, különösen a sérülékeny társadalmi csoportokhoz tartozók védelméhez (a „csúszós lejtő” veszélyéhez) képest a panaszos szubjektív életminősége és mozgáskorlátozottsága nem minősült meghatározó tényezőnek.

A *Pretty*-precedens mechanikus alkalmazása biztosan Karsai kérelmének elutasításához vezetett volna.<sup>42</sup> Ezért a két ügy megkülönböztetése érdekében a kérelem – az európai társadalmi környezet megváltozása és a halálba segítség legalizálása felé mutató jogi tendenciák mellett – két újszerű büntetőjogi aspektusra mutatott rá. Míg Diane Pretty a férje előzetes mentesítését kérte az öngyilkosságban való közreműködés vádjá alól, addig Karsai hozzátartozói vagy más segítői abban segítettek volna, hogy szakszerű orvosi segítséghez jusson vagy a saját hazájában, vagy ott, ahol ezt a törvények megengedik. Így a magyar büntetőjogi tilalom extraterritoriális hatálya került az új ügy fókuszába, és az, hogy kötelező lefolytatni az öngyilkosságban való közreműködés bűncselekménye miatti büntetőeljárást.

A megkülönböztetés érdekében felhozott büntetőjogi indokok mellett a kérelem egy további, az orvoslással összefüggő körülményt is felvetett, amely a *Pretty*-ügyben nem volt hangsúlyos. Eszerint, ha a panaszos nem kaphat segítséget a halálhoz, akkor az életfenntartó ellátások visszautasításával csak a fulladós vagy az éhhalál marad számára. Emiatt a betegség előrehaladtával elhúzódó egzisztenciális félelemben kellene élnie, teljesen magatehetetlenné válva, a létezés értelme nélkül.

Végezetül Karsai kérelme az önrendelkezéshez kötődő olyan diszkriminációs panaszt is tartalmazott, ami szintén a két ügy megkülönböztetésére irányulhatott. *Pretty* azt kifogásolta, hogy a betegsége miatt mozgásképtelen, ezért nem tud saját maga véget vetni az életének, a mozgásképes gyógyíthatatlan betegek előtt viszont nincs ilyen akadály, ezért az aszisztált öngyilkosság tilalma őt mint mozgáskorlátozottat érinti hátrányosan. Karsai ettől eltérően arra hivatkozott, hogy az ő betegségére nincs kezelés, ezért nem tud élni a kezelés visszautasításához való joggal, emiatt azok vannak indokolatlanul kedvezőbb helyzetben, akik az ellátás leállításának választásával gyakorolni tudják az életük feletti önrendelkezési jogukat.

A bíróság az ítéletében megismételte, fenntartotta főbb etikai megállapításait, melyek az állam általános életvédelmi kötelezettsége mellett szólnak. A büntetőjogi felvetéseket a bíróság rövid úton intézte el. A magyar törvény nem különleges, mert a bün-

tetőjog szinte minden tagállamban extraterritoriális hatályú. A hivatalból kötelező büntető eljárás önmagában nem problematikus, mert a magyar törvény számos enyhítő körülményt ismer, és a konkrét eljárásban lehetőség van a törvényes minimumnál is eny-

hébb szankció alkalmazására. Ezért a magyar szabályozás a tagállamoknak biztosított mozgástéren belül marad, és nem számít aránytalan jogkorlátozásnak.

Az egészségügyi tárgyú felvetések egyik részét a bíróság az orvostudomány fejlődésének eredményeire vonatkozó ellenvetéssel

válaszolta meg. Orvosszakértői vélemények alapján arra a meglátásra jutott, hogy a palliatív szedálás hatékony és az alapjogokat tiszteletben tartó eszköz az életvégi gyötrelmek kiiktatására.

A fiziológiai fájdalmakat meghaladó egzisztenciális félelem és szenvedés felvetésére a bíróság filozófálva reagált, már-már a szenvedés teológiai értékességére emlékeztető hangnemben: „az emberi természethez tartozik, hogy az orvostudomány valószínűleg soha nem lesz képes teljes mértékben kiküszöbölni a halálos betegek szenvedésének minden aspektusát. Ezenfelül, bár valódi és súlyos gyötrelmmel jár, az egzisztenciális szenvedés alapvetően a személyes megélés függvénye, ami megváltozhat, és nem alkalmas egyszerű objektív értékelésre”.<sup>43</sup>

Az önrendelkezéshez kötődő diszkriminációs panaszra a bíróság azt a választ adta, hogy objektív és észszerű indoka van annak, hogy a jog nem tesz különbséget az egyének között a betegségük természete és az ellátás módja alapján, ez az indok pedig elsősorban az állam életvédelmi kötelessége.

Következésképp a bíróság nem talált olyan tény, körülményt, amely indokolta volna az eltérést a *Pretty*-ügyben hozott ítélettől.

### *Egyenlő méltóság*

„Az emberi méltóság nem a határa a személy önrendelkezésének, hanem az oka” – tartja a német Alkotmánybíróság, amiből az következik, hogy az állam életvédelmi kötelessége nem überelheti az élet feletti önrendelkezést.<sup>44</sup> Az Ember Jogok Európai Bírósága is elismeri, hogy „az egyezmény lényege az emberi méltóság és az emberi szabadság tiszteletben tartása”, de az arányossági mérlegeléskor egyelőre az állam életvédelmi kötelességét találja súlyosabbnak.<sup>45</sup>

Tudvalévő, hogy az emberi méltóságnak az egyéni önrendelkezés mellett van egy másik aspektusa is, amely az egyenlő bánásmódot irányozza elő: min-

denkinek joga van az embert megillető tiszteletre, mindenkinek a szempontjaira figyelemmel kell lenni a közjogi döntések meghozatalakor. Nem feltétlenül kell minden jogot és javat mennyiségi értelemben egyenlően biztosítani, de mindenkit egyenlőként, egyenlő méltóságú személyként kell kezelni. Ez mindenekelőtt a jogosultságok és kötelezettségek egyenlő elosztását igényli, de magában foglalja az anyagi erőforrások olyan elosztását is, ami megfelel az egyenlő méltóság elvének.

Az Emberi Jogok Európai Egyezményében az alapjogok egyenlőségét a 14. cikk garantálja. Ha viszont az anyagi javakhoz, erőforrásokhoz (intézmények, eljárások, eszközök, tárgyi és emberi erőforrások egyaránt) való egyenlő hozzáférés hiánya okoz alapjogi sérelmet, akkor a bíróság az egyezményben elismert egyes alapjogokkal összefüggésben állapítja meg, hogy az állam nem teljesítette a pozitív, intézményes alapjog-biztosítási kötelezettségét.<sup>46</sup>

A *Karsai*-ügyben a bíróság az egyenlőségi, elosztási kérdésben a magyar kormánynak adott igazat. Elfogadta, hogy Magyarországon az állam életvédelmi kötelessége miatt van szükség a halálba segítés kivétel nélküli, általános tilalmára, leginkább a sérülékeny társadalmi csoportok védelmében. A bíróság kiemelte: „a kérelmező nem terjesztett elő semmilyen konkrét érvet arra vonatkozóan, hogy a számára rendelkezésre álló palliatív ellátás nem volt megfelelő, vagy hogy a Magyarországon rendelkezésre álló palliatív szolgáltatások részeként nem kaphatott volna palliatív szedációt a refrakter szenvedés enyhítésére. Hasonlóképpen, a kérelmező nem vitatta, hogy képes lenne meggyorsítani a saját halálát azzal, hogy megtagadja a hozzájárulást a légzéstámogatáshoz, vagy kéri annak leállítását, amikor az szükségessé válik. Azt sem állította, hogy nem kapna megfelelő kényelmi ellátást a végső stádiumban, amikor a légzéstámogatás nélküli légzés kényelmetlenséggel és szorongással jár. A kormány a maga részéről megerősítette, hogy ez a lehetőség nyitva áll a kérelmező előtt.”<sup>47</sup>

Továbbá, a bíróság egyetértett a kormány magyarázatával, miszerint:

„az asszisztált öngyilkosság nem az egyéni autonómia elszigetelt aktusa, hanem messzemenő társadalmi következményekkel jár. A magyarországi tilalom a halálos betegek és fogyatékkal élők védelmét célozza, akik kiszolgáltatottak a valós vagy vélt társadalmi felfogásnak és elvárásoknak, valamint a saját függőségük, haszontalanságuk és reménytelenségük

érzésének, és akik ezért mentális képességeiktől függetlenül különleges védelemre szorulnak. A magyar társadalom nem bátorítja a betegeket arra, hogy a halált keressék, hanem inkább gondozást és támogatást igyekszik nyújtani a számukra.”<sup>48</sup>

1. Ami a törvényes jogok gyakorlását illeti, valóban nem az a helyzet, hogy az életfenntartó kezelés alatt állók kedvezőbb bánásmódban részesülnek a kezelhetetlen ALS betegeknél. Az életfenntartó kezelés visszautasítására ugyan formálisan van jogi lehetőség, de az tipikusan nem a méltó halálhoz vezet, hanem elhúzódo és szenvedésteli haldokláshoz. Továbbá, Magyarországon annyira korlátozóak és zavarosak az orvosi kritériumok és az eljárási szabályok, hogy a visszautasítás a gyakorlatban szinte kivitelezhetetlen.<sup>49</sup> Az előzetes jognyilatkozatok érvényességi kellei egyedülállóan szigorúak, nyilvántartásuk átláthatatlan, baleset vagy hirtelen fellépő betegség esetén gyakorlatilag alkalmazhatatlanok.<sup>50</sup> A haldokló Dunavölgyi Erzsébettel szemben, aki korábban érvényes jognyilatkozatban utasította el a mester-

séges lélegeztetést és táplálást, az az elvárás is megfogalmazódott, hogy hívjon össze egy háromtagú bizottságot a jognyilatkozat jóváhagyására.<sup>51</sup>

Ezenfelül a magyar törvény a gyógyíthatatlan és halálos betegségek számottevő részét illetően, illetve a betegségek bizonyos fázisaiban nem ismeri el az életfenntartó kezelés visszautasításához való jogot. Ugyanis ez a jog csak akkor érvényesíthető, „ha a beteg

*olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkor állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan*.”<sup>52</sup> A törvényszöveg szoros olvasata alapján például nem utasíthatja vissza a végtagamputációt az a beteg, akinek az élete valószínűleg megmenthető a beavatkozással; a kezelést, műtétet az a rákbeteg, aki még nincs végstádiumban; az altatást és gépi lélegeztetést az a súlyos Covid-19-fertőzött beteg, akinek az egyetlen az utolsó esélyt az életben maradásra.

A magyar kormány a *Karsai*-ügyben azzal a példával érvelt, hogy „a tüdőgyulladás is végzetes kimenetelű lehet, ha a beteg visszautasítja az antibiotikumokat, de ez nem jelenti azt, hogy a nem tüdőgyulladásban szenvedő betegeket hátrányosan megkülönböztetik, mert nem hozhatnak életvégi döntést az antibiotikumok visszautasításáról.”<sup>53</sup> Ez egyszerűen megtévesztés, mert a törvény idézett paragrafusára alapján ilyen helyzetben az antibiotikumkezelés sem utasítható vissza.<sup>54</sup>

Így a törvény szerint nemcsak az ALS-re és a hasonlóképp kezelhetetlen betegségekre igaz, hanem a többi gyógyíthatatlan és halálos betegségre is, hogy a betegeknek csak az életük legvégén van törvényes joguk visszautasítani a kezelést, és akkor sincs kellő garancia arra, hogy önrendelkezésük érvényre jut. Mindenkinél számolnia kell azzal, hogy nem tudja érvényesíteni az egészségügyi önrendelkezési jogát, nem mondhat le szabadon az egészségügyi erőforrások további igénybevételéről.

2. Az egyenlő méltóság szempontjából talán még fontosabb az erőforrás-elosztás egy másik összefüggése. Az eutanázia a modernitás problémája abban az értelemben, hogy azokban az országokban, ahol viszonylag magas minőségű az orvosi ellátás, és fejlett az egészségügyi kultúra, gyakran azok is életben tarthatók, akik már elmennének. Ez nem azonos a hazai helyzettel, ahol rendkívül súlyos a forrás- és eszközhiány, és azok is meghalhatnak a megfelelő ellátás hiánya miatt, akik még életben maradnának és maradhatnának.

A szűkös források és az általános eutanáziatiltalom kombinációja általában nem azt eredményezi, hogy az állam szerény körülmények között, de teljesíti az életvédelmi kötelességét, és ezért senkit nem fosztanak meg az életétől. Ellenkezőleg, a klinikai gyakorlatban látszólag a szűkös források elosztásáról kell dönteni (például arról, hogy ki maradjon intenzív ellátásban, és ki ne), de valójában feltételezett életkilátások, tisztázatlan életminőségi kritériumok vagy még önkényesebb szempontok alapján történik szelekció a betegek között, anélkül, hogy az önrendelkezésük érvényesülne, vagy legalább a személyes érdekeiket figyelembe vennék. Az aktív eutanázia helyett a palliatív terápiaként dokumentált indirekt eutanázia válhat a praxis részévé. Az önkéntes eutanázia helyett a nem önkéntes vagy a kényszereutanázia terjedhet el.<sup>55</sup> Az ilyen szelekció pedig rendszerint a gyengébb érdekérvényesítő képességű csoportok tagjait, köztük a szegényebbeket és a fogyatékosokkal élőköt sújtja. Épp azokat, akik elsődleges védelmére a magyar kormány hipokrita perirata hivatkozik.

Makroszinten kimutatható az összefüggés az egészségügyi szektor forráshiánya és a halálozások között. Magyarországon az elmúlt közel másfél évtizedben az egészségügyi ellátórendszerből 3000 milliárd forint forráskivonás történt, és ez – a halmozódó strukturális problémákkal együtt – emberéletekben mérhető következményekkel járt: öt év alatt legalább 85 ezer 75 évnél fiatalabb ember halt meg idő előtt a forráskivonás miatt.<sup>56</sup>

Az egészségügy tragikus következményekhez vezető, rendszerszintű hiányosságai kimutathatók az egyes

alrendszerekben: például a házi- és szakorvosi ellátáshoz való hozzáférésben, a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök elérhetőségében, a pszichiátriai ellátásban, a fogyatékkal élők gondozásában, az otthonápolásban, a palliatív ellátásban. Minden jel szerint célt téveszt az a strasbourgi szakértői nyilatkozat, miszerint Magyarországon „első lépésként javítani kell a palliatív ellátást a releváns iránymutatások alapján”.<sup>57</sup> A magyar államról inkább azt lehet mondani, hogy nem teljesíti az élethez, az egészségügyi ellátáshoz és az emberséges bánásmóddhoz való jog feltételeinek biztosítására vonatkozó alapvető kötelességét.

Mikroszinten mindez akkor láttatható igazán, ha olyan páciensek esetei képezik a vizsgálat tárgyát, akik társadalmi státuszuk, vagyoni helyzetük miatt a közfinanszírozott ellátásra vannak szorulva („tébés betegek”), magánellátást képtelenek megfizetni, a külföldi kezeléssel nem is beszélve.<sup>58</sup> Dunavölgyi Erzsébet és a hasonló vagy még rosszabb szociális helyzetű betegtársai az első tünetek észlelésétől a legutolsó lélegzetükig tartó időszak minden fázisában kénytelenek megtapasztalni, hogy az állam nemcsak az életük feletti önrendelkezési joguktól fosztja meg őket, hanem az emberhez méltó élethez és a méltóságtelvi haldokláshoz elengedhetetlen erőforrásokat is megvonja tőlük.

A *Pretty*-ügyben a bíróság így fogalmazott: „vitathatatlan, hogy a bepanaszolt állam nem részesítette semmiféle rossz bánásmódban a kérelmezőt. Az sem állítható, hogy a kérelmező nem kap megfelelő ellátást az állami egészségügyi intézményektől.”<sup>59</sup> E tekintetben Dunavölgyi Erzsébet és betegtársai ügyei megkülönböztethetők lehetnének a precedenstől.<sup>60</sup>

## NEM ZÁRSZÓ

A demokratikus rendszerváltás utáni Magyarország a sokadik eutanáziavitán van túl, felemás eredménnyel. A nyilvánosság először 1993-ban, Binder György esete kapcsán szembesült az eutanázia kérdéseivel. A nő a gyógyíthatatlan és menthetetlen beteg tizenegy éves lányát a fürdővízbe fojtotta, majd önként jelentkezett a rendőrségen, és feljelentette magát. A megállapított tényállás szerint a kislány az orvosi kezelések sikertelensége és a hullámokban jelentkező, egyre fokozódó fájdalmak miatt többször kérte az anyját, hogy vessen véget az életének. Az elsőfokú bíróság az anyát emberölés miatt kétévi börtönrre ítélte, de az enyhítő körülményekre figyelemmel három évre felfüggesztette a büntetés végrehajtását. A másodfokon eljáró Legfelső Bíróság elrendelte a szabadságvesztés végrehajtását. 1996-ban Göncz Árpád köztársasági elnök az emberi méltóságra hivat-

kozva egyéni kegyelemben részesítette az elitelt anyát.<sup>61</sup> Az eset egyebek mellett arra irányította rá a figyelmet, hogy mennyire kiszolgáltatottá teheti testileg-lelkileg az egyént és a családot egyfelől a betegség, másfelől az elégtelen jogi szabályozás, egészségügyi ellátás és szociális támogatás.

Másodszor akkor került ismét az érdeklődés fókuszába az eutanáziakérdés, amikor az Országgyűlés tárgyalta és elfogadta az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényt. A történelmi előzményekkel és a parlamentarizmus mai állapotával összevetve a magyar demokrácia kivételes időszakában került erre sor, és az érdemi parlamenti vitához komoly szakmai és a sajtóviták kapcsolódtak.<sup>62</sup> A törvény mérföldkő, mert – kompromisszumos, korlátozó szabályaival együtt – kinyilvánította és garanciákkal bátyázta körül a betegek testi és információs önrendelkezési jogát, és először a magyar jogtörténetben formálisan elismerte az életmentő és életfenntartó kezelés visszautasításához való jogot.

A harmadik eutanáziavítára 2002-2003-ban került sor, amikor az Alkotmánybíróság a napirendjére vette a közel egy évtizeddel korábban benyújtott eutanáziaindítványt és a kapcsolódó beadványokat, majd kihirdetette a határozatát.<sup>63</sup> Terjedelmes indokolása ellenére a döntés kevés elméleti innovációt hozott, és még kevesebb jogkövetkezésménnyel járt: amit a magyar jogi szabályozás lehetővé tett, azt a testület alkotmányosnak minősítette, amit az indítványozók hiányoltak a szabályozásból, azt nem minősítette alkotmányellenes mulasztásnak. A határozat jóformán egyetlen progresszív gondolata, hogy a halálba segítés abszolút tilalmának jövőbeli fenntartását vagy eltörlését függővé kell tenni a szociális és egészségügyi körülmények változásától is, ezért időről-időre felül kell vizsgálni a jogi szabályozást.

A társadalmi és egészségügyi realitás nem látszott az Alkotmánybíróság elefántcsonttoronyából. Pedig ugyanabban az időszakban tárgyalták a bíróságok Faludi Tímea kórházi ápolónő büntetőügyét, aki a megelőző években több idős beteget megölt halálos injekcióval. A vádhatóság hétrendbeli emberölést tudott bizonyítani, de a nővér a saját bevallása szerint jóval több beteg halálát okozta azért, hogy megszabadítsa őket csillapíthatatlan és elviselhetetlen szenvedéseiktől. A Fővárosi Ítéletábla 2003 novemberében tizenegy év fegyházbüntetésre ítélte.<sup>64</sup> Az eset ismételen felhívta a figyelmet az egészségügyi ellátás és a jogi szabályozás súlyos hiányosságaira, különös-képp arra, hogy a tiltó szabályozás és az elhallgatás a nem önkéntes eutanázia melegágya, de változtatásra nem került sor.

A *Karsai*-ügy kapcsán kibontakozott nyilvános vita eltért a korábbiaktól, mert most nem vettek részt

benne a kormányzati intézmények szakemberei, a kormánypárt nem szállt vitába az ellenzékkel az adatokról és elvekről, és az úgynevezett közszolgálati csatornák sem nyújtottak hiteles információkat az állampolgároknak. A nemdemokratikus kormányzatnak nem volt érdemi mondanivalója. A kormányzatot kiszolgáló alkotmányjogi intézmények – az Országgyűlés, a Nemzeti Választási Bizottság, a Kúria, az Alkotmánybíróság és a köztársasági elnök – az Alaptörvényre hivatkozva elzárt minden jogi csatornát, ami a jogi változások katalizátora lehetett volna.

Ugyanakkor ennek a legutolsó nyilvános diskurzusnak a hatása, hogy a közvéleménykutatások áttörő változást jeleznek: a választópolgárok többsége támogatja a gyógyíthatatlan, halálos betegek önkéntes halálba segítésének dekriminalizálását.<sup>65</sup> Mivel a magyar társadalom többsége e tekintetben egyre elfogadóbb, és az európai jogi szabályozás is fokozatosan, de egyértelműen ebbe az irányba halad, ezért a kivételt nem engedő jogi tilalmak nem maradhatnak fent beláthatatlan ideig.

Beadványával és nyilvános megszólalásaival Dunavölgyi Erzsébet egyszerre jelentette meg az alapjogi igényt az autonóm személy döntési szabadságára és a másokkal egyenlő méltóságra. Fellépése arra figyelmeztet, hogy a hátrányosabb szociális helyzetűek, a gyengébb érdekérvényesítő képességűek szempontjai is számítanak. Nekik is joguk van törekedni a saját meggyőződésük szerinti jó életre és a jó halálra, illetve az elviselhető végstádiumra. Az egyenlő méltóságukat sérti, ha eszközként kezelik őket, és az is, ha az állam megvonja tőlük az emberhez méltó élethez és a méltóságtel halálhoz szükséges erőforrásokat.

Nagy dolog, ha valaki kiáll magáért és a jogaiért, és másokkal egyenlő tiszteletet és elismerést követel magának. Még nagyobb, ha nem a saját ügye sarkallja cselekvésre, hanem a mások iránti empátia. De a legnagyobb dolog, ha nem együttérzésből vagy szánalomból cselekszik önfeláldozóan, hanem a mások emberi méltósága iránti kötelességtudatból. Ha az sem gátolja az elszánt fellépésben, hogy népszerűtlen, megvetett, előítéletektől sújtott embertársai érdekében kell cselekednie, és a leghatalmasabbakkal, a közhatalmi kényszer birtokosaival kell szembeszállnia. Azonban a legtöbben addig sem jutunk el, hogy következetesen, meghunyászkodás nélkül kiálljunk a saját jogainkért. Epizód szereplőként Dunavölgyi Erzsébet ezt megtette. Neki is köszönhető lesz, ha egyszer Magyarországon a gyógyíthatatlan betegeknek nemcsak a kezelés visszautasításához lesz joguk, ami gyakran a fájdalmas és hosszadalmas haldoklást jelent, hanem a méltóságtel halálhoz is, amelyhez az orvosok segíthetik őket.

## JEGYZETEK

- Köszönöm Balogh Éva, Kis János és Kovács Kriszta észrevételeit, javaslatait, valamint Balogh Lídia olvasószerkesztői munkáját.
- A köztársasági elnök levele Dunavölgyi Erzsébetnek. SP/1895-4/2024. (2024. május 31.)
- 423/2024. számú határozat. (2024. augusztus 15.) A kezdeményezést huszonhat állampolgár támogatta aláírásával.
- Knk.IV.39.015/2024/3. számú végzés. (2024. április 23.)
- 3/2024. számú határozat. (2024. február 1.)
- 3219/2024. (VI. 25.) AB határozat. Az Alkotmánybíróság különvélemény nélkül hozta meg határozatát.
- T/7745. számú törvényjavaslat a Büntető Törvénykönyvnek az életvégi döntések szabadságának megteremtéséhez szükséges módosításáról. Előterjesztők: Szabó Tímea, Szabó Rebeka (Párbeszéd), Kunhalmi Ágnes (MSZP) és Bedő Iván (Momentum). A képviselői önálló indítványt az Országgyűlés Igazságügyi Bizottsága 2024. március 26-án 1 igen és 6 nem szavazattal, 1 tartózkodás mellett nem vette tárgysorozatba.
- Elisabeth KÜBLER–ROSS: *A halál és a hozzá vezető út*, ford. BLASSZAUER Béla, Budapest, Gondolat, 1988.
- Ez magában foglalhatja a segítséget a halálnál (Hilfe beim Sterben) és a halálba segítséget (Hilfe zum Sterben).
- Alapvetésnek számít: James RACHELS: Active and Passive Euthanasia, *Biomedical Ethics and the Law*, 1979, 511–516, <https://doi:10.1056/NEJM197501092920206>. A magyar nyelvű alapvetés Kis János: Eutanázia, in K. J.: *Az állam semlegessége*, Budapest, Kalligram, 248–290.
- A nem önkéntes eutanáziától különbözik a beteg kifejezett akaratnyilvánítása ellenére, de az ő feltételezett érdekeire tekintettel végrehajtott kényszereutanázia, amit a fejlett jogrendű országok egyike sem engedélyez vagy tolerál.
- A döntésképeség etikai fogalma nem feltétlenül esik egybe a cselekvőképesség vagy a belátási képesség jogi fogalmával. Döntésképes az, aki képes megérteni az információt, mérlegelni az alternatívákat, döntést hozni és a döntését közölni. Bizonyos ügyekben és helyzetekben döntésképes lehet olyan személy is, aki a jog szerint nem cselekvőkép.
- A jog morális értelmezésének alapműve: Ronald DWORKIN: *Freedom's Law: The Moral Reading of the American Constitution*, Oxford, Oxford University Press, 1996. A magyar adaptáció: TÓTH Gábor Attila: *Túl a szövegen. Értekezés a magyar alkotmányról*, Budapest, Osiris, 2009.
- John Stuart MILL: A szabadságról, in J. S. M.: *A szabadságról. Haszonelvűség*, ford. PAPP Mária, Budapest, Magyar Helikon, 1980, 27.
- Peter SINGER: *Practical Ethics*, Cambridge, Cambridge University Press, 2011, 195.
- BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020., 2 BvR 2347/15, 2 BvR 2527/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 651/16., Rn. (1-343). Az eredeti szöveg első mondata paragrafus-számokkal utal az Alaptörvény rendelkezéseire. A határozat alkotmányellenesnek minősítette, és megsemmisítette a német büntető törvénykönyvnek az öngyilkosság üzletszerű elősegítésének tilalmáról szóló rendelkezését (Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, 217. §).
- Az új paradigma alapműve: Tom L. BEAUCHAMP – James F. CHILDRESS: *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 1979. Etikai és jogi értelemben a döntési jog átkerült az orvostól a beteghez, de gyakorlatilag párbeszédre van szó, többszöri konzultációról, kölcsönös kérdésekről és válaszokról. Az ilyen szabályozás az orvos vállalról leveszi az egyedüli felelősséget, de a szakmai véleménye nagyon is számít.
- Schloendorff v. Society of New York Hospital*, 211 N.Y. 125 (1914).
- Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, 497 U.S. 261 (1990). A döntésképes személy akaratának „egyértelmű és meggyőző bizonyítékára” („clear and convincing evidence”) van szükség.
- Schoonbeim Case*, NJ 1985, 106. (27 November 1984).
- A „best-judge principle” szerint minden autonóm személy a saját érdekeinek legjobb, végső soron az egyetlen „igaz” bírója. Egyetértek azzal az ellenvetéssel, hogy vannak helyzetek, amikor az autonóm személy tévesen ítéli meg a saját érdekeit, de ha tájékozottan, kellő át-gondolás után is ragaszkodik a döntéséhez, akkor ezt az önrendelkezésének kell tekinteni, és tiszteletben kell tartani.
- Pretty Egyesült Királyság elleni ügye*, 2346/02. számú kérelem, a Bíróság 2002. április 29-én kelt ítélete, § 39, 65.
- The Queen on the Application of Mrs Dianne Pretty (Appellant) v. Director of Public Prosecutions (Respondent) and Secretary of State for the Home Department (Interested Party)*, [2001] UKHL 61. (29 November 2001). A Parlament jelenleg tárgyalja azt a képviselői törvényjavaslatot (Assisted Dying for Terminally Ill Adults Bill), amely legalizálná az önkéntes asszisztált öngyilkosságot Angliában és Wales-ben. A korábbi törvényhozási reformkísérletek sikertelenek voltak.
- Airedale NHS Trust v. Bland*, [1993] 1 All ER 821. (9 December 1992).
- SINGER (15. vj.) 186.
- SINGER (15. vj.) 163.
- BVerfG (16. vj.) 146.
- Immanuel KANT: *Az erkölcsök metafizikájának alapvetése. A gyakorlati ész kritikája. Az erkölcsök metafizikája*,

- ford. BERÉNYI Gábor, Budapest, Gondolat 1991, 25, 67. Mill szerint a szabadsághoz való jogról nem lehet lemondani – John Stuart MILL (14. vj.) 200.
29. Az „élet szentségének” szekuláris olvasata: Ronald DWORKIN: *Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, New York, Vintage Books, 1994, 68–101.
  30. *Airedale NHS Trust v. Bland* (24. vj.) 831, 852.
  31. *Pretty Egyesült Királyság elleni* ügye (22. vj.) § 5, 65.
  32. 22/2003. (IV. 28.) AB határozat.
  33. BVerfG (16. vj.). Másfelől a határozat alapvető része azt is kimondja, hogy senki sem kötelezhető az asszisztált öngyilkosságban való részvételre. Tehát az orvos a lelkiismereti szabadságára hivatkozva mondhat nemet.
  34. A Rimmelink-bizottság 1991-ben tette közzé az első jelentését a hollandiai eutanáziagyakorlatról. Azóta számos további Rimmelink-jelentés készült.
  35. A Physicians Orders for Life-Sustaining Treatment vagy az újabb elnevezésben Portable Medical Orders (POLST) olyan orvosi dokumentum, amely a többi egészségügyi szolgáltatót informálja arról, hogy a páciens mely kezeléseket fogadja el, és melyeket utasítja vissza, ha elveszíti döntésképeségét. Ez az előzetes jognyilatkozatoknál („advanced directives”) rugalmasabb forma.
  36. Az előzetes jognyilatkozat hiányában a beteg nem formalizált akaratnyilvánítására vagy a feltételezett akaratára hivatkozva megszüntetett ellátás nem feltétlenül alapjogsértő. *Lambert és Mások Franciaország elleni* ügye, 46043/14. számú kérelem, a Bíróság 2015. június 5-én kelt ítélete.
  37. Aktív eutanáziánál az orvos szándéka a beteg halála, indirekt eutanáziánál az orvos tevékenységének előre látott, de nem szándékolt, lehetséges következménye a beteg halála. A magyar büntetőjogi gondolkodásban ez különösen problematikus az eshetőleges szándék szankcionálhatósága miatt.
  38. Hollandiában a Groningen Protocol 2005 óta szabályozza a súlyos, gyakran élettel össze nem egyeztethető rendellenességgel világra jött újszülöttek és egy év alatti csecsemők eutanáziájának feltételeit.
  39. Magyarország az elmúlt tíz évben a jelentősebb ítéletek 76%-át nem hajtotta végre. Ez Albánia és Azerbajdzsán után a legrosszabb arány az Európa Tanács tagállamai között, <https://www.einnetwork.org/countries-overview>.
  40. Az egy irányba változó európai felfogás szűkíti az egyes tagállamok számára nyitva álló mérlegelési mozgásteret („margin of appreciation”), és ez alapján a korábbi precedensek is felülbíráhatók. Ugyanakkor ez a bevett strasbourgi megoldás problematikus, mert nem elvi igazolástól, hanem szociológiai tényektől, statisztikai adatoktól (a tagállamok nagy többségének jogi normáitól és joggyakorlatától) teszi függővé a jogok terjedelmét.
  41. A kezdeti ítéletek óta sok államban legalizálták az asszisztált öngyilkosságot, és nőtt az aktív eutanáziát is engedő országok száma. A bíróság több esetben is kimondta, hogy a tagállamok akkor nem sértik meg az egyezményt, ha megfelelő jogi garanciákkal legalizálják az asszisztált öngyilkosságot, illetve az önkéntes aktív eutanáziát. Az asszisztált öngyilkosság feltételeiről: *Haas Svájc elleni* ügye, 31322/07. számú kérelem, a Bíróság 2011. január 20-án kelt ítélete; négy évtizede depressziós személy aktív eutanáziájáról: *Mortier Belgium elleni* ügye, 78017/17. számú kérelem, a Bíróság 2022. október 4-én kelt ítélete.
  42. Eljárási értelemben ez megtörténhet úgy, hogy a bíróság elfogadhatatlannak („inadmissible”) nyilvánítja a beadványt, de úgy is, hogy érdemi vizsgálat után megállapítja, hogy nem történt alapjogsértés.
  43. *Karsai Dániel Magyarország elleni* ügye, 32312/23. számú kérelem, a Bíróság 2024. június 13-án kelt ítélete, § 158.
  44. BVerfG (16. vj.) A határozat arányossági mérlegelése szerint a büntetőjogi tilalom olyan mértékben korlátozza az asszisztált öngyilkosság lehetőségeit, hogy az egyénnek ténylegesen nem marad tere alkotmányosan védett szabadságának gyakorlására.
  45. *Mikulic Horvátország elleni* ügye, 53176/99. számú kérelem, a Bíróság 2022. február 7-én kelt ítélete, § 53; *Pretty Egyesült Királyság elleni* ügye (22. vj.) § 62.
  46. A törvényekben biztosított minden egyéb jog egyenlő biztosítását a 12. kiegészítő jegyzőkönyv írja elő. Magyarország ezt nem ratifikálta, ezért Magyarországra nézve nem kötelező. Kovács Kriszta: A diszkrimináció-tilalom kiterjesztése az Emberi Jogok Európai Egyezményében, *Fundamentum*, 2000/4, 27–33.
  47. *Karsai Dániel Magyarország elleni* ügye (43. vj.) § 154.
  48. *Karsai Dániel Magyarország elleni* ügye (43. vj.) § 104.
  49. Lásd ehhez KUSSINSZKY Anikó – STÁNICZ Péter: Van-e döntésünk az élet végén? Lehetőségek és kompetenciák a gyakorlat tükrében, in *Autonómia, életvédelem, jogbiztonság: az életvégi döntések szabályozása*, szerk. FILÓ Mihály, Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2022, 133–143.
  50. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, 22. §. Az eredeti konstrukció még jogkorlátozóbb volt, de az Alkotmánybíróság megsemmisítette az előzetes pszichiátriai szakvéleményre és a jognyilatkozat két-évenkénti megújítására vonatkozó rendelkezéseket – 24/2014. (VII. 22.) AB határozat.
  51. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, 20. § (4). Ez a rendelkezés nem az előzetes jognyilatkozat alapján történő eljárásra vonatkozik.
  52. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, 20. § (3).
  53. *Karsai Dániel Magyarország elleni* ügye (43. vj.) § 171.
  54. A beteg persze sok esetben fizikailag nem kényszeríthető arra, hogy alávesse magát a terápiának.

55. Lásd 11. vj.
56. OROSZ Éva: A felzárkózás kudarca. 1. rész. A magyarországi egészségügyi közkiadások trendjei nemzetközi összehasonlításban, *Lege Artis Medicinae*, 2024/9, 427–434, <https://doi.org/10.33616/lam.34.0427>. A tanulmány 2. része megjelenés alatt.
57. Sándor Judit szakvéleménye, *Karsai Dániel Magyarország elleni ügye* (43. vj.) § 54.
58. Svájcban, ahol az asszisztált öngyilkosságot eredményező szolgáltatást külföldi állampolgárok is igénybe vehetik, a szolgáltatás jellemző ára 10 000 euró.
59. *Pretty Egyesült Királyság elleni ügye* (22. vj.) § 53.
60. A *Karsai*-ítélet után és arra hivatkozva, az Emberi Jogok Európai Bírósága elkerülheti, hogy érdemben foglalkozzon ezekkel az ügyekkel.
61. BH 1996. 7. 349. TÓTH Gábor Attila: Az emberi méltósághoz való jog és az élethez való jog, in *Emberi jogok*, szerk. HALMAI Gábor – TÓTH Gábor Attila, Budapest, Osiris, 2003, 358–359.
62. Lásd a *Fundamentum* legelső számának az „Emberi jogok az egészségügyi törvény tervezetében” című tematikus rovatában Sándor Judit, Kovács József és Fridli Judit tanulmányait: *Fundamentum*, 1997/1, 87–123. Első saját írásaim is ebből az időszakból valók: TÓTH Gábor Attila: Egy nehéz eset: a könnyű halál, *Beszélő*, 1996/6, 77–87; TÓTH Gábor Attila: Eutanázia – az önrendelkezési jog táguló határai, *Társadalmi Szemle*, 1997/1, 52–61.
63. 22/2003. (IV. 28.) AB határozat. Takács Albert alkotmányjogász és Kmetty Ildikó ügyvéd a Binder-ügy hatására 1993-ban fordult az Alkotmánybírósághoz az önkéntes halálba segítség dekriminalizálása érdekében. Az indítványt, valamint Kis János és Sajó András *amicus curiae* beadványát lásd: *Fundamentum* 2003/1, 125–141. A határozat kritikai elemzése: Kis János: Az Alkotmánybíróság az eutanáziáról (Határozat után), in K. J.: *Az állam semlegessége*, Budapest, Kalligram, 437–441.
64. A Fővárosi Ítéltábla határozata nem érhető el nyilvános adatbázisban. Az elsőfokon eljáró Fővárosi Bíróság határozatának száma: 15.B. 640/2001/46.
65. Az IDEA Intézet 2023. október 31. és november 16. között, 1500 fő megkérdezésével végzett reprezentatív felmérése szerint a felnőtt lakosság körében az önkéntes asszisztált öngyilkosság és az aktív eutanázia támogatottsága 62%, a passzív eutanáziáé 69%, [https://www.ideaintezet.hu/uploads/docs/38/az-akti-v-e-s-passzi-v-eutana-zia-val-kapcsolatos-attitu-do-k-a-magyar-felno-tt-ne-pesse-gben\\_idea-intezet\\_2023\\_november.pdf](https://www.ideaintezet.hu/uploads/docs/38/az-akti-v-e-s-passzi-v-eutana-zia-val-kapcsolatos-attitu-do-k-a-magyar-felno-tt-ne-pesse-gben_idea-intezet_2023_november.pdf). A Medián Közvélemény- és Piackutató Intézet 2023. november 17-18-án, 600 fő megkérdezésével végzett felmérése szerint az önkéntes aktív eutanázia támogatottsága 47%, a 2013-as felmérésben ez az arány 30 % volt – HANN Endre: Medián: A magyarok kétharmada elfogadná a „kegyes halál” lehetőségét, *HVG.hu*, 2023. november 22., [https://hvg.hu/360/20231122\\_Median\\_A\\_magyarok\\_ketharmada\\_elfogadna\\_a\\_kegyes\\_halal\\_lehetoseget](https://hvg.hu/360/20231122_Median_A_magyarok_ketharmada_elfogadna_a_kegyes_halal_lehetoseget).

# AZ ÉLETVÉGI ÖNRENDELKEZÉS ÉS A LÁTHATATLAN VASFÜGGÖNY

Az írás arra keresi a választ, hogy miként lehet az emberi méltóságot fenntartani és védeni az élet végéig, elismerve és elfogadva, hogy bár a halál minden emberi sors része, a haldoklás mikéntje és annak megélése nagyon különböző lehet. Vajon miért tekintenek az egyes országokban az életvégi döntésekre úgy, mint a betegek jogainak természetes velejáróira, miközben másutt továbbra is tabukkal övezett az élet utolsó szakasza, és legkevésbé sem a távozóban lévő ember méltósága tűnik a legfontosabbnak, sokkal inkább csoportként tekintenek a sérülékeny betegekre, illetve a betege válla fölött, külső szempontok és érdekek mentén döntenek a betegek sorsáról? Mik az előfeltételei annak,

hogy az életvégi döntéseket illetően jobban érvényesüljön az önrendelkezés joga? Ha az elhunyt végakarata a szent, a gyógyíthatatlan beteg önrendelkezése miért nem? Fontosabb a halál utáni vagyoni önrendelkezés, mint az élet utolsó szakaszában a beteg kívánsága?

Magyarországon régóta folynak viták a méltó halálról, és a különböző időkben végzett közvéleménykutatások<sup>1</sup> mind azt mutatják, hogy az emberek maguk szeretnék dönteni az élet végén alkalmazott orvosi kezelésekről vagy azok elutasításáról. A közvéleménykutatásokból az is kitűnik, sokan a halál siettetésével az aktív segítséget is igénylik, ha nem sikerül a szenvedéseket enyhíteni.<sup>2</sup> Mégis, amikor jogalkotásra kerül a sor Európában, akkor a szemérmesség, óvatosság, vagy csak az egyszerű háritás érvényesül, főként a volt állam szocialista országokban.

## ELŐZMÉNYEK

Karsai Dániel alkotmányjogász küzdelme a méltó halál elfogadásáért több szempontból is egyedülálló volt a magyar bioetika történetében. Az életvégi döntések, az eutanázia témája többször megjelent már a hazai vitákban, de általában elszigetelten, és csupán néhány napig, vagy hétig voltak napirenden ezek a témák. Blasszauer Béla,<sup>3</sup> Polcz Alaine,<sup>4</sup> Bitó László,<sup>5</sup>

Kovács József,<sup>6</sup> Vadász Gábor,<sup>7</sup> Filó Mihály,<sup>8</sup> Takács Albert,<sup>9</sup> Kmetty Ildikó, Sajó András, e sorok írója<sup>10</sup> és sokan mások szerepeltek néhány napig nyilvános vitákban. Számos irodalmi mű és film született e témában – például Jelenczki István 1994-ben többrészes dokumentumfilmet készített *Haláljog* címmel, amelyet mind a televízió, mind pedig néhány mozi is levetített; egy 2021-ben megjelent kötetben harminc magyar író fejtette ki véleményét a halál méltóságáról<sup>11</sup> – de mégsem bontakozott ki olyan hosszú ideig tartó és jogi lépéseket is magában foglaló vita, érzékenyítés, figyelem, mint amelyet egyetlen ember, Karsai Dániel váltott ki a hazai médiában,

közbeszédben 2023 őszétől egészen mostanáig. És mindez nemcsak annak tudható be, hogy a jogász maga is egy gyógyíthatatlan, fokozatosan romló, súlyos betegségben, az amiotrófiás laterálszklerózisban (ALS) szenvedett, hanem annak is, hogy Karsai Dánielnek sikerült a közvélemény számára nem túl népszerű jogi érvelést is megkedveltetni. A betegsége sem volt közismert, és a hazai vitákban még sosem történt olyan, hogy valaki vállalva testi tüneteit, az egyre nehezebben for-

málódó szavakat, a kerekesszéket, a nyilvánosság előtt szabatos jogi és etikai érveket hozzon fel az eutanázia elfogadása mellett. Mindezt nem az érzelmeire apellálva tette, hanem kristálytisztan jogi érvek mentén. Talán ez a fajta közlésmód volt az, ami megtörte a csendet az életvégi döntések körül. Vitát kezdeményezett, elment az országgyűlésbe, konferenciákon jelent meg, sok interjút adott, tévészeretlét, rádióinterjút vállalt, tudósított a közösségi médián, népszavazást kezdeményezett, a Kúriához fordult. 2023 nyarán sikeresen nyújtott be kérelmet Strasbourgban az Emberi Jogok Európai Bíróságához (EJEB), és fontos jelzés, hogy a bíróság szokatlanul gyorsan, már 2023 novemberében napirendre tűzte a meghallgatást. A novemberi tárgyalási napon Karsai Dániel maga is jelen volt, és fel is szólalt. A teremben lévők lélegzetüket visszafojtva hallgatták mondandóját. Azután sem adta fel a küzdelmet, hogy



a bíróság 2024 júniusában elutasította a keresetét,<sup>12</sup> majd a 2024 augusztusában a Nagytanácshoz benyújtott fellebbezését is elutasították.<sup>13</sup> Más eszközökkel, szélesebb nyilvános vitát kezdeményezve, tovább folytatta a küzdelmét.

Az eset felszínre hozta az eutanázia és az öngyilkosságban való közreműködés számos társadalmi, etikai, jogi és orvosi aspektusát. Mit tehet egy orvos, ha haldokló vagy gyógyíthatatlan betege segítségét kéri? Mit tehet a társadalom a haldokló betegért? Mi ebben a folyamatban a hozzátartozók szerepe? Hogyan lehet tiszteletben tartani egy haldokló beteg emberi méltóságát? A haldoklás medicalizációja közepette, hogyan érvényesülnek a betegek jogai? Ezen alapkérdések mellett az is felvetődik, hogy vajon miért kell küzdeni az életvégi döntés gyakorlásáért, ha viszonylag jelentéktelen egészségügyi kérdésekben a páciens dönthet, sőt választhat a lehetséges gyógymódok közül. Ahhoz, hogy erre választ kapjunk, meg kell vizsgálni az életvégi döntések szabályozásának jellegzetességeit.

## A HAZAI ÉLETVÉGI DÖNTÉSEKRŐL SZÓLÓ SZABÁLYOK SZERKEZETE

Elgondolkodtató, hogy míg Nyugat-Európa számos országában az életvégi döntések valamely formája (aktív eutanázia, orvos általi öngyilkosságban való közreműködés vagy orvosi segítség az élet végén, életvégi tervezés) elfogadott,<sup>14</sup> addig Közép-Kelet-Európában továbbra is tabusított ez a kérdés. Fontos hangsúlyozni, hogy ez nem azt jelenti, hogy ne lennének ilyen döntések, inkább azt jelenti, hogy az önrendelkezés gyakorlata itt kevésbé honosodott meg, és a helyzet másképpen „oldódik meg”. Magyarországon az öngyilkosságban való közreműködés büntetőjogi megfogalmazása XIX. századi,<sup>15</sup> az ellátás visszautasítására vonatkozó hatályos norma XX. századi,<sup>16</sup> míg az intenzív terápiás életfenntartás lehetőségei XXI. századiak.<sup>17</sup> Mivel nálunk nincsenek arra vonatkozó felmérések, hogy a gyakorlatban miként születnek az orvosi döntések az életfenntartó kezelésekről, azok beszüntetéséről, a mélyaltatásról vagy a szedálásról, ezért a látszat az, hogy az életvégi döntések nyílt lehetőségét csupán néhány jogvédő aktivista veti fel időről időre. Véleményem szerint nehéz lesz az előrelépés az orvosok részvétele

nélkül, illetve anélkül, hogy az orvosok őszintén feltárnák a dilemmáikat. Az orvosok számára a tehetetlenség kudarcélményét hozza a gyógyíthatatlan betegség és a halál, ezért az élet végső szakaszában, az életvégi döntésekben való részvételük elismerése, feltárása tabu.

A szenvedésnek és a haldoklásnak számtalan formája van, és kultúránként, jogrendszerenként egymástól igen eltérő megoldások születtek a kapcsolódó problémák kezelésére. Az

eutanázia kifejezés jogi szempontból gyakorlatilag használhatatlanná vált, hiszen annyi mindent és annyféle cselekedetet vagy mulasztást értünk alatta, amely az életet megrövidíti.<sup>18</sup> Ma már csak az önkéntes, tehát az érintett kérésére történő – rendszerint az elviselhetetlen szenvedések miatt kért – eutanázia merülhet fel, a nem önkéntes forma mindenütt szigorú büntetőjogi következményekkel jár. Az életvégi döntéseket illetően érdemes megkülönböztetni önkézséget és idegenkézséget.<sup>19</sup> Nemcsak a

jogelméletben, de a gyakorlatban is sokan úgy ítélik meg, hogy jobban kifejezi az egyéni autonómiát az önkézség, vagyis az, amikor a gyógyíthatatlan, agonizáló beteg maga vet véget életének, és ekkor a közreműködés jogi értékelésén van a hangsúly. Állapota miatt sok beteg nem képes az öngyilkosságra, nem beszélve arról, hogy valamilyen orvosi segítségre, receptre ekkor is szükség van, hacsak nem akarjuk a haldoklót vagy a hozzátartozót sokkoló, embertelen tettekre készíteni.<sup>20</sup> Az öngyilkosságban való közreműködés a magyar jog szerint bűncselekmény, ráadásul az orvos általi közreműködés sem privilegizált alakzat. Magyarországon az egészségügyi törvény 1997-ben bevezette az ellátás visszautasításának jogát, igaz, ezt szorosan körülhatárolt esetekre korlátozta. Az ellátás visszautasításának jogáról az Eütv. 20–23. §-ai rendelkeznek. A főszabály szerint „a cselekvőképes beteget megilleti az ellátás visszautasításának joga, kivéve, ha annak elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné”. Azonban, a beteg „minden olyan ellátást, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, csak közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében utasíthat vissza. Ez utóbbi esetben a visszautasítást az egészségügyi dokumentációban rögzíteni kell, amelyet a tanúk aláírásukkal hitelesítenek”.

Az egészségügyi törvény nagyon lakonikusan megemlíti az életmentő és az életfenntartó kezelések visszautasításának lehetőségét is. Az Eütv 20. § (3) bekezdése szerint a „*betegség természetes lefolyását lehetővé téve az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására csak abban az esetben van lehetőség, 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*”.

A fenti rendelkezés érvényességének további feltétele az, hogy egy háromtagú orvosi bizottság a beteget megvizsgálja, és egybehangzóan, írásban nyilatkozzon arról, hogy a beteg döntését annak következményei tudatában hozta meg, illetve, hogy a törvény feltételek fennállnak; továbbá, a betegnek az orvosi bizottság nyilatkozatát követő 3. napon – két tanú előtt – ismételt ki kell nyilvánítani a visszautasításra irányuló szándékát. Amennyiben a beteg nem járul hozzá az orvosi bizottság vizsgálatához, a kezelés visszautasítására vonatkozó nyilatkozata nem vehető figyelembe. A fenti passzusokból nyilvánvaló, hogy a szabályozás inkább csak az eljárási szabályok lefektetésére korlátozódott, nem sok támpontot adva arra, hogy a különböző helyzetben lévő súlyos betegek esetén miképp lehet a jogszabályt értelmezni. Egy ilyen szabálynak elsősorban a beteg méltóságára kellene tekintettel lenni. Hiányzik az alternatívák, így például a palliatív ellátás, fájdalomcsillapítás, megfelelő ápolás biztosítása, ehelyett azonban a haldokló páciens inkább egyfajta kérelmező ügyfél szerepébe kényszerül a jogszabály elgondolása szerint.

Pedig az élet befejezésének körülményei mindig személyesek. Különböző állapotban, kezeléseket és tünetcsökkentési lehetőségek mérlegelése után érkezik ide a távozóban lévő. Ki-ki más élet- és halálfelfogással. Ez a meghittség ad méltó keretet az élet befejezésének.

Az egyéni autonómia és a betegek önrendelkezésének jogi elfogadása, másrészt az orvos, illetve a segítő hozzátartozó büntetőjogi felelősségének együttes fennállása rendszerint jogi ügyekben torkollik, hiszen a két norma összeütközésbe kerül egymással. A legtöbb esetben a beteg csak úgy tudja gyakorolni az önrendelkezését, ha ehhez orvosi segítséget kap,

ugyanis elkerülhetetlen az orvosi támogatás, a fájdalomcsillapítás, vagy az életért folytatott józan küzdelem. A haldoklás medikalizációja nyomán úgy tűnik, az élet e fontos pontján kicsúszott a méltóság fenntartásának lehetősége a leginkább érintettek kezéből. Egyre kevesebbeknek adatik meg a hozzátartozókkal végigküzdött, a szenvedéseket megfelelően csökkenteni tudó gondoskodás mellett bekövetkező, meghitt halál. A modern orvostudomány „megszabadított”

bennünket szeretneink végső harcának megélésétől. Cserébe elvette a betegség, haldoklás intimitását. Kórházaink pedig híven tükrözik a külső világot, a haláltól való idegenkedést és az emberiesség kiszorulását a mindennapok fontos csatáiból. A kérdés az, hogy milyen jogi megoldások segíthetik a haldoklók önrendelkezésének, méltóságának helyreállítását. A kezelés visszautasításának joga, mint azt elnevezése is mutatja, csak szűk körben ad lehetőséget, hogy a páciens rendelkezzen a kezeléséről, a felajánlott kezeléseket némelyikét elutasíthatja, de nem dönthet maga arról, hogy helyette mi mást szeretne. A páciensközpontú életvégi tervezés azt jelentené, ha nemcsak elutasítani lehetne bizonyos beavatkozásokat, de lehetne kérni is, illetve bele lehetne egyezni élet-

végi kezelésekre, palliatív ellátásokba, egészen a szenvedés csökkentését célzó orvosi beavatkozásokig. De amíg csak bizonyos kezelésekről lehet, még hozzá nagyon bonyolult módon lemondani, addig a gyógyíthatatlan szenvedő beteg önrendelkezése sérül.

## SZEMBENÉZÉS ÉS TABUSÍTÁS

Az amerikai és az európai jogi megközelítés tagállamonként, illetve államonként változó ugyan, általánosságban mégis elmondható, hogy az életvégi döntés megengedhetőségében Európában nagyobb szerepe van a páciens által megélt szenvedésnek, mint valami egységes orvosi szempontrendszernek.<sup>21</sup>

Persze Nyugat-Európa sem mutat egységes képet, sokféle szabályozás alakult ki, rendszerint hosszú viták következményeképp. A holland és belga eutanáziaszabályozás<sup>22</sup> talán a legismertebb. Belgiumban már 2002-ben elfogadták az eutanáziáról szóló törvényt, amely számos garanciális feltételt rögzített.

A holland szabályozás esetjogi előzmények után fokozatos törvénymódosításokkal született meg. Mára már pontos statisztikák állnak rendelkezésre arról is, hogy milyen betegségek esetében élnek ezzel a lehetőséggel a páciensek. Ezekből kiderül, hogy ALS-ben szenvedő betegek sok esetben kérték az aktív eutanáziát. Az ALS diagnózis megfelel a törvényben rögzített feltételeknek, mivel ez az állapot elviselhetetlen és hosszú szenvedéssel jár. A elvesztett beszédképesség helyettesítésére számos eszköz, digitális és egyéb technikai segítség áll ma már rendelkezésre, de az izomcsoportok működésének fokozatos leállítására egyelőre még nincs hathatós terápia. A holland gyakorlatról magyar szerzőtől is értesülhetünk.<sup>23</sup>

Bár igaz, hogy az Európa Tanács országainak összességét tekintve egyelőre kisebbségben vannak az eutanáziát, illetve az öngyilkosságban való közreműködést legalizáló országok. Az aktív eutanázia bizonyos formái megengedettek Belgiumban, Luxemburgban, Hollandiában, Spanyolországban és Portugáliában, és csak hét tagállamban, Ausztriában, Finnországban, Németországban, Olaszországban, Liechtensteinben, Svédországban és Svájcban legális az öngyilkosságban való közreműködés, bizonyos formában. Ha azonban az országok földrajzi és történelmi helyzetét is figyelembe vesszük, akkor szembeötlő, hogy olyan, mintha a vasfüggöny ezen a téren továbbra is létezne. Érdemes lenne elgondolkodni, hogy ennek mi lehet az oka. A jogrendszer különbségei, az egészségügy helyzete, az önrendelkezés gyakorlatának különbségei?

A bioetika területén megfigyelhető, hogy a tájékoztatás és önrendelkezés megfelelő és korrekt gyakorlata alapvető az egészségügy területén érvényesíthető más jogok tekintetben is.<sup>24</sup> Ha az előbbiek nem jól, vagy csak későn alakulnak ki, akkor minden más vonatkozó döntés is torzul.

Az aktív életvégi önrendelkezés bizonyos formáit az elmúlt években több ország, például Spanyolország, Portugália és Ausztria is elismerte. Portugáliában 2023-ban fogadtak el a támogatott haldoklásról szóló törvényt,<sup>25</sup> amelyben rögzítettek az orvosi segítség alkalmazásának feltételeit az élet végén: e szerint szigorú feltételek megléte esetén nem büntethető az orvosi halálba segítés („morte medicamente assistida”, MMA). Ez a törvény egy hosszú, több parlamenti ciklust felölelő jogalkotási folyamat révén született meg; négy elnöki vétó, két alkotmánybíró-

sági határozat és egy korábban megvétózott rendelet parlamenti megerősítése előzte meg. 2023 májusában végül hatályba lépett a törvény, amely lehetővé tette az orvosi halálba segítést. A portugál törvény számos garanciális feltételt szab, ezek között szerepel például a páciens megfelelő és részletes tájékoztatáson alapuló, megismételt akaratnyilvánítása is.

A fentiek mutatják, hogy az életvégi döntések jogi elismerését hosszú folyamat előzheti meg. Spanyolországban 2021-ben született meg az eutanáziáról szóló törvény.<sup>26</sup> A törvény meghozatala után két alkotmánybíróági döntés nyomán alakultak ki a garanciális feltételek. A spanyol törvény szerint a kérelmezőnek 18. éven felülinek kell lennie, és már legalább 12 hónapja Spanyolországban kell tartózkodnia. Ez utóbbi rendelkezés nyilvánvalóan az eutanáziaturizmust próbálja megakadályozni. Sajátos vonása még a spanyol törvénynek, hogy előzetesen egy regionális bizottságnak kell jóváhagynia, hogy a törvényben megszabott feltételeknek megfelel az adott kérelem.

Ha az utóbbi években megjelenő törvényeket vizsgáljuk, szembeötlő az is, hogy nagyon fontos feltétel a palliatív ellátások hozzáférhetősége, hiszen, ha nincs más alternatíva a szenvedés csökkentésére, csak az eutanázia, az nyilvánvalóan torzítja és megsokasítja az eutanáziakérelmeket.

Az öngyilkosságban való közreműködés kapcsán meg kell említenünk Svájcot is, ahol nem büncselekmény az öngyilkosságban való közreműködés. Ezt a helyzetet már az 1937-es büntető törvény megteremtette, amelynek 115. cikke csak az önző szándékból való közreműködést rendeli büntetni.<sup>27</sup> Az 1980-as évektől kezdve e passzust úgy értelmezték, hogy ha nem önző a motiváció, akkor az öngyilkosságban való közreműködés nem szankcionálandó. A támogatott öngyilkosságot általában nem orvosok hajtják végre,<sup>28</sup> hanem az asszisztált öngyilkosság gyakorlatában részt vevő nonprofit szervezetek önkéntesei, akik nem rendelkeznek orvosi végzettséggel. Az orvosok szerepe a halált okozó szer felírására és a beteg döntési képességének felmérésére korlátozódik; maguk nem működnek közre az öngyilkosságban. E tekintetben az asszisztált öngyilkosság svájci gyakorlata hasonló az Egyesült Államokban Oregon állam gyakorlatához.<sup>29</sup> Svájcban az első két öngyilkossági segítségnyújtó szervezetet 1982-ben hozták létre, de egymástól függetlenül: az Exit Deutsche Schweiz nevű Svájc német nyelvterületén hozták létre, központja Zürich-

ben, az Exit A.D.M.D (Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité) nevűt az ország francia ajkúak által lakott részén, genfi székhellyel. Az első asszisztált öngyilkosságot 1985-ben hajtotta végre az Exit Deutsche Schweiz.<sup>30</sup>

Ami a magyar helyzetet illeti, 1997 óta az egészségügyi törvényben szerepelnek a betegjogok, így a gyógykezelés, ennek körében az életmentő és életfenntartó kezelések elutasításának lehetősége is. A szabályozás meglehetősen lakonikus. Mivel nem kapott kellő nyilvánosságot, ezen életvégi döntések lehetősége kevesek körében ismert. Úgy tűnik, hogy a gyakorlatban nagyon kevesen élnek az említett lehetőséggel, és az orvosok is bizonytalanok a törvény végrehajtását illetően. A magyar jogszabályok sem az aktív eutanáziát, sem pedig az öngyilkosságban való közreműködést nem teszik lehetővé; sőt, ezeket az alakzatokat a büntetőjog is szigorúan tiltja. A jelenlegi eutanáziavitában sokszor hangzik el az a jogos kétely, hogy a jelenlegi, romló állapotú egészségügyünk körülményei közepette – hosszúak a várólisták, és sok beteg hiába fizette az egészségügyi járulékot évtizedeken át, mégis a magán-egészségügyi ellátás révén jut csak időben kezeléshez – vajon felvethető-e egyáltalán az eutanázia, vagy az öngyilkosságban való közreműködés megengedhetősége. Az aggodalom jogos, viszont azt is látni kell, hogy a most szenvedő beteg nem várhat az egészségügyi körülmények javulására. Sok helyen az eutanáziavitákat arra is felhasználták, hogy nagyobb figyelem jusson a haldokló betegek gondozására, a tünetek csökkentésére, a palliatív, illetve a hospice ellátásra, tehát az eutanáziavita katalizátorként szolgált ezen területek fejlesztésére is. Ha minden lehetőt megteszünk a szenvedő betegek helyzetének javítására, akkor vetődhet fel, hogy azon esetekre tekintettel, amikor a segítség dacára elviselhetetlen a szenvedés, illetve az emberi méltósággal összeegyeztethetetlen a beteg állapota, az életvégi döntések szélesebb körének adjunk lehetőséget.

Az életvégi döntések tabusításának következménye paradox módon lehet az életvégi döntések siettetése is. A *Karsai*-ügyben is felmerült, és a meghallgatáson is sok kérdés a körül forgott, hogy milyen következményei lennének, ha a kérelmező Svájcba utazna, és ott kérne segítséget öngyilkossághoz. A magyar büntetőjog hatálya kiterjed a külföldön elkövetett, Magyarországon bűncselekménynek minősített cselekményre is,<sup>31</sup> még ha az adott ország joga szerint az nem is minősülne bűncselekménynek. Mivel nálunk nincs pontosan meghatározva, hogy mi

minősül közreműködésnek, a segítők széles köre szembesülhet büntetőjogi következményekkel.<sup>32</sup> Ebből pedig az következne, hogy az érintett nagyon korán, lehetőség szerint segítség nélkül utazzon ki, hogy ne sodorjon másokat nehéz helyzetbe. Mivel például az ALS betegség esetében fokozatosan romló az állapot, ez azt jelentené, hogy a diagnózis felállítása után, az első komolyabb tünetek jelentkezések kellene elindulni, akkor, amikor a beteg még talán halogatni szeretne a döntést, de – az állapotromlástól tartva és a rokonai büntetőjogi fenyegetettségét tekintetbe véve – esetleg mégis elindul a végső útra. Ez a jogi kényszerhelyzet sietteteti az élet befejezését, mert ez az egyedüli legális útja a szenvedések alóli szabadulásnak. Márpedig, ha ez így van, akkor furcsa mód az élet védelmét szolgáló jogi korlátozás az élethez való jog korlátozását is eredményezheti.

## PALLIATÍV ELLÁTÁS ÉS HOSPICE

Simone de Beauvoir *A szelíd halál (Une morte très douce)* című, 1964-ben kiadott könyvét így fejezi be: „*Anyám viselkedése okot adott az optimizmusra, hiszen még akkor is, amikor félig lebévult és már haldoklott, látuk rajta, milyen végtelenül nagyra becsüli az élet minden pillanatát; ugyanakkor az életért való küzdelemnek hiabavalósága letépte a halál banalitásának megnyugtató függönyét. Nincs természetes halál: semmi nem természetes, ami velünk történik hiszen jelenlétünk megkérdőjelezi a világot. Minden ember halandó: de minden ember halála baleset, és még ha az illető tudja, és el is fogadja, hogy egyszer meg kell halnia, az elmúlás egy váratlan erőszakos esemény.*”<sup>33</sup>

Ha a halál az élettörténet szerves része, akkor nincs jogunk a haldoklótól elvonni azt a lehetőséget, hogy – bár a szenvedést és a betegséget senki sem választja, de – a távozás mikéntjébe igenis legyen beleszólása. A heroikus küzdelem, a szenvedés méltósággal viselése ugyanúgy tiszteletet érdemel, mint az, ha valaki úgy érzi, hogy nem tud tovább küzdeni, vagy nem tudja a méltóságát fenntartani.

Az egészségügynek soha nem szabad lemondania betegekről. A legsúlyosabb, legreménytelenebb esetekben is biztosítani kell az ápolást, a fájdalmak és a tünetek enyhítését. A palliatív ellátás és a hospice sokat tesz annak érdekében, hogy az élet utolsó szakasza elviselhető legyen. A gyógyíthatatlan és szenvedő betegnek a halál siettetésére vonatkozó kérését akkor lehet megnyugodva elfogadni, ha vannak alternatívák, de azok révén az adott beteg számára még-

sem válna elviselhetővé az életet. Magyarországon Polcz Alaine és Muszbek Katalin<sup>34</sup> munkássága révén honosodott meg a hospice ellátás. A bioetika terén Hegedűs Katalin<sup>35</sup> foglalkozott a legtöbbet a hospice ellátással. A palliatív ellátásról szóló tankönyvet Csikós Ágnes szerkesztette.<sup>36</sup> A palliatív ellátás multidiszciplináris hátteret feltételez. Bár számos komoly eredmény született a hospice és palliatív ellátás terén, a hospice ellátás elsősorban a haldokló daganatos betegeknek jelenthet megfelelő megoldást, más betegségekben szenvedők esetében kevésbé működik.

Sajnos, mivel a haldoklás folyamata egyénekenként nagyon eltérő, nem mindenki számára hatékony a palliatív, illetve a hospice ellátás. Nemcsak a testi, de a lelki szenvedéseket is ki-ki másként éli meg. Van, aki a hozzátartozói miatt él tovább, várja az unoka érkezését vagy egy jeles eseményt; van, aki úgy érzi, hogy nem tud és nincs is miért tovább küzdeni. Fontos azonban, hogy akár az orvosi közreműködéssel végrehajtott öngyilkosságot, akár az eutanázia valamely formáját engedi a jog, először is a palliatív ellátás elérhetőségét és megfelelő színvonalát kell biztosítani.

Amikor a strasbourggi meghallgatásra készültem, meglepően sokan javasolták, hogy érveljek a hazai egészségügy kilátástalan helyzetével, a kórházak állapotaival, a fertőzések gyakoriságával, az ápoló személyzet hiányával. Nem tartottam helyesnek ezt a megközelítést. Az ugyanis tragikus és elfogadhatatlan lenne, ha súlyos betegek tömegei azért választhatnák a halál orvosi szitétését, mert az egészségügy helyzetének javítása helyett csupán a beteg önrendelkezését adjuk meg. A kettő szoros kapcsolatban van. Az egészségügy lehet egyszerre élet- és méltóságpárti: legyen arra törekvés, hogy a minél több beteg meggyógyuljon, de ha ez már nem lehetséges, akkor méltó körülmények között kapjon megfelelő ápolást, és enyhítsék a tüneteit. Az életvégi döntések kérdéskörébe az is beletartozik, hogy emberséges, méltó körülmények legyenek a kórházakban, és akkor jóval kisebb lesz azoknak az aránya, akik az eutanázia vagy segítséggel végrehajtott öngyilkosság valamely formáját választják.

Épp az egészségügyi ellátás jelenlegi hazai állapota miatt nem időszerű több neves hazai szakember szerint az eutanázia és az öngyilkosságban való közreműködés törvényi engedélyezése.<sup>37</sup> Felhozható az az érv is, hogy épp ezért kell fejleszteni az egészségügyi ellátást, hogy senki ne emiatt kényszerüljön idő előtt távozni. Ugyanakkor az eutanáziavita katalizá-

torként is hathat a hospice ellátások forrásainak bővítésére és az egészségügy helyzetének javítására.

## A BETEGSÉG TERMÉSZETES LEFOLYÁSA

Az egészségügyi ellátás, és elsősorban az intenzív terápiás ellátás fejlődése, a gépi lélegeztetés, és számos mesterséges életfenntartó kezelés megjelenése azt eredményezte, hogy előtérbe kerüljön a páciensek és hozzátartozóik igénye az önként választott, szenvedéseket csökkentő kezelések, illetve a gépek révén fenntartott élet lerövidítése iránt. A kényszer-eutanázia fenyegetésének – ami azon alapult, hogy mások értéktelennek nyilvánították az életét – korszaka elmúlt, és előtérbe került a teljes élet után súlyos

szenvedéssel teli haldoklást lerövidítő önkéntes eutanázia kérdése. A bioetika jelentős része ezzel a korszakkal foglalkozik. Minden országban fokozatosan megjelentek a gépi lélegeztetés, később a mesterséges táplálás mellőzésére vonatkozó igények, majd az eutanázia aktív alakzataira is, amelyek nemcsak a kezelés beszüntetését jelentik, hanem aktív orvosi közreműködést az élet lerövidítésében. Nemcsak Hollandia, Belgium, Luxemburg, Svájc lépett erre az útra, de a világ számos pontján

– különböző feltételek mellett, eltérő elnevezéssel ugyan, de – elfogadták a páciensnek az élete lerövidítésére irányuló kérését. Így például Columbiában, Kanadában, Oregonban, Kaliforniában vagy az ausztrál Victoria államban. A megnövekedett számú jogeset is mutatja – különböző kezeléstípusokról, különböző életkorú és állapotú betegekről van szó –, hogy fokozatosan bővül az eutanázia alkalmazási köre. Franciaországban ún. tünetcsökkentő szedálást<sup>38</sup> alkalmaznak, de mára az is felvetődött, hogy ez számos esetben nem elfogadható a páciens számára.

## BETEGTÁJÉKOZTATÁS ÉS ÉLETVÉGI TERVEZÉS

Az életvégi döntések elengedhetetlen feltétele a beteg tájékoztatás.<sup>39</sup> Magyarországon 1990-ig a gyógyíthatatlan betegek esetében az orvos eltekinthetett a tájékoztatástól.<sup>40</sup> És bár ma már törvény írja elő a megfelelő tájékoztatást minden esetben, a gyógyíthatatlan betegség közlése sokszor nem megfelelő

vagy nem elégséges, hiszen a kezelés számos lehetőségét, alternatíváját is meg kell beszélni. Ezt a felkészülést nevezik életvégi tervezésnek. Az orvos és más egészségügyi dolgozók, valamint a beteg közötti hosszabb, többlépcsős kommunikáció. Mivel a beteg életének utolsó szakasza hónapokig vagy akár évekig is tarthat, az állapota pedig közben változhat, ezért többszöri tájékoztatásra is szükség lehet. Mivel ma már a legkritikább eset, hogy valaki a betegség természetes lefolyása következtében hal meg, a reménytelen állapot kialakulását jellemzően számtalan orvosi beavatkozás előzi meg, amelyek adott esetben az élet meghosszabbítására tett kísérletek voltak, de egyúttal akár a szenvedéseket is növelték, akaratlanul. Már csak ezért sem hagyhatja magára az orvos a betegét ebben az utolsó fázisban, még ha tehetetlennek is érzi magát. Nem ellentétes a gyógyító szereppel a szenvedések csökkentése és a beteg végigkísérése az élete utolsó szakaszában. Sokakkal ellentétben<sup>41</sup> én úgy gondolom, hogy a laikus segítség a szakszerűség hiánya miatt sokszor szükségtelen szenvedést okoz, visszaélésekhez vezethet, és a hozzátartozó általi segítség pedig – orvosi segítség hiányában – elkövetési módjában gyakran gyilkosságra emlékeztet. A már említett Binder-ügy<sup>42</sup> tanulsága, hogy a magára hagyott beteg és hozzátartozó kilátástalan helyzetbe kerülhet. Ráadásul a hozzátartozók közötti konfliktusok forrása is lehet az életvégi döntés, hiszen gyakran gyökeresen eltérő állásponton vannak ezt illetően az egyes hozzátartozók.<sup>43</sup>

#### KORÁBBI ESETEK: VAN-E JOGFEJLŐDÉS?

Számos emberi jogi kérdést illetően kimutatható, hogy az EJEK élő dokumentumnak tekinti az emberi jogi konvenciót, és fokozatosan nyit a jogok progresszívabb értelmezése felé, így például a mesterséges megtermékenyítés,<sup>44</sup> a béranyaság,<sup>45</sup> az azonos neműek kapcsolata<sup>46</sup> terén. Az életvégi döntések jogi megítélése azért különösen érzékeny terület, mert egyrészt kötődik fontos morális és kulturális kérdésekhez, másrészt pedig sok tényező együttes értékelésére van szükség a megítéléshez. Különböző a betegségek lefolyása – valamint eltérnek és változnak az orvostudomány lehetőségei ezeket illetően –, a jogrendszerbe vetett bizalom, a bioetika helyzete, a palliatív ellátások hozzáférhetősége és színvonala.

Nehezen mérhető az is, hogy mi a viszonya a szabályozásnak és a tényleges orvosi, ápolói gyakorlatnak. A tabusítás egyik következménye ugyanis az, hogy nem tudjuk, hogy miként születnek meg az önrendelkezést részben helyettesítő orvosi döntések az intenzív és más osztályokon. A büntetőjogi fenyegettség miatt nyilván vita is nehezen képzelhető el ezen a területen.

Mint megannyi bioetikai vonatkozású ügyben az EJEK előtt, az életvégi döntések esetében is rendszerint az egyezménynek a magánélet tiszteletéről szóló, 8. cikkében foglalt jog a leggyakrabban hivatkozott. A *Pretty Egyesült Királyság elleni* ügyében<sup>47</sup> elfogadta az EJEK azt az érvelést, hogy az életvégi döntések is beletartoznak a magánélet védelmének körébe. A *Pretty*-eset azért is jelentős, mert sokban hasonlít

a *Karsai*-ügyhöz, hiszen az előbbi kérelmező is azt kérte, hasonló okokból, hogy békés halálba segítse valaki (esetében a férje), és hogy az elkövetőt emiatt ne büntessék. Dianne Pretty beadványa kapcsán szembesült először az EJEK az egyéni autonómia és az öngyilkosságban való közreműködés eltérő jogi megítélésével. A 43 éves asszony súlyos idegrendszeri megbetegedése, bénulása miatt nem tudta volna az általa tervezett öngyilkosságot végrehajtani, de ha a

férje segített volna neki, akkor férjét az angol törvények alapján elítélhették volna. A szenvedő asszony álláspontja szerint a magánélethez és emberi élethez való jogot, valamint a diszkriminációmentességet sérti az, ha ilyen esetekben egy haldokló nem kaphat segítséget öngyilkosságának kivitelezéséhez. Persze kérdés, hogy az önrendelkezési jog vonatkozatható-e élet és halál kérdésére is.

A strasbourgi bírák úgy találták, hogy az egyénnek nincs joga a halálhoz, legalábbis olyan értelemben nem, hogy az öngyilkosságban való közreműködéshez való jogot a jogrendszer általános érvényűen elfogadja. A hozzátartozók véleménykülönbsége, illetve a kritikus kezelések beszüntetésével kapcsolatos kérdése gyermekek, eszméletlen állapotú betegek esetében azóta is számos emberi jogi vonatkozású jogvitához vezetett.

A *Pretty*-esetben az EJEK megállapította, hogy nem sértették meg az Emberi Jogok Európai Egyezményének (EJEE) 2. cikkét (élethez való jogot) azzal, hogy a brit főügyész nem engedélyezett előzetes mentességet a vádemelés alól az öngyilkosságban való közreműködés esetére a gyógyíthatatlan betegségben szenvedő kérelmező férjének. A bíróság álláspontja

szerint az élethez való jog nem foglalja magában a halálhoz való jogot. Így nem sértették meg az EJEE 3. cikkét (kínzás tilalma) sem, mert a 3. cikkből a 2. cikkben foglaltakkal „egybeolvasva” nem vezethető le, hogy az államnak engedélyeznie kellene a halálhoz való jog szabad akarathól történő gyakorlását, még akkor sem, ha így a panaszosnak rendkívüli fájdalommal járó halállal kell szembenéznie. Nem sértették meg az EJEE 8. cikkét (magánélet tiszteletben tartásához való jog) sem, mert az öngyilkosságban közreműködés büntetőjogi tilalmának kivételt nem engedő volta nem tekinthető „aránytalan”-nak az Egyezmény értelmében, hiszen a vádemeléshez a brit főügyész egyetértése szükséges, és az előírt legsúlyosabb büntetés kiszabása sem kötelező az ilyen ügyekben. Nem sértették meg továbbá a 9. cikket (gondolat-, lelkiismereti és vallásszabadság) sem, mert a kérelmező állásfoglalása a halálhoz való jog gyakorlása vonatkozásában nem esik a 9. cikkben meghatározott „meggyőződés kifejezésre juttatása” fogalmi körébe. A részes állam tiszteletben tartotta az EJEE 14. cikkét (megkülönböztetés tilalma) is, mert „objektív és ésszerű indok” szolt amellett, hogy az öngyilkosságban közreműködés büntethetősége tekintetében ne tegyenek különbséget a más ember segítségére nélkül is öngyilkosság elkövetésére képes és erre nem képes áldozatok között, hiszen bármilyen büntethetőséget kizáró ok növelné a visszaélés veszélyét, és könnyen alááshatná az emberi élet védelmét.

A *Haas Svájc elleni* ügye<sup>48</sup> szintén az öngyilkosságban való közreműködés határaitól szól. Ebben az esetben Haas nem kapta meg az öngyilkosságban való közreműködéshez szükséges vényt, mert kérése nem felelt meg a svájci törvényeknek. Az eset sajátossága, hogy a strasbourgi bíróság az öngyilkosságban való közreműködést megengedő svájci szabályozást vizsgálta, és megállapította, hogy az nem sérti az EJEE 8. cikkét. Később a *Gross Svájc elleni* ügyben<sup>49</sup> is górcső alá került a svájci szabályozás.

A *Koch Németország elleni* ügye<sup>50</sup> abból a szempontból hasonló, hogy a kérelmező azt sérelmezte, hogy ahhoz, hogy önrendelkezési jogát gyakorolja, hosszú utat kell megtennie: Svájcba kell elutaznia, mert a német jog nem biztosítja az önrendelkezését. A Koch-ügyben a kérelmező felesége, aki teljes quadriplegiában<sup>51</sup> szenvedett, sikertelenül kérelmezte a Szövetségi Gyógyszerészeti és Orvosi Termékek Intézeténél, hogy engedélyt kérjen egy olyan szer halálos adagjának beszerzésére, amely lehetővé tette volna számára az öngyilkosság elkövetését otthon, Németországban. A Koch-ügyben a kérelmező azt állította, hogy a felesége (aki lebénult, és mesterséges lélegeztetésre volt szüksége) esetét tekintve az, hogy megtagadták tőle a halálos szer beszerzésének

lehetőségét, amivel saját életét el tudta volna venni, megsértette mindkettőjük jogát a magánélet és a családi élet tiszteletben tartásához. A kérelmezőnek a közigazgatási bírósághoz, a közigazgatási fellebbviteli bírósághoz és a szövetségi alkotmánybírósághoz benyújtott fellebbezéseit elfogadhatatlannak nyilvánították. A kérelmező különösen azt sérelmezte, hogy a hazai bíróságok megtagadták a panasz érdemi vizsgálatát; ezzel megsértették a magán- és családi élet tiszteletben tartásához való jogát. Tekintettel különösen a kérelmező és felesége között fennálló rendkívül szoros kapcsolatra, valamint arra, hogy a kérelmező azonnal nekilátott a beteg kívánságának teljesítéséhez, hogy véget vessen napjainak. Bíróság úgy ítélte meg, hogy a kérelmezőt közvetlenül érintette a halálos szer beszerzésére irányuló kérelem megtagadása. Úgy ítélte meg, hogy a jelen ügyben megsértették a kérelmezőnek az EJEE 8. cikke (a magán- és családi élet tiszteletben tartásához való jog) szerinti eljárási jogait, mivel a német bíróságok megtagadták a kérelem érdemi vizsgálatát. A kérelmező panaszának érdemét illetően a Bíróság úgy ítélte meg, hogy elsősorban a német bíróságok feladata annak érdemi vizsgálata, különös tekintettel arra a tényre, hogy az Európa Tanács tagállamai között nincs konszenzus az öngyilkosságban való közreműködés elfogadását illetően. Az EJEB a jogszabályok és az egyezmény viszonyát vizsgálja, de a jogalkotás körülményeit, az orvosi gyakorlat átláthatóságát, a betegtájékoztató mikéntjét, a jogszabályok és a társadalom viszonyát nem.

#### LEHET-E EGY CSOPORT SÉRÜLÉKENYSÉGRE HIVATKOZNI AZ EUTANÁZIAVITÁKBAN? LÉTEZNEK-E SAJÁTOS ÉRVEK AZ ALS BETEGEK ESETÉBEN?

Hogy mire milyen sors vár az élete végén, a haldoklásakor, és ki mit tekint elviselhetetlennek, azt nem lehet előre objektív mérce alapján megbecsülni. Sokszor eltökélt küzdőkből lesznek olyanok, akik végül nem akarnak tovább harcolni, máskor meg a betegség elején még a feladást fontolgatókból lesznek a legnagyobb harcosok. Az ALS betegség esetében nem a fizikai fájdalom a legnagyobb kihívás, hanem sokkal inkább az egyre fokozódó magatehetetlenség érzése.

Az életvégi döntések esetében gyakori álláspont, hogy az egyén helyzetét betegsége, állapota, valamilyen csoportba tartozása alapján kell megítélni, és a csoportba tartozók védelme miatt kell önrendelkezését korlátozni. Ezen érvelésmentet képviselők sze-

rint minden ALS beteg aktív eutanáziát vagy öngyilkosságban való közreműködést kérne, ha közülük akár csak egynek is engedélyeznék ezt. Ezen érvélményt szerintem félő, hogy ha valaki a csoportból önmegrendelkezést gyakorolhatna, akkor mintegy magával sodorná a többi, hasonló helyzetben lévő beteget is. Sőt, sokan azzal érvelnek, hogy „csúszós lejtő”-ről van szó: félő, hogy egyenesen elvárás lesz, hogy ha valaki ilyen helyzetbe kerül, akkor az élete megrövidítése mellett döntsön, ne legyen teher mások számára. A baj ezekkel az érvélményekkel az, hogy bár az egyén döntése kétségtelenül hat a környezetére, és a környezet például ki is fejezheti, hogy igényli, sőt támogatja a beteg életének fenntartását, de az emberi méltóságot sérti, ha a haldokló fájdalomából, testi és lelki szenvedéséből következő döntését vélt csoportérdekek alapján felülírják. Az Oviedo egyezmény 2. cikke ki is mondja az emberi lény elsőbbségét: *„Az emberi lény érdeke és jóléte a társadalom vagy a tudomány pusztá érdekével szemben mindenkor elsőbbséget élvez.”*<sup>52</sup>

Lehet-e a természetes halál koncepcióját kiindulópontnak venni az orvostudomány jelenlegi állapotában? A modern orvostudomány és intenzív terápiás ellátások mellett nagyon nehezen védhető a természetes halál fogalma. Ma már szinte az a ritka, ha valaki úgy hal meg, hogy előtte semmiféle erőfeszítést nem tettek az élete meghosszabbítására; a haldokló rendszerint több műtéten, gyógyszeres kezeléssel van már túl.

## A COVID-JÁRVÁNY HATÁSA AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEKRE

Sok országban a nyíltabb szembenézéshez járult hozzá a Covid-járvány okozta döbbenet is. A járvány az ember esendőségére irányította a figyelmet. Az egészségügyben hirtelen hadiállapotok alakultak ki, ami miatt sokan nem kaphatták meg a számukra szükséges gyógykezelést. Az életmentő kezelések sorolása miatt olyan életvégi döntések is születtek, amelyek passzív eutanáziának minősülnek, de a kezelés beszüntetése vagy a szükséges kezelés mellőzése nem a beteg kérésére történt, hanem a hirtelen megnövekedett esetszám miatt. Bár ezt senki nem nevezte ezt „nem önkéntes passzív eutanáziá”-nak, valójában időlegesen ilyen gyakorlatot honosítottak meg a kapacitáshiány miatt. Mivel ez a gyakorlat az eutanáziát nem önkéntes formájával rokonítható, ezzel – igaz, nem ideológiai okokból, hanem az egészségügyi járvány-

ügyi vészhelyzet miatt alkalmazták, mégis –, átirták az autonómiáról már évtizedek óta kialakított és elvárt elképzeléseinket. Az önmegrendelkezés szükségszerűnél nagyobb korlátozása, a haldoklók magányossága megregették az addig kialakult konszenzust. Nem véletlen talán, hogy a járvány elmúltával Európa több országában fogadták el az életvégi önmegrendelkezés valamely formáját.<sup>53</sup> Nálunk, sajnos, nem történt meg még a járvány

szórán kiugróan magas halálozás átfogó elemzése sem, a tabusítás ugyanis erre is kiterjedt. Szinte semmit nem lehetett tudni az intenzív osztályokon folyó küzdelemről, az ott meghozott döntésekről. Az Orvosi Kamara hozott ugyan egy etikai állásfoglalást a sorolást szempontjairól,<sup>54</sup> de ennek gyakorlati vonatkozásai sem ismertek.

## ZÁRÓ GONDOLATOK

Míg a nyugat-európai országok többségében rendszeres viták zajlottak, és kisebb-nagyobb jogalkotási lépések történtek az életvégi önmegrendelkezés biztosítása kapcsán, addig nálunk szinte megállt az idő a betegek jogainak fejlesztése terén. A hazai jogalkotás 1997 óta nem foglalkozott komolyan az életvégi döntések kérdésével. Szórványosan voltak ugyan eutanáziaviták, de az a jogfejlődés, ami a betegjogok megjelenésével elkezdődött, az ezredfordulóra megtorpant. Az egészségügyet érintő, jelentős fejlemények – a magánellátás térnyerése, a kórházi fertőzések magas száma, a szakember-, illetve ápolóhiány, valamint a finanszírozási nehézségek fokozódása, a Covid-járvány megjelenése – mind-mind akadályozták, hogy a betegek jogai tovább fejlődhessenek.<sup>55</sup> Végezetül, a jogállamiság problémái is nagyban nehezítették a tisztánlátást. A jogi bizonytalanságok miatt az eutanázia bár létező jelenség ugyan, de inkább senki nem beszél róla. Nem véletlen, hogy az életvégi döntések terén a legismertebb, legállhatatosabb vitát egy alkotmányjogász páciens, Karsai Dániel kezdeményezte. Bár az ügy sorsa Strasbourgban már eldőlt, a hazai jogalkotás fejlesztése továbbra is várat magára. Az életvégi döntések tabusítása nem jelenti az emberi élet és méltóság tiszteletét. Az életvégi tervezésnek magas szintű tájékoztatáson és az alternatívák ismeretén kell nyugodnia. A kérdés mélyen összekapcsolódik a jogállamiság kérdéseivel is, de ennek kifejtése külön tanulmányt érdemelne. Mindezek miatt a vasfüggöny nyomai még felfedezhetőek az önmegrendelkezési jogok érvényesítése terén.



Fontos, hogy a további vitában ne csak betegek, jogászok és bioetikusok vegyenek részt, hanem orvosok is. Az életvégi döntések érvényesülésének ugyanis épp az az egyik legfőbb feltétele, hogy sikerül-e feltárni azt a szürke zónát, ahol az életvégi döntések hallgatólagosan mégis csak megszületnek, kimondatlanul hagyva a dilemmát, elmosva az önrendelkezés és az orvosi döntés határait. Ez a titkosítás, tabusítás nyilván nagy terhet ró az orvosra, de a beteg és a hozzátartozó is tehetetlen és kiszolgáltatott egy ilyen helyzetben. A szembenézés a nehezebb út, de ahol ezt hosszú folyamat eredményeként mégis megtették, ott csökkent a betegek kiszolgáltatottsága.

## JEGYZETEK

1. *Opinio.hu: A magyarok négyötöde támogatná az eutanáziát*, <https://opinio.hu/a-magyarok-negyotode-tamogatna-az-eutanaziat/>.
2. ARADI Hanga Zsófia: Medián: A magyarok többsége támogatná az eutanázia valamilyen formáját, *Telex.hu*, 2023. november 22., <https://telex.hu/belfold/2023/11/22/median-kozvelemenykutatas-felmeres-eutanazia-kegyes-halal-tarsadalom-tamogatas>.
3. *A jó halál. Eutanázia: Pro és kontra*, szerk. BLASSZAUER Béla, Budapest, Gondolat Kiadó, 1984.
4. POLCZ Alaine: *Meghalok én is? A halál és a gyermek*, Budapest, Jelenkor, 1993.
5. BITÓ László: *Boldogabb élet – jó halál. Eutelia – eutanázia*, Budapest, Noran Libro, 2014 (2. átdolgozott, bővített kiadás).
6. KOVÁCS József: Az eutanázia és az életfenntartó kezeléseik megszüntetésének etikai kérdései, *Kórház*, 1997/5, 9–12.
7. VADÁSZ Gábor: Méltóságról, szenvedésről, az eutanáziát elutasító vallási vezetők nyilatkozatáról, *Élet és Irodalom*, 2020/3. (január 17.).
8. FILÓ Mihály: *Az eutanázia a büntetőjogi gondolkodásban*, Budapest: ELTE Eötvös Kiadó, 2015.
9. TAKÁCS Albert – KMETTY Ildikó: Az eutanáziáról való jog: Indítvány az Alkotmánybírósághoz, *Fundamentum*, 2003/1, 125–133.
10. SÁNDOR Judit: Az élet vagy az emberi méltóság? *Világosság*, 1995/7, 41–50.
11. *Most múlik. Harminc magyar író az emberi méltóságról*, szerk. DEMÉNY Péter, Budapest, Open Books, 2021.
12. *Karsai Magyarország elleni ügye*, 32312/23. számú kérelem, a Bíróság 2024. június 13-án kelt ítélete.
13. 2024. szeptember 2-án.
14. Az orvos általi aktív halálba segítség elfogadott Belgiumban, Luxemburgban, Hollandiában és Spanyolországban, valamint Portugáliában a 2023-ben elfogadott törvény szerint. Hét európai államban – Ausztriában, Finnországban, Németországban, Olaszországban, Lichtensteinben, Svédországban és Svájcban – elfogadott az öngyilkosságban való közreműködés valamely formája.
15. A bűntettekről és vétségekről szóló 1878. évi V. törvénycikk (Csemegi Kódex) az öngyilkosság megkísérlését nem rendelte büntetni. Ekkor dönt el az is, hogy az öngyilkosságban való közreműködés viszont büntendő cselekedet.
16. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.
17. A mesterséges életbentartás illetve az intenzív terápia lehetőségei fokozatosan bővülnek, lásd pl.: Yaseen M ARABI – Emilie BELLEY-COTE – Andrea CARSETTI – Daniel DE BACKER – Katia DONADELLO – Nicole P JUFFERMANS – Naomi HAMMOND – Jon Henrik LAAKE – Dawei LIU – Kathryn MAITLAND – Antonio MESSINA – Morten HYLANDER MØLLER – Daniele POOLE – Rob Mac SWEENEY – Jean-Louis VINCENT – Fernando G. ZAMPIERI – Faye ALSHAMSI – European Society of Intensive Care Medicine: European Society of Intensive Care Medicine clinical practice guideline on fluid therapy in adult critically ill patients. Part 1: the choice of resuscitation fluids, *Intensive Care Medicine*, 2024/6, 813–831, <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07369-9>.
18. SAJÓ András – SÁNDOR Judit: A gyógyíthatatlannak vélt „halálos” beteg jogi helyzete a tételes jog tükrében. *Magyar Tudomány*, 1996/7, 771–790.
19. ALISON CHAPPLE – S. ZIEBLAND – A. McPHERSON – A. HERXHEIMER: What People Close to Death Say about Euthanasia and Assisted Suicide: A Qualitative Study, *Journal of Medical Ethics*, 2006/12, 706–710, <https://doi.org/10.1136/jme.2006.015883>.
20. A Binder- eset jól példázza, hogy milyen elkeseredett tettekre ragadtatják magukat azok, akik nem kapnak orvosi segítséget. Ebben a tragikus esetben a gyermek kérésére maga az anya ölte meg a beteg gyermeket; többszöri eredménytelen kísérlet után, otthon, majd a rendőrségen maga jelentette be a bűncselekményt.
21. David ORENTLICHER – Judit SÁNDOR: Decisions at the End of Life, in *The Oxford Handbook of Comparative Health Law*, David ORENTLICHER – Tamara K. HERVEY, Oxford, Oxford University Press, 2021, 1073–1107, <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190846756.013.39>.
22. The Belgian Act on Euthanasia of 28 May 20021 (Unofficial Translation), in *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium* (Cambridge Bioethics and Law), eds. David Albert JONES – Chris GASTMANS – Calum MACKELLAR, Cambridge University Press, 2017, 295–304.
23. BÉRCZES Tibor: *Élni és halni hagyni. Beszélgetések a holland eutanáziagyakorlatról*, Budapest. Corvina, 2016.

24. Így például a reprodukív jogok gyakorlása terén is kulcsfontosságú a megfelelő tájékoztatás, de a kutatókban való részvétel és minden egyébre vonatkozóan az önrendelkezése alapja, hogy a páciens egyéniesített formában kapjon megfelelő tájékoztatást.
25. 22/2023, Morte medicamente assistida (MMA), 2023. május 25.
26. Ley Orgánica de Ley de Eutanasia (LORE), 2024. március 3., <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>.
27. A svájci büntető törvénykönyv 115. cikke.
28. Christine BARTSCH – Karin LANDOLT – Anita RISTIC – Thomas REISCH – Vladeta AJDACIC-GROSS: Assisted suicide in Switzerland. An analysis of death records from Swiss institutes of forensic medicine, *Deutsches Ärzteblatt International*, 2019, 545–552, <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0545>; Georg BOSSHARD: Beihilfe zum Suizid. Medizinische, rechtliche und ethische Aspekte, *Praxis*, 2012/3, 183–189, <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a000828>.
29. Roberto ANDORNO: Nonphysician-assisted suicide in Switzerland, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2013/3, 246–253.
30. Lásd: <https://www.exit.ch/>
31. A 2012. évi C. Büntető Törvénykönyvről 3. § (1) bekezdése szerint ugyanis „A magyar büntető törvényt kell alkalmazni a) a belföldön elkövetett bűncselekményre [...] c) a magyar állampolgár által külföldön elkövetett olyan cselekményre, amely a magyar törvény szerint bűncselekmény. (2) A magyar büntető törvényt kell alkalmazni a) a nem magyar állampolgár által külföldön elkövetett cselekményre is, ha az aa) a magyar törvény szerint bűncselekmény, és az elkövetés helyének törvénye szerint is büntetendő, [...] b) a magyar állampolgár, a magyar jog alapján létrejött jogi személy és jogi személyiséggel nem rendelkező egyéb jogalany sérelmére nem magyar állampolgár által külföldön elkövetett olyan cselekményre is, amely a magyar törvény szerint büntetendő.”
32. BELOVICS Ervin: Az öngyilkosság büntetőjogi értékelésének sajátosságai, *Magyar Jog*, 2014/4, 193–202.
33. Simone DE BEAUVOIR: *A szelíd halál*, Budapest, Jaffa Kiadó, 2019. 154.
34. Interjú Muszbek Katalinnal, kutatási kézirat (Levithan project 2024).
35. HEGEDŰS Katalin: *A hospice ellátás elmélete*, Budapest: Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ, 2006.
36. *Palliatív ellátás* (egyetemi jegyzet), szerk. Csíkós Ágnes, Pécs, PTE ÁOK, 2014.
37. Kovács József: Gazdag és szabálykövető országokban lehet eutanázia, *MedicalOnline*, 2023. október 16., [https://medicalonline.hu/eu\\_gazdasag/cikk/\\_gazdag\\_es\\_szabalykoveto\\_orzagokban\\_lehet\\_eutanazia\\_\\_de\\_magyarorszag\\_nem\\_ilyen](https://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/_gazdag_es_szabalykoveto_orzagokban_lehet_eutanazia__de_magyarorszag_nem_ilyen).
38. „La sédation palliative” – ezzel kapcsolatos európai jogeset: *Lambert és Mások France Franciaország elleni ügye*, 46043/14. számú kérelem, a Bíróság 2015. június 5-én kelt ítélete.
39. Kovács József: A tájékozott beleegyezés, in K. J.: *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába*, Budapest, Medicina, 2006 (második, átdolgozott kiadás), 127–156.
40. 1972. évi II. törvény.
41. John SAUNDERS: Role contradiction in physician-assisted suicide, *Clinical Medicine (London, England)*, 2010/4, 319–320, <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.10-4-319>.
42. FEDOR Zsuzsanna: Az eutanázia, büntetőjogi és orvosi jogi szemszögből, *Arsboni*, 2017. március 3., <https://arsboni.hu/az-eutanazia-buntetojogi-es-orvosi-jogi-szemszoglobol/>.
43. Mint például a *Lambert*-ügyben.
44. *Costa és Pavan Olaszország elleni ügye*, 54270/10. számú kérelem, a Bíróság 2012. augusztus 28-án kelt ítélete.
45. *Mennesson Franciaország elleni ügye*, 65192/11. számú kérelem, a Bíróság 2014. június 26-án kelt ítélete.
46. Pl. *Oliari és Mások Olaszország elleni ügye*, 18766/11. és 36030/11. számú kérelmek, a Bíróság 2015. július 21-én kelt ítélete [Section IV].
47. *Pretty Egyesült Királyság elleni ügye*, 2346/02. számú kérelem, a Bíróság 2002. április 29-én kelt ítélete.
48. *Haas Svájc elleni ügye*, 31322/07. számú kérelem, a Bíróság 2011. január 20-án kelt ítélete.
49. *Gross Svájc elleni ügye*, 67810/10. számú kérelem, a Bíróság 2013. május 14-én kelt ítélete.
50. *Koch Németország elleni ügye*, 497/09. számú kérelem, a Bíróság 2012. július 9-én kelt ítélete.
51. Mind a négy végtag bénulása.
52. 2002. évi VI. törvény az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, Oviedóban, 1997. április 4-én kelt Egyezménye: Az emberi jogokról és a biomedicináról szóló Egyezmény, valamint az Egyezménynek az emberi lény klónozásának tilalmáról szóló, Párizsban, 1998. január 12-én kelt Kiegészítő Jegyzőkönyve kihirdetéséről.
53. Így például a korábban már idézett spanyol és portugál szabályozás az életvégi döntésekről.
54. Magyar Orvosi Kamara: Etikai megfontolások az orvosi erőforrások elosztásához COVID-19-pandémia idején Magyarországon, 2020, [https://mok.hu/public/media/source/KORONAV%C3%8DRUS/MOK\\_Etikai%20megfontola%CC%81sok\\_Covid19\\_fnal.pdf](https://mok.hu/public/media/source/KORONAV%C3%8DRUS/MOK_Etikai%20megfontola%CC%81sok_Covid19_fnal.pdf).
55. Judit SÁNDOR: Rebalancing Human Rights at the Time of Covid-19 Pandemic, *Pravni zapisi*, 2020/2, 385–412, <https://doi.org/10.5937/pravzap0-29359>.

# FÓRUM

AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEKRŐL

A Karsai Dániel által indított strasbourgi eljárás eredményeként az életvégi döntések kérdése ismét a közérdeklődés homlokterébe került. A téma alapjogi relevanciája és súlya miatt a szerkesztőség teret kívánt adni az életvégi döntések jogilag releváns kérdéseire történő tudományos reflexióknak. Az életvégi döntésekre vonatkozó szabályozás és bírói joggyakorlat számos oldalról megközelíthető. Ennek alapján kértük fel szerzőinket az itt közölt írások megírására.

*Kovács József*  
AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK  
KÉRDÉSE  
A BIOETIKA SZEMSZÖGÉBŐL<sup>1</sup>

FOGALMI KERETEK. NEMZETKÖZI  
GYAKORLAT

Az eutanázia (kegyelemölés) fogalmilag egy másik ember életének a szándékos kioltása az utóbbi érdekében, általában azért, mert az illető beteg vagy sérült, és elviselhetetlenül szenved.<sup>2</sup> Nem eutanázia azonban az, amikor például egy orvos abba a helyzetbe kerül, hogy a rendelkezésre álló szűkös erőforrásokkal csak egyetlen beteg életét tudja megmenteni vagy fenntartani. Ezért nem kezel egy másik („B”) beteget, aki a kezelés hiányában meghal. Itt ugyanis nem arról van szó, hogy a kezelés mellőzése „B” beteg érdekében történt volna, hanem arról, hogy az orvos nem tudta mindkét beteg életét megmenteni, ezért választania kellett, hogy kit mentse meg, és kit hagyjon meghalni. És nem eutanázia az sem, amikor az orvos nem alkalmaz egy orvosi szempontból haszonnal nem kecsegtető („hasztalan”, „orvosilag nem indikált”) kezelést. Ez utóbbival kapcsolatban van a legtöbb zavar, ezért ezt a problémát majd részletesebben elemezzük.

Önkéntes („voluntary”) eutanázia esetén a lehetőségekről tájékoztatott beteg kéri az eutanáziát, amire tehát a beteg kérésére, tájékozott beleegyezésével kerül sor. Az indoklás ilyenkor a beteg autonómiájának a tisztelete.

Nem önkéntes („non-voluntary”) eutanázia esetén a beteg beleegyezése nélkül végeznek eutanáziát, de azért nincs ilyen esetben beleegyezés, mert azt a betegől nem lehetett elnyerni. Ide tartozik például egy súlyos fejlődési rendellenességgel született újszülött kezelésétől való eltekintés, vagy egy súlyos értelmi fogyatékos felnőtt szándékos nem kezelése az illető érdekében.

Kényszer- („involuntary”) eutanázia esetén a betegől lehetett volna beleegyezést kérni az eutanáziába, de nem kértek, vagy kértek, és a beteg megtagadta, de azt mégis végrehajtják, mert azt tekintik

érdekében állónak. Például korábban elterjedt volt, hogy az orvosi team terminális állapotú betegnél előre eldöntötte, hogy a klinikai halál beállta (a vérkeringés és a légzés reverzibilis leállása) esetén nem fogják újraéleszteni a beteget, mert az már csak szenvedéseit hosszabbítaná meg. Ezt azonban nem beszélték meg előre a beteggel, holott a reszuszcitációba való beleegyezésről vagy annak elutasításáról lehetett volna tőle nyilatkozatot kérni. Mint látni fogjuk, az 1970-es évek végén az USA-ban alakult ki először az

a vélemény, hogy ez a gyakorlat elfogadhatatlan. Azóta a szabályok a beteg explicit beleegyezését vagy visszautasítását követelik meg ilyen esetben.

A mai eutanáziavitákban csak az önkéntes és a nem önkéntes eutanázia megengedhetőségéről folyik a vita. Konszenzusnak tekinthető, hogy a kényszereutanázia erkölcsileg elfogadhatatlan. A vitákban ma a hangsúly a beteg önkéntes beleegyezésére helyeződött, s nem arra, hogy az eutanáziát aktív vagy passzív módon hajtsák-e végre. Ma sok országban sokkal elfogadhatóbbnak tartják az önkéntes aktív eutanáziát, mint a kényszereutanáziát, még ha azt passzív módon hajtsák is végre. Ez radikális változás az 1970-es évek elejéhez képest, amikor az aktív eutanázia mindenütt tiltott volt, viszont a megkérdésezhető beteg beleegyezése nélkül, egyoldalú orvosi döntéssel végzett passzív eutanázia (az újraélesztéstől való eltekintés, antibiotikum adás korlátozása terminális állapotú pneumoniás betegnél stb.) orvosi hasztalanságra hivatkozva általánosan elfogadottnak és gyakoroltnak számított.

Orvos által segített öngyilkosság (PAS) esetén az orvos a beteg rendelkezésére bocsátja a halált okozó szert, melyet a beteg maga vesz be, vagy maga adja be magának, s a beteg szándéka a saját halálára irányul. Így az orvos ténykedése itt nincs közvetlen oki kapcsolatban a beteg halálával, hiszen a halálhoz vezető utolsó lépést ilyenkor a beteg teszi meg.

AZ AKTÍV ÉS A PASSZÍV  
EUTANÁZIA KÖZÖTTI MORÁLIS  
KÜLÖNBSEGTÉTEL  
MEGKÉRDŐJELEZÉSE, ÉS ANNAK  
KÖVETKEZMÉNYEI

Hagyományon passzív eutanáziának nevezték azt, amikor az orvos nem tesz meg mindent, amit tehetne a beteg életének a megmentésére/fenntartására, mert úgy látja, ezzel már csak a kilátástalan állapotú beteg szenvedéseit hosszabbítaná meg. Régebben azonban ez egyoldalú orvosi döntés volt, melybe a beteget nem vonták be. A beteg maga nem kérhetette az életmentő/életfenntartó kezelés beszüntetését, az orvos viszont – ha a kezelést értelmetlennek látta – dönthetett úgy, hogy nem tesz további heroikus erőfeszítéseket a beteg haldoklásának a meghosszabbítására, a kezelés hasztalanságára hivatkozva (ún. nem indikált orvosi kezelés). 1975-ig az volt a nemzetközi orvosetikai- és jogi konszenzus, hogy aktív eutanáziát az orvos soha nem végezhet. A passzív eutanázia azonban bizonyos körülmények között megengedhetőnek számított. Ilyenkor tehát az orvos elmulaszt valamit megtenni, amit megtehetne (nem alkalmaz például agresszív életmentő/életfenntartó kezelést), s emiatt a beteg hamarabb meghal.

Ebbe az állóvízbe robbant be a filozófus James Rachels cikke, mely 1975-ben egy vezető amerikai orvosi lapban jelent meg, ahol filozófusok ritkán publikálnak.<sup>3</sup> Rachels a cikkben amellelt érvelt, hogy az aktív és a passzív eutanázia között erkölcsileg nincsen különbség, amennyiben ugyanaz a cselekvő szándéka és ugyanaz a következmény. Nem jelent morális szempontból különbséget, hogy ugyanazon szándék mellett ugyanazon következményt egy tettel vagy egy tettől való tartózkodással érjük el. Ezen érvelés talaján Rachels nem érezte konzisztensnek, hogy az orvosok széles körben elfogadják és gyakorolják a passzív eutanáziát, míg ugyanazon körülmények között az aktív eutanáziát elfogadhatatlannak és tilosnak tartják. Felvetette, hogy az aktív és a passzív eutanázia közötti különbségtétellel az orvosok saját magukat csapják be, hogy ne kelljen szembenézniük azzal, hogy miről is döntenek, s így megmeneküljenek a beteg életének rövidítése miatti büntudattól. A mai napig gyakran hallható érvelés passzív eutanázia esetén például az, hogy nem az életmentő/életfenntartó beavatkozás

A LÉNYEGES KÉRDÉS RACHELS SZERINT AZ, HOGY EGY KONKRÉT ESETBEN A BETEG ÉRDEKÉBEN ÁLL-E A HALÁL VAGY SEM. HA ÉRDEKÉBEN ÁLL, AKKOR AZ AKTÍV EUTANÁZIA JOBB, MINT A PASSZÍV. MERT GYORSABBAN ÉS BIZTOSABBAN VEZET HALÁLHOZ. HA VISZONT A BETEGNEK NEM ÁLL ÉRDEKÉBEN A HALÁL, AKKOR SEM AZ AKTÍV, SEM A PASSZÍV EUTANÁZIA NEM ELFOGADHATÓ. HISZEN A PASSZÍV EUTANÁZIA IS SIETTETI A BETEG HALÁLÁT

szándékos mellőzése ölte meg beteget, hanem a betegség. Ez azonban önbecsapás. Hiszen, ha egy kertésznek kiszáradnak a gondjaira bízott szabadföldi virágai, senki nem fogadná el az érvelését, hogy nem ő okozta a virágok pusztulását, hanem az, hogy nem esett az eső. Hiszen a kertész feladata éppen az, hogy locsoljon, vagyis tartsa életben a virágokat akkor is, ha szárazság van.

Rachels a példával azt az 1975-ben még konszenzusnak tekintett véleményt kérdőjelezte tehát meg, hogy az aktív eutanázia morális szempontból minden esetben elfogadhatatlan, míg a passzív eutanázia sok esetben elfogadható. Rachels szerint az eutanázia tekintetében két logikus álláspont képzelhető csak el. Az egyik logikus álláspont az, hogy az eutanázia minden fajtája minden körülmények között elfogadhatatlan. A másik logikus álláspont az, hogy vannak

helyezetek, amikor az eutanázia elfogadható, s ezekben a helyzetekben nem csak a passzív eutanázia fogadható el, hanem az aktív eutanázia is. Egyedül a mérsékelt álláspont az, ami nem konzisztens, és morális szempontból nem is elfogadható. Arról az álláspontról van szó, mely szerint az aktív eutanázia még azokban az esetekben is elfogadhatatlan, melyekben a passzív eutanázia elfogadható lenne. A lényeges kérdés Rachels szerint az, hogy egy konkrét esetben a beteg érdekében áll-e a halál vagy sem. Ha érdekében áll, akkor az aktív eutanázia jobb, mint a passzív, mert

gyorsabban és biztosabban vezet halálhoz. Ha viszont a betegnek nem áll érdekében a halál, akkor sem az aktív, sem a passzív eutanázia nem elfogadható, hiszen a passzív eutanázia is sietteti a beteg halálát.

Rachels érvelése óriási hatást gyakorolt a bioetikára és az orvosi gyakorlatra is. Érvelését elfogadva két irányba lehetett elindulni, s az azóta eltelt majdnem ötven évben az egyes országok eme két út valamelyikét járták végig.

Az első érvelés szerint, ha az aktív és a passzív eutanázia között nincsen lényeges morális különbség, és az aktív eutanázia elfogadhatatlan, akkor a passzív eutanázia is elfogadhatatlannak kell lennie. Az a korábbi, paternalisztikus gyakorlat, melyben az orvos a beteg érdekét szem előtt tartva, de egyoldalúan döntött életmentő/életfenntartó kezelés el nem kezdéséről vagy abbahagyásáról, nem elfogadható. Ezen az úton indult el az országok túlnyomó többsége, köztük Magyarország is. Tehát a passzív eutanázia sem

elfogadható, azonban a beteg önrendelkezési joga lehetővé teszi, hogy életmentő/életfenntartó beavatkozásokat is elutasítson. Ilyenkor az orvos nem eutanáziát végez, hanem tiszteletben tartja a beteg további kezeléssel szembeni tiltakozását. Ez azért nem eutanázia, mert ilyenkor az orvos szándéka nem a beteg halálára irányul. Az orvos kezelné a beteget, ha az beleegyezne, de ő nem egyezik bele a további kezelésbe. S az elmúlt ötven év jogfejlődése kialakította azokat az eszközöket, amelyekkel a beteg tiltakozni tud életmentő/életfenntartó beavatkozás alkalmazása ellen akkor is, ha már betegsége miatt elvesztette belátási képességét. Az ezt biztosító mechanizmus az „élő végrendelet” („living will”), valamint a tartós meghatalmazott intézményén alapul.

Az élő végrendeletben a beteg – mikor még belátási képessége birtokában van – rendelkezik arról, hogy ha állapota reménytelené válik, és már csak heroikus erőfeszítésekkel tartható életben, akkor ezzel a lehetőséggel nem szeretne élni. Vagyis ilyen helyzetben visszautasítja az életmentő/életfenntartó beavatkozások alkalmazását.

Az élő végrendelet azonban önmagában nem elégséges, mert a beteg annak megírása idején még nem tudja, hogy pontosan milyen beavatkozások jöhetnek majd szóba az esetében. Ezért csak általánosságokat tud megfogalmazni, ami azonban a kezelőorvost nem segíti a konkrét döntések meghozatalában. Ezért az élő végrendeletet ki szokták egészíteni tartós meghatalmazott megnevezésével. A tartós meghatalmazott az a személy (általában a beteg közeli családtagja, rokona – de nem szükségszerű, hogy az legyen), aki a beteg megbízza, s aki ismeri a beteg értékrendjét, világnézetét. A feladata az, hogy kérdéses esetben értelmezze a beteg élő végrendeletét. Ennek során az ún. helyettesített döntés standardját kell alkalmaznia. Vagyis nem a saját értékrendje alapján dönt ilyenkor, hanem megpróbálja rekonstruálni, hogy a beteg – ha egy pillanatra visszanyerné belátási képességét, s birtokában lenne mindazon információknak, melyekkel a tartós meghatalmazott rendelkezik – hogyan döntene a saját értékrendje alapján. A tartós meghatalmazottnak ezt a döntést kell rekonstruálnia. Hadd jegyezzem meg, hogy noha az élő végrendelet és a tartós meghatalmazott intézménye a hazai jogrendszernek is része,<sup>4</sup> a helyettesített döntés követelményéről nem rendelkezik a jogszabály, ami komoly hiányossága.

Az eutanáziát elutasító, de a beteg önrendelkezési jogát tiszteletben tartó országok tehát semmiféle

eutanáziát nem engedélyeznek, de elfogadják, hogy a beteg bizonyos feltételek fennállása esetén akár életmentő/életfenntartó beavatkozásokat is visszautasítson. Ezért nem igaz az az állítás, amit a Karsai Dániel ügye kapcsán folytatott hazai vitában gyakran hallani lehetett, hogy a magyar jogrendszer elfogadja a passzív eutanáziát. Ugyanis utóbbiról akkor beszélhetünk, amikor az orvos szándéka a beteg halálára irányul.

A rachelsi érvelés azonban a másik irányban is alkalmazható. Ha ugyanis a passzív és az aktív eutanázia – azonos szándék és azonos következmény esetén – morálisan nem különböznek egymástól, s a passzívát széles körben elfogadtuk, akkor az aktívát is el kell fogadnunk. Az 1970-es években először Hollandia indult el ebbe az irányba. Több évtizeden keresztül az volt a gyakorlat, hogy a törvény ugyan nem engedte meg az aktív eutanáziát, azonban nem büntették az azt végrehajtó orvost akkor, ha az aktív eutanázia előre rögzített – bíróság által kimondott – feltételeit az

orvos betartotta. A több évtizedes hazai gyakorlat tapasztalatai alapján azután 2001 áprilisában fogadták el Hollandiában a kérésre történő eutanáziáról és az asszisztált öngyilkosságról szóló törvényt,<sup>5</sup> mely 2002-ben lépett hatályba.<sup>6</sup> Így Hollandia tekinthető az első országnak, ahol az önkéntes, aktív eutanáziát legalizálták.

Azóta azonban több országban is legális lett mind az aktív eutanázia, mind az orvos által segített öngyilkosság. Ezen országok száma szinte minden évben nő, hiszen az eutanázia mindenütt komoly társadalmi vita tárgya. Ma – Európán belül – jogilag megengedett az önkéntes, aktív eutanázia Hollandiában, Belgiumban, Luxemburgban és Spanyolországban. Az aktív eutanáziát legalizálták továbbá Kanadában, Kolumbiában, Új-Zélandon és Ausztrália több államában.<sup>7</sup>

Ahol az aktív eutanázia legális, ott az orvos által segített öngyilkosság („physician-assisted-suicide”, PAS) is az. Több országban azonban a PAS legális ugyan, az aktív eutanázia azonban nem. Ez a helyzet az USA tizenegy államában, valamint ilyen Svájcban. 2015-ben a kanadai legfelső bíróság a *Carter v. Canada*<sup>8</sup> ügyben úgy érvelt, hogy a „halálban való orvosi segítségnyújtás” („medical assistance in dying, MAiD) abszolút tiltása sérti az egyén élethez, szabadsághoz és biztonsághoz való alkotmányos jogát.<sup>9</sup>

Az élethez való alkotmányos jog azáltal sérül, hogy a törvényi tiltás arra kényszeríti a súlyos állapotú és gyógyíthatatlan beteget, aki állapota miatt tartós és

#### NOHA AZ ÉLŐ VÉGRENDELET ÉS A TARTÓS MEGHATALMAZOTT INTÉZMÉNYE A HAZAI JOGRENDSZERNEK IS RÉSZE. A HELYETTESÍTETT DÖNTÉS KÖVETELMÉNYÉRŐL NEM RENDELKEZIK A JOGSZABÁLY, AMI KOMOLY HIÁNYOSSÁGA

tűrhetetlen szenvedésnek van kitéve, hogy életének idő előtt vessen véget attól való félelmében, hogy ezt már később – állapotának hanyatlása miatt – nem fogja tudni megtenni. Így a tiltás direkt vagy indirekt formában a személy korábbi halálát, illetve a korábbi halál valószínűségének növekedését okozza.

A szabadsághoz való jog azáltal sérül, hogy a tiltás megfosztja az egyént az orvosi ellátásával és a testi integritásával kapcsolatos döntés jogától, ami alapvető az emberi méltósága és az önrendelkezési joga vonatkozásában.

A biztonsághoz való jog pedig úgy sérül, hogy a tiltás tűrhetetlen szenvedés elviselésére kényszeríti a beteget.<sup>10</sup>

A legfelső bíróság határozata alapján 2016-ban a Bill C-14 úgy egészítette ki a kanadai büntető kódexet, hogy meghatározta a MAiD kritériumait.<sup>11</sup> Eszerint MAiD-t csak olyan nagykorú személy kérheti, aki kibírhatatlanul szenved. A szenvedést súlyos és gyógyíthatatlan betegség okozza, ami a rosszabbodás előrehaladott és visszafordíthatatlan szakaszában van, s a szenvedés nem csillapítható a személy számára elfogadható módon. A kérés önkéntes (kényszermentes), az illető személy – akinek a természetes halála észszerűen előre látható – döntéshozatali képessége birtokában hozta meg.<sup>12</sup> A kiegészítésben szereplő „a személy természetes halála észszerűen előrelátható” – kritérium elvben kizárta azt, hogy valaki nem halálos, illetve nem terminális állapotú betegségben szenvedve részesülhessen MAiD-ben. Egy konkrét eset kapcsán azonban a jogszabály ezen pontját a quebeci legfelső bíróság alkotmányellenesnek találta. Ezért a jogszabályt módosították, s a büntető kódex Bill C-7 általi módosítása törölte „a személy természetes halála észszerűen előrelátható”, egyben lehetővé téve a MAiD kérését előzetes életvégi rendelkezéssel is.<sup>13</sup>

## AZ ÖNGYILKOSSÁG ERKÖLCSI MEGÍTÉLÉSE

A mai – önkéntes aktív eutanáziát és orvos által segített öngyilkosságot elfogadó – jogrendszerek abból indulnak ki, hogy noha az öngyilkosság alapvetően rossz, s sok esetben valóban pszichiátriai zavar következménye, ez azonban nem minden öngyilkosságra igaz. Vannak a személy belátási képességén alapuló, megdöntött, ún. racionális öngyilkosságok is.

Racionális öngyilkosság az, amikor valaki valóban kilátástalan helyzetben van, amelyben kibírhatatlanul szenved, s e szenvedés folytatása értelmetlennek tűnik a számára a saját értékrendje alapján. E felfogás szerint csak akkor akadályozható meg egy személy öngyilkossága, ha az illetőnek hiányzik a belátási képessége arra, hogy képes legyen felmérni helyzetét és tetteinek következményeit. Ez az indoka a kiskorúak, valamint a belátási képességgel nem rendelkező, súlyos pszichiátriai betegek öngyilkossága megakadályozhatóságának.

Ha azonban egy nagykorú ember belátási képessége megtartott, nincsenek másokkal szemben teljesítetlen kötelességei, s szenvedése saját értékrendje szerint kibírhatatlan, továbbá annak csillapítására nincs észszerű esély, akkor öngyilkossága racionális öngyilkosságnak tekinthető. A személy autonómiája, önrendelkezési joga pedig kiterjed a racionális öngyilkosság végrehajtására is.<sup>14</sup>

Noha az öngyilkosságot a legtöbb fejlett országban dekriminálizálták, ez nem vezetett az öngyilkossághoz való jog elismeréséhez. Ha ugyanis jogunk lenne az öngyilkossághoz, akkor nem lehetne elfogadhatatlannak tekinteni azt, hogy más segít nekünk e jogunk gyakorlásában. Mivel a legtöbb ország az öngyilkosságban való segítségnyújtást büntetni rendeli, ebből az következik, hogy nem ismerik el az öngyilkossághoz való jogot, legfeljebb az öngyilkosság elkövetésének szabadságát.

Az öngyilkossághoz való jog elismerésében fontos lépés volt a német Alkotmánybíróság 2020. február 11-i döntése. Ebben a német Alkotmánybíróság kimondta, hogy az önrendelkezési jogból, melyet a német Alaptörvény 2. cikkelye rögzít, levezethető az öngyilkossághoz való jog is. Ezért alaptörvényellenes az öngyilkosságban való segítségnyújtás büntetőjogi tiltása, a vonatkozó rendelkezéseket ezért meg is semmisítette.<sup>15</sup>

Az a kérdés, hogy a belátási képességgel rendelkező személynek pusztán szabadságában áll-e az öngyilkosság, vagy egyenesen joga van-e hozzá, alapvető annak eldöntésében, hogy büntethető-e az, aki mást jóhiszeműen (nem saját érdekét követve) segít az öngyilkosságában.

Svájcban ugyanis megengedik az öngyilkosságban való orvosi segítségnyújtást (PAS), melynek feltétele, hogy a beteg belátási képessége birtokában legyen, s olyan gyógyíthatatlan betegségben szenvedjen, mely számára elviselhetetlen szenvedést okoz. Van olyan

szervezet (a Dignitas), mely ezt elérhetővé teszi nem svájci állampolgárok számára is. Eddig főleg német és brit állampolgárok vették igénybe a PAS-t. Nyilvánvaló azonban, hogy egy súlyos állapotú beteg egyedül nem tud kiutazni Svájcba. Aki ebben segít neki, az azonban maga is segítséget nyújt a betegnek az öngyilkosság elkövetésében. Az öngyilkosságban való segítségnyújtás pedig bűncselekménynek számít az Egyesült Királyságban, s 2020 előtt Németországban is annak számított.

Noha már több száz brit állampolgár utazott ki Svájcba, és vette ott igénybe a PAS-t, eddig még egyetlen esetben sem indult eljárás az ebben őket segítő rokonok ellen, noha több nagy nyilvánosságot kapott ilyen eset is volt. Sőt, 2010-ben a brit parlament irányelveket tett közzé annak tisztázása érdekében, hogy melyek azok az esetek, amikor eljárást kell indítani az öngyilkosságban segítséget nyújtó ellen. Ezen irányelvekből pedig az volt kiolvasható, hogy nem indul eljárás az ellen, aki egy terminális betegségben szenvedő beteg öngyilkosságában nyújt ilyen módon (PAS igénybe vételéhez) segítséget. S hasonlóképpen, Németországban 2020 előtt sem indultak ilyen eljárások, noha a Dignitasnál az öngyilkossághoz segítséget keresők mintegy fele német állampolgár volt.<sup>16</sup>

## PASSZÍV EUTANÁZIA ÉS ORVOSILAG NEM INDIKÁLT KEZELÉS

Az orvosi technológiai fejlődésével már az 1960-as években felvetődtek a technológia használatának korlátai. Meddig kell meghosszabbítani egy terminális állapotú beteg életét/haldoklását, ha erre orvosilag lehetőség van? Kezdetben nem a bíróságok döntöttek ebben a kérdésben, hanem az orvosok próbálták azt „házon belül” megoldani, az 1960-as évekig mindenütt uralkodó paternalizmus szellemében. Igyekeztek azt tenni, ami a betegnek a legjobb, de nem érezték kötelezőnek a beteg tájékoztatását és beleegyezésének elnyerését, illetve tiltakozásának figyelembe vételét. A retorika szerint nem arról volt szó, hogy az orvos lemond egy beteg életmentő/életfenntartó kezeléséről az illető megkérdezése nélkül, mert állapota már kilátástalan, és már csak szenvedés várna rá. A retorikát az uralta, hogy ilyen esetben az orvosi kezelés már nem indikált. Hasztalan orvosi kezelésről van tehát szó. Az, hogy egy orvosi kezelés hasztalan, orvosi szakkérdés, melyről orvos jogosult csak dönten, s ebbe nem szükséges a beteg bevonása. Ezért például rossz prognózisú beteg esetén előre elhatározták, hogy a szív-működés és a légzés

leállása esetén nem fognak alkalmazni kardiopulmonális reszuszcitációt, fellépő fertőzések esetén csak korlátozottan adnak antibiotikumot, nem alkalmaznak hemodialízist, nem helyezik a beteget intenzív osztályra, stb. Egyszóval: nem tesznek meg mindent a beteg életének a meghosszabbítására, nem alkalmaznak agresszív kezelést, mert az már „hasztalan” lenne, illetve orvosilag nem indikált. Az orvosi hasztalanság fogalma volt tehát az a köpeny, ami alá besöpörték az életvégi döntések kérdését. S mivel a hasztalanság eldöntése orvosi szakkérdésnek tűnt, nem látták szükségesnek a beteg/hozzátartozó bevonását ezekbe a döntésekbe.

Mit jelent azonban az, hogy egy kezelés hasztalan? A legobjektívebb meghatározás az ún. fiziológiai hasztalanság. Ezek szerint egy orvosi kezelés akkor hasztalan (nem indikált), ha nem képes elérni azt a fiziológiai célt, melynek érdekében alkalmazzák. A kardiopulmonális reszuszcitáció megkísérlése például akkor hasztalan, ha az előreláthatólag nem lesz képes megindítani a légzést és a spontán szív-működést. Az antibiotikum adása hasztalan (nem indikált), ha azáltal feltehetően nem lesz megszüntethető egy adott fertőzést.

Ezt a definíciót használva azonban látható, hogy ha egy rossz prognózis (például ha egy áttétes, súlyos, rosszindulatú daganatos beteg, akinek már csak hetei vannak hátra) esetén arról döntünk, hogy már nem kell majd újraéleszteni (ez az ún. DNAR rendelkezés: „do not attempt resuscitation”, vagyis „nem kell újraélesztést megkísérelni”), akkor itt nem fiziológiai hasztalanságról van szó, hanem erkölcsi hasztalanságról. Nem arról van szó tehát, hogy az ilyen beteg esetén ne lehetne újból megindítani a szív-működést és a légzést. A reszuszcitáció a szó fiziológiai értelmében nem lenne hasztalan.

Inkább arról van szó ilyenkor, hogy egy terminális állapotú betegnél, akinek már csak hetei vannak hátra, nem érezzük indokoltnak a reszuszcitációt, ami maga is egy durva beavatkozás (a betegnek még a bordája is eltörhet, szakszerűen végzett reszuszcitáció esetén is), s sikeres reszuszcitáció után is számos neurológiai maradványtünet alakulhat ki a beavatkozás következtében. Mi értelme van – szól az érvelés – az ilyen beteg újraélesztését megkísérelni, mikor az számára már csak újabb szenvedést jelentene? Miért nem hagyjuk inkább méltósággal meghalni? Ilyenkor a terminális állapotú beteg várható rossz életminőségére szoktak hivatkozni annak indokaként, hogy miért nem kell agresszív kezeléssel meghosszabbítani az életét. Az újraélesztést Waisel és Truog például akkor tekintette hasztalannak, ha a jó minőségű túlélés esélye minimális.<sup>17</sup>



Ez a hagyományos, paternalisztikus érvelés azonban összekevert két kérdést. Az egyik (orvosi-szakmai kérdés) az, hogy a reszuscitáció fiziológiailag haszton-e. S a válasz erre sok esetben az, hogy nem. A keringés és a légzés agresszív orvosi beavatkozással újból megindítható lenne. A kérdést egyébként legtöbbször csak úgy lehet eldönteni, hogy az újraélesztést megkísérik. S csak akkor tekintik hasztonalannak, ha a szakszerűen végzett újraélesztés egy bizonyos előre definiált időtartamú, például 30 percnyi próbálkozás után is eredménytelen.

A másik (erkölcsi kérdés) viszont az, hogy érdemes-e egy ilyen reménytelen állapotú betegnél a szívműködést és a légzést ismét megindítani. Érdemes-e a beteget újabb szenvedéseknek kitenni azért, hogy a haldoklását még néhány héttel meghosszabbítsuk? Így feltéve a kérdést már látható, hogy nem szakmai kérdésszóról van szó, és ezért azt csak a beteg jogosult eldönteni. A betegnek kell eldöntenie, hogy a várható túlélés megéri-e neki a kezeléssel járó szenvedést. A beteg életminőségének a megítélése mások (például az orvos) által etikailag mindig problematikus és kerüendő. A betegnek lehetnek indokai arra, hogy még néhány héttel tovább kívánjon élni, s ezért vállalja az ezzel járó rossz életminőséget is.

Ezért az USA-ban már az 1980-as években napvilágot láttak az első irányelvek, melyek kötelezővé tették az orvosnak, hogy ha olyan rossz prognózisú beteget vesz fel a kórházba, akinél az újraélesztés/újra nem élesztés kérdése felmerülhet, akkor ezt a felvételt során beszélje meg a beteggel. Vagyis a felvételkor explicit módon kerüljön tisztázásra, hogy a beteg beleegyezik-e abba, hogy szívmegállás esetén reszuscitálják. S a beteg dokumentációjába csak akkor vezethető be a DNAR (nem reszuscitálandó) utasítás, ha ezt a beteggel előzőleg megbeszélték, és a beteg így rendelkezett. Etikai hibának számított, ha úgy vezették rá a beteg dokumentációjára a DNAR utasítást, hogy ezt előzőleg nem beszéltek meg a beteggel.

Ez a gyakorlat mára már sokkal több mindenre terjed ki, mint a reszuscitáció. Ma az USA-ban a rossz prognózisú betegségben szenvedő beteg felvétele során ki kell tölteni az ún. POLST nyomtatványt, mely explicit módon rákérdezik a beteg preferenciáira az életvégi döntési helyzetek vonatkozásában. A tipikus POLST felépítését a későbbiek során részletesen elemezni fogom; hazai bevezetését feltétlenül indokoltnak tartom.

Látható, hogy az életvégi döntések alapvetően erkölcsi kérdések, ezért ezekben csak a beteg (vagy a helyettes döntéshozója) dönthetne, s nem a kezelőorvos. Ezért alakult ki sok országban az a bonyolult mechanizmus, mely lehetővé teszi a beteg bevonását az ilyen döntésekbe; általában a beteg előzetes egészségügyi rendelkezése, a tartós meghatalmazott (helyettes döntéshozó) és a POLST révén.

Ahol ilyen mechanizmus nem működik, vagy a gyakorlatban nem terjedt el, ott voltaképpen az orvos dönt egyoldalúan a beteg helyett az életmentő kezelés alkalmazásáról olyan esetben is, amikor erről a beteg előzőleg megkérdezhető lett volna. Ha az ilyen döntés mögött nem a valódi fiziológiai hasztonalanság áll, s nem is egy kétségbeesett helyzetben hozott

allokációs döntés, amikor az erőforrások hiánya miatt nem lehet a beteg életét megmenteni, akkor a döntés kimerítheti a kényszereutanázia fogalmát, aminek elfogadhatatlanságát manapság elméleti konszenzus övezi. Noha a beteg elfogadhatatlanul alacsony életminőségét szokták ilyenkor a hasztonalanság indokaként felhozni, egy ember életminőségének a megítélésére azonban csak az jogosult, akinek az életminőségéről szó van. Mivel már tárgyaltuk Rachels érvelését, mely azonos szándék és azonos következmény esetén nem lát különbséget aktív és passzív eutanázia között, ezért manapság inkább a beteg beleegyezésével, az ő kérésére történő eutanázia, valamint a beteg beleegyezése nélkül végrehajtott eutanázia között tesznek különbséget.

Eszerint tehát erkölcsileg elfogadhatóbb az önkéntes aktív eutanázia, mint a megkérdeszhető beteg beleegyezése nélkül végzett passzív eutanázia, mely utóbbi kényszereutanáziának minősül. Röviden tehát: az önkéntes aktív eutanázia erkölcsileg elfogadhatóbb, mint a kényszer-(passzív) eutanázia.

## AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSHOZATAL PROBLÉMÁI MAGYARORSZÁGON

*Az előzetes egészségügyi rendelkezés hazai szabályozása a gyakorlatban alig alkalmazható*

1997-ben hazánkban is a korábbinál részletesebb szabályozást vezettek be az életvégi döntéseket illetően.<sup>18</sup> Az azóta eltelt 27 év azonban azt mutatta, hogy az életmentő/életfenntartó ellátások visszautasítása, melyet az Egészségügyi törvény (továbbiakban Eütv.)

20–23.§-a szabályoz, alig-alig vált a mindennapi gyakorlat részévé. Ennek kapcsán ombudsmani vizsgálat is zajlott, mely megállapította, hogy a hazai szabályozásra jórészt pontatlan fogalomhasználat, valamint betarthatatlan, életszerűtlen rendelkezések jellemzőek, s eleve alapvető probléma, hogy sem a betegek, sem az orvosok nem ismerik kellőképpen a hatályos szabályokat. A szabályok kuszasága miatt nem is könnyű azokat megismerni. A törvény által lehetővé tett élő végrendelet használatára nem is találtak példát, s alig-alig került sor ellátás visszautasítására a törvény által szabályozott módon.<sup>19</sup> A megkérdezettek 37%-a válaszolta azt, hogy a törvény által az előzetes egészségügyi rendelkezések megtételéhez előírt közjegyzői forma magas díja miatt sem készíttetnek ilyen okiratot.<sup>20</sup>

Ezek az adatok azért lényegesek, mert Magyarországon az évi 130 000-140 000 halálesetet tekintve<sup>21</sup> évente több tízezerre tehető az életmentő/életfenntartó terápiák megszüntetésével kapcsolatos döntések száma az egészségügyi intézményekben. Az elmúlt 27 év alatt tehát milliós nagyságrendben születtek ilyen döntések, melyek nyilván a hagyományos paternalisztikus megközelítés szellemében születhettek, amennyiben nem a törvény által szabályozottan módon került azokra sor. Vagyis, igyekeztek a beteg érdekét a leginkább figyelembe venni, de a gyakorlatban alkalmazható jogi szabályozás híján a beteg önrendelkezési joga nem érvényesülhetett.

A pontatlan fogalomhasználat, illetve a törvény számos ponton tisztázatlan rendelkezései miatt nem érvényesül a normavilágosság alkotmányos követelménye sem. Mindez azért is problematikus, mert az orvosi gyakorlatban sokszor néhány óra – vagy akár néhány perc – alatt kell dönteni egy-egy életmentő/életfenntartó kezelés alkalmazásáról, ami még kristálytisztá normák esetén se könnyű. Tisztázatlan, homályos normák esetén pedig az azt alkalmazni próbáló orvos nem lehet biztos benne, hogy néhány perc alatt sikerült-e jól meghoznia egy olyan döntést, melynek jogszerűségét majd esetleg egy több évig tartó bírósági eljárásban fogják tisztázni.

*Korlátozottan cselekvőképes és cselekvőképtelen betegek életmentő/életfenntartó kezelésének visszautasítása*

Korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen betegek esetében az életmentő/életfenntartó beavat-

kozások visszautasításához az Eütv. a beleegyezés pótlására bírói eljárást ír elő. Ez a gyakorlatban nehezen alkalmazható, hiszen az eljárás időigénye jelentős, miközben ilyen döntésekre legtöbbször napokon belül, de néha órákon vagy percekben belül szükség van. Az sem világos, hogy a bíró jogosult lenne-e a beleegyezés megtagadására. Ha igen, akkor nem világos, hogy milyen kritériumok szerint kellene meghoznia a döntést. Nem véletlen, hogy az Eütv. 21. § (2) és (4) bekezdésével kapcsolatban eddig összesen két esetben került sor ilyen bírósági eljárásra.<sup>22</sup>

Mit jelent mindez a gyakorlatban? Cselekvőképtelen betegek életmentő/életfenntartó kezelésének

visszautasítása például tipikus probléma lehet perinatális intenzív centrumokban (PIC), ahol sok esetben súlyos fejlődési rendellenességgel született vagy genetikai károsodásban szenvedő koraszülöttek/újszülöttek kezelésével kapcsolatban kell döntést hozni. A kérdés ilyenkor az,

hogy ha a fejlődési rendellenesség, genetikai károsodás nagyon súlyos, például biztosan halálhoz vezet belátható időn belül, viszont ez az idő agresszív kezeléssel kitolható, akkor mi alapján lehet dönteni a kezelés folytatásáról, illetve az életmegg hosszabbító agresszív kezelés mellőzéséről és pusztán palliatív kezelés nyújtásáról.

A sok előforduló dilemma közül példaként csak egyet felhozva,<sup>23</sup> nézzük a gyomor-bél traktus veleszületett hiányával született újszülött példáját. Hosszú távon ez az élettel összeegyeztethetetlen állapot, hiszen csak intravénás táplálásra van ilyenkor lehetőség. A tápláláshoz használt vénák azonban trombotizálnak, s ekkor új vénát kell keresni. Előbb utóbb az újszülött, illetve a csecsemő testén már nem lesz olyan pont, ahova újabb kanült lehetne bevezetni a vénás táplálás biztosításához, mert már minden addig használt ilyen pont trombotizált. S ekkor fog a csecsemő meghalni, hiszen szájon, gyomor-bél traktuson keresztül nem táplálható. A kérdés az, hogy mi áll a gyermek érdekében. Ha röviddel a születése után meghal, mert nem kezdik el az intravénás táplálást, vagy sok szenvedés után, 1 vagy 2 éves korában hal meg, amikor már kezd a tudata is ébredni, s a szülő-gyerek kötődés is kialakult. Az USA-ban és Nyugat-Európában ilyen esetekben a szülő bevonásával születik meg a döntés.

Hollandiában több bírósági döntés is volt, mely súlyos fejlődési rendellenességgel született, folyamatos szenvedésnek kitett, reménytelen állapotú csecse-

mők kezelésével volt kapcsolatban. Ezen döntések eredményeként született meg 2004-ben a Groningen-protokoll, mely az eutanázia megengedhetősége feltételének az elviselhetetlen és kilátástalan szenvedést tartotta, s azt, hogy a döntés a szülőkkel egyetértésben szülessen meg.<sup>24</sup>

Az Egyesült Királyságban 2017-ben került az érdeklődés középpontjába a ritka genetikai betegséggel született Charlie Gard esete. Itt a szülők nem értettek egyet az orvosoknak az életfenntartó kezelés beszüntetésére vonatkozó döntésével, s a csecsemőt az USA-ba szerették volna vinni kezelésre. Az eset részleteit itt nincs tér elemezni, de maga a konfliktus is azért bontakozhatott ki, mert a szülőket bevonták a döntésbe, akik nem értettek egyet az orvosokkal.

Magyarországon azonban egy ilyen vagy ehhez hasonló esetben (s a perinatalis intenzív centrumokban rendszeresen előfordulnak ehhez hasonló dilemmák) a szülő bevonás után, ha az utóbbi a kezelés abbahagyása mellett döntene, automatikusan a bírósághoz kellene fordulni a kezelésbe való szülői beleegyezés pótlására. Mivel – mint láttuk – az Eütv. 1997-es hatályba lépése óta összesen két ilyen bírósági eset volt Magyarországon, noha hasonló dilemmák százával-ezrével fordulhattak elő az elmúlt majdnem három évtizedben, ebből az következik, hogy ezekbe a döntésekbe nem tudták bevonni a szülőket, hanem az orvos igyekezett a lehető legjobb lelkiismerete szerint dönteni. De ez ismét vizsgálatszerűsítés a régi paternalisztikus hagyományhoz, melyet az 1997-es Eütv. meg akart szüntetni. Ráadásul a dilemmában szereplő orvos – mivel ezek alapvetően nem orvosi, hanem erkölcsi kérdések – bizonytalannak érezheti magát, hogy helyesen cselekedett-e, bárhogyan is döntött. Hiszen egyrészt a szülőt nem vonhatta be a döntésbe, noha olvassa a külföldi szakirodalmat, s tudja, hogy sok nyugati országban ez a protokoll. Ráadásul bizonytalan lehet abban is, hogy a hazai törvények szerint járt-e el, ha nem az agresszív kezelés melletti döntött, hiszen a törvény alapvetően bírói hatáskörbe utalja a döntést. S nem ad segítséget a bírónak sem, hogy neki milyen elvek alapján kellene döntenie egy ilyen kérdésben, ha az hozzá kerülne. A szülő joga is sérül, hiszen nem vonták be a döntésbe, melynek eredménye őt is mélyen érinti. A probléma tehát a „szőnyeg alá lett söpörve”, miközben egy perinatalis intenzív centrumban dolgozó orvosnak hasonló problémák tucatjaival kell szembenéznie. Ha a jogi szabályozás nem megfelelő, mindenki magára van utalva, s a lelki furdalással is meg kell birkóznia, ha úgy érzi, hogy talán nem döntött helyesen.

### *Az újraélesztés (cardiopulmonális reszuszcitáció) példája*

Összességében – mint láttuk – évente tízezrével fordulhatnak elő Magyarországon esetek, amikor az orvosoknak terminális állapotú betegek esetén dönteniük kell azt illetően, hogy mennyire legyen agresszív az életmegg hosszabbító kezelés. S mivel kevésbé támaszkodhatnak a jogszabályokban lefektetett – homályos, nem egyértelmű és sokszor életszerűtlen – mechanizmusokra, dönteni azonban az egészségügyben mindig kell, s erre sokszor csak percek állnak rendelkezésre, ezért megmaradtak a paternalisztikus megoldások, melyek túl nagy terhet rónak az orvosra, és a betegek önrendelkezési joga is sérül. A példa kedvéért vegyük a korábban már említett újraélesztés kérdését, mert a keringés és a légzés reverzibilis leállása (klinikai halál) a haldoklás szinte törvényszerűen bekövetkező szakasza. Ilyenkor dönteni kell, hogy történjék-e újraélesztés, vagy arról le lehet-e mondani. S további kérdés, hogy ki és hogyan döntson erről.

A klinikai halál állapotában az újraélesztés (cardiopulmonális reszuszcitáció) életmentő eljárás. Az újraélesztés neurológiai károsodás nélküli sikeressége azonban csak 7,6%. A többi esetben az újraélesztés fiziológiailag sikeres ugyan (a keringés és a légzés helyreáll), de súlyos neurológiai károsodások alakulnak ki.<sup>25</sup>

Az újraélesztéstől – a nemzetközi bioetikai konszenzus és sok ország gyakorlata szerint is – akkor lehet eltekinteni, ha beteg erről előzetesen rendelkezett. Ezt azonban a hazai paternalista gyakorlat kevésbé veszi figyelembe. Az Eütv.-ben nincsenek is speciálisan a DNAR-re vonatkozó rendelkezések. Emiatt az újraélesztéstől való eltekintés sokszor annak hasztalanságára hivatkozva történik, s nem a beteg előzetes autonóm döntése alapján.<sup>26</sup>

Elsőként 1978-ban a massachusettsi legfelső bíróság hozott döntést arról, hogy az orvos a beteg egyetértésével hozhat DNAR döntést, s ehhez nem szükséges bírósági jóváhagyás. 1988-ban pedig New York államban fogadtak el kifejezetten a DNAR-t szabályozó törvényt, mely szintén előírja a beteg előzetes nyilatkozatását a DNAR döntések vonatkozásában.<sup>27</sup>

Élő Gábor vizsgálata azt mutatja, hogy a hazai újraélesztési gyakorlat paternalista (vagyis az újraélesztésről alapvetően az orvos dönt, sokszor orvosinak vélt kritériumok alapján, annak hasztalanságára hivatkozva), míg például Németországban a beteg önrendelkezési joga jobban érvényesül az újraélesztés során.<sup>28</sup> Egyszóval, orvosi hasztalanságra hivatkozva nálunk inkább az orvos dönti el, hogy végez-e új-

raélesztést, míg Németországban inkább figyelembe veszik a beteg ezzel kapcsolatos preferenciáját.

Ma az újraélesztés visszautasítására előzetes rendelkezéssel Magyarországon egyes vélemények szerint nincs lehetőség. Ugyanis az Eütv. 22. § (4) pontja utal a 20.§ (4)-re, mely szerint e visszautasítást csak egy összehívott orvosi bizottság vizsgálata és írásos nyilatkozata után lehetne figyelembe venni. Ez a feltétel azonban sürgősségi helyzetben nem teljesíthető. Noha az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium ezzel kapcsolatban még 2008-ban törvénymódosítási javaslatot nyújtott be, hogy a reszuscitáció visszautasítására Magyarországon is legyen lehetőség, a törvény módosítása, illetve egyértelműsítése máig nem történt meg.<sup>29</sup> Ezért – noha a beteg által hozott DNAR rendelkezés intézménye egyes országokban, mint láttuk, immár több mint 40 éve létezik – Magyarországon az újraélesztésre vonatkozó orvosi döntést a beteg bevonása nélkül, a beavatkozás orvosi hasztalanságára hivatkozva lehet csak meghozni. Ez paternalisztikus hozzáállásra kényszeríti az orvost, másfelől sérti a beteg autonómiáját, önrendelkezési jogát. A nemzetközi ajánlások manapság a DNAR utasítások kapcsán a beteg döntését tekintik irányadónak, s az orvosi hasztalansággal történő indoklásnak alárendelt szerepet szánnak.<sup>30</sup>

Hadd jegyezzem meg, hogy más jogi szakértői vélemények szerint a hatályos Eütv. lehetőséget ad a betegnek az előzetes DNAR rendelkezésre, hiszen az előzetes egészségügyi rendelkezés erre is lehetőséget ad. Én is ezt az álláspontot osztom, hiszen az Eütv. 22. § (4) arra az esetre vonatkozik, amikor a beteg által megnevezett helyettes döntéshozó utasítja vissza a reszuscitációt. S ekkor valóban nem lehetne a 20.§ (4)-ben előírt, háromtagú orvosi bizottságot összehívni. Vagyis csak arról van szó, hogy a helyettes döntéshozó nem utasíthatja vissza az Eütv. szerint a reszuscitációt, hiszen azt 1-2 percen belül meg kell kezdeni, ezért bizottság összehívására nincs idő. De egyszerű előzetes egészségügyi rendelkezéssel az Eütv. – álláspontom szerint – lehetővé tenné a reszuscitáció visszautasítását. Nem céлом azonban ezt a vitát itt eldönteni, melynek csak elméleti jelentősége van, hiszen az elmúlt 27 évben, mint láttuk, formális DNAR rendelkezés alapján a reszuscitációtól való eltekintésre a gyakorlatban nem került sor. Csak utalni szeretnék arra, hogy vannak szakértői vélemények, melyek szerint a hazai Eütv. lehetőséget biztosít a beteg számára az előzetes DNAR rendelkezésre, míg a betege-

ket ellátó szakmát képviselő Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium szerint erre a törvény nem ad lehetőséget. Ezért is kezdeményeztek törvénymódosítást. Mindkét oldalon jogi szakértők is állnak, és ez a körülmény önmagában bizonyítja, hogy a hazai szabályozás nem elégíti ki a normavilágosság alkotmányos követelményét. Hiszen 27 évvel az Eütv. hatályba lépése után sincs konszenzus arról, hogy az Eütv. lehetővé teszi-e vagy nem a beteg által előzetes egészségügyi rendelkezés keretében a DNAR olyan megfogalmazását, melyet a gyakorlatban figyelembe lehet venni.

### *Élő végrendelet*

Az Eütv. 22.§ (1) és (2) bekezdése írja körül az élő végrendelet és a helyettes döntéshozó intézményét. Az élő végrendelet törvényi szabályozása sokkal bonyolultabb probléma annál, hogy

ilyen röviden „elintézhető” lenne. Először is hiányzik annak előírása az Eütv.-ből, hogy a betegeket tájékoztatni kell arról a lehetőségről, hogy élő végrendeletet készítsenek, vagy kijelöljék a helyettes döntéshozót. Az USA-ban 1991-től például törvény írja elő, hogy a kórházba bekerülő beteget erről tájékoztatni kell, s fel kell számára ajánlani segítsé-

get, ha előzetes egészségügyi rendelkezést akar készíteni. Kevés Magyarországon az egész mechanizmust a betegnek laikus nyelven megmagyarázó dokumentum, illetve tájékoztató, noha már létezik ilyen.<sup>31</sup> Több kitűnő USA-beli anyag áll rendelkezésre,<sup>32</sup> ezeket adaptálni lenne szükséges a hazai viszonyokhoz. Ez azonban csak ilyen tájékoztató elkészítését és a betegek számára elérhetővé tételét előíró rendelkezés esetén kezdődhet el. Hiányzik a beteg által készített élő végrendeletek lekérdezhető központi nyilvántartása, melynek alapján megállapítható lenne, hogy a betegnek van-e élő végrendelete vagy nincs. Megjelentek már azok a formanyomtatványok is, melyek a laikusok és szakemberek számára megkönnyítik a részletes élő végrendelet készítését,<sup>33</sup> de ezek még kevéssé ismertek. Javasolható ezért ennek az egész kérdéskörnek a nagyon részletes újrászabályozása, „minta” élő végrendeletek készítése, formanyomtatványok előírása. A 22. § (2) voltaképpen a szakirodalomból ismert tartós meghatalmazott („durable power of attorney”) vagy más néven helyettes döntéshozó intézményét írja le; ezt az amerikai jogrendszerben széles körben alkalmazzák. Az ilyen

helyettes döntéshozónak nagy szerepe van, mert a beteg helyett kell döntenie sző szoros értelmében vett „élet-halál” kérdésekben. Ezért fontos annak meghatározása, hogy milyen módon kell döntenie. Ez a hazai szabályozásból teljesen hiányzik, azt sugallva, mintha a helyettes döntéshozó a saját értékrendje alapján is dönthetne. Ezzel szemben az USA szabályozás kiemeli, hogy a helyettes döntéshozónak az ún. helyettesített döntés standardját kell alkalmaznia. Meg kell tehát próbálnia rekonstruálni a beteg értékrendjét, illetve meg kell próbálnia rekonstruálni, hogy hogyan döntene a beteg, ha egy rövid időre ismét cselekvőképes állapotba kerülne, s mindazon információkkal rendelkezne, mellyel a helyettes döntéshozó rendelkezik. A helyettesített döntés elve teszi csak lehetővé, hogy a beteg értékrendje, kezelési preferenciái cselekvőképtelen állapotában is érvényesülhessenek.<sup>34</sup> Mivel a helyettesített döntés eleve hiányzik a hazai szabályozásból, fontos lenne ennek pótlása a fent leírt szellemben.

#### JAVASLAT: BETEG ÁLTAL ADOTT IRÁNYMUTATÁS (POLST) AZ „ORVOSILAG HASZONTALAN KEZELÉS” PATERNALISZTIKUS ALKALMAZÁSA HE LYETT

Ha a betegnek nincs előzetes egészségügyi rendelkezése (élő végrendelete), akkor életmentő vagy életfenntartó beavatkozás beszüntetését illetően jelenleg csak a bíróság dönthet. Ez túl időigényes, s mint láttuk, ennek nálunk nem alakultak ki a mechanizmusai. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy ilyenkor egyoldalúan az orvosnak kell döntenie. Ez az orvosilag haszontalan kezelés fogalmára alapozottan történik. Az orvosilag haszontalan kezelésre hivatkozva az orvos megszüntetheti a kezelést azzal, hogy az orvosi szempontból felesleges, még akkor is, ha a beteg, illetve a hozzátartozó beleegyezését ehhez nem nyerte el. Az indoklás ilyenkor az, hogy az orvosilag haszontalan kezelés fogalma orvosi szakkérdés, melyet csak az orvos dönthet el. Ez azonban, mint láttuk, paternalisztikus megoldás, ami nem veszi figyelembe a beteg önrendelkezési jogát.

Az önrendelkezési jog biztosítása érdekében szükséges lenne Magyarországon is bevezetni azt az USA-ban kifejlesztett eszközt („physician orders for life-sustaining treatment”, POLST), mely a betegek orvos általi standard megkérdezését jelenti az életvégi döntésekkel kapcsolatos preferenciáikról. Ez a

hazai problémák jelentős részét megoldaná. Ezért ezt szeretném ismertetni, illetve hazai használatra javasolni.

Az ún. POLST-ot, azaz életfenntartó kezeléssel kapcsolatos orvosi utasításokat<sup>35</sup> az orvos veszi fel a bekerülő beteggel (s nem a beteg írja, mint az élő végrendeletet). Ennek során rutinszerűen kikérdezik

a felvett beteget az életmentő/életfenntartó kezelésekről, s a kérdések elég konkrétak ahhoz, hogy az orvosnak az ilyen jellegű döntések során gyakorlati segítséget nyújtson a dokumentum. Ez lehetővé teszi, hogy figyelembe

vegyék a beteg értékrendjét és az orvosi indikációkat is. A POLST-nak része az iránymutatás a kardiopulmonális reszuszcitációra (CPR) vonatkozóan, amire a légzés és a szívműködés leállása esetén lehet szükség. Ha a DNAR-t jelölik be, akkor a beteget nem kísérlék meg újraéleszteni, vagyis nem végeznek mellkaskompressziókat a szívműködés megindítására, s semmiféle defibrillátort sem alkalmaznak. Továbbá, a betegnek nyilatkoznia kell a kívánt kezelési célról. Itt három lehetőség van, s a háromból csak az egyiket lehet kiválasztani. *Komfort kezelés*nél az elsődleges cél a fájdalom és a szenvedés csillapítás, bármilyen módon, ami ezt biztosítja: Nem intubálják a beteget, de például oxigén adása lehetséges, vagy a légutak leszívása, légúti akadályok manuális megszüntetése is. Ilyenkor azonban nem alkalmaznak olyan eljárást, ami a másik két (alább bemutatott) kezeléstípushoz tartozik. A komfort kezelés bejelölésekor intenzív osztályra vagy kórházba csak akkor szállítják át a beteget, ha az ellátás a tartózkodási helyén nem biztosítható. De például a beteg kérésére az addig folytatott dialízis-kezelést folytatják. *Szelektív kezelés*nél a cél a beteg orvosi állapotának a kezelése, de a megterhelő beavatkozások elkerülésével. Ilyenkor a komfort kezelésen túl adnak intravénás antibiotikumot, folyadékpótlást is, ha az indikált, hiszen a folyadékpótlás meghosszabbítja az életet. Nem intubálnak, vagy ha a beteg kéri, akkor csak egy rövid próbaperiódusra, illetve meg lehet határozni a napok számát, ameddig a beteg engedi magát intubálni. Nem invazív pozitív nyomású lélegeztetést alkalmaznak, de intenzív osztályos ellátás ehhez a kezelési célhoz általában nem tartozik. *Teljes kezelés* választásánál a cél az élet maximális meghosszabbítása minden rendelkezésre álló módszerrel. Ilyenkor intubálnak, mechanikus lélegeztetést alkalmaznak, kardioverziót végeznek, ha kell. A beteg megjelölheti, hogy csak próbaidőre kér teljes kezelést. Az intenzív osztályos kezelés ilyenkor eleve feltételezett. A POLST többi

részében a beteg kitérhet arra, hogy milyen konkrét beavatkozásokat és kezeléseket utasít el vagy enged meg (például antibiotikum alkalmazását, mesterséges táplálást), és milyen úton (például csak orálishan vagy intravénásan, szondával stb.) A POLST végül rögzíti, hogy kivel beszélte meg a célokat az orvos (a beteggel, kiskorú esetén a szülővel, a beteg által előzetesen megnevezett helyettes döntéshozóval, a bíróság által kijelölt gondnokkal), és mi alapján történt az utasítás megfogalmazása (a beteg kérése alapján, a beteg ismert preferenciái alapján, a beteg élő végrendelete alapján is, végső esetben pedig a beteg legjobb érdeke alapján).

A POLST kitöltése önkéntes.

Ha azonban kitöltötték, akkor a betegellátóknak az abban foglaltakat követniük kell, s az azon alapuló döntés – ha jóhiszemű – jogilag védettséget élvez. A POLST nem helyettesíti az élő végrendeletet, azonban a POLST kitöltésekor jó áttekinteni azt is, s összhangba hozni a POLST-ot az élő végrendelettel. A POLST-ot az orvos tölti ki, a beteggel való megbeszélés alapján. A POLST-ot az orvoson kívül a beteg is aláírhatja, bár az utóbbi csak ajánlott. Ha egy POLST bármely részét nem töltötték ki, vagy nem teljesen töltötték ki, akkor az automatikusan a lehető legintenzívebb, legkiterjedtebb kezelést kell alkalmazni a tekintetben.

Ajánlott a POLST-ot rendszeresen áttekinteni, de a következő alkalmakkor különösen: amikor a beteget áthelyezik az egyik ellátó helyről a másikra, vagy az ellátás egyik szintjéről a másikra. S akkor is, amikor jelentős változás áll be a beteg egészségi állapotában vagy amikor megváltoznak a beteg kezeléssel kapcsolatos preferenciái.

A belátási képességgel rendelkező beteg a POLST-ot bármikor visszavonhatja, vagy attól eltérő kezelést is kérhet. Ha visszavonja, akkor a POLST-ot teljes egészében, keresztben át kell húzni, s rá kell írni nagy betűkkel, hogy érvénytelen. Ezt alá kell írni, és dátummal kell ellátni. Ha a beteg helyett más dönt, ő is kérhet a POLST-hoz képest eltérő kezelést, ha úgy ítéli meg, hogy ez lenne a beteg kívánsága vagy a legjobb érdeke.

A POLST bemutatása után érdemes kitérni a jogi transzplantáció problémájára, ami hazánkban gyakran felmerül, és félelmek övezik. Már 1997-ben, az élő végrendelet, a tartós meghatalmazott s egyéb, az USA-ban és Nyugat-Európában létező jogi megoldásoknak a hazai jogrendszerbe az Eütv. általi beemelésükor hallható volt az a vád, hogy nemkívána-

tos jogi transzplantáció történik. Vagyis ezek a jogi eszközök nem hazai jogi hagyományokból fejlődtek ki, szervesen, hanem egyszerű átvételei külföldi jogi megoldásoknak. Jogi transzplantációk tehát, melyek kerülendőek.

Természetesen a jogi transzplantáció nem ideális megoldás. Ebből azonban nem következik, hogy ne lehetne helye a hazai jogrendszerben. Ahogy az orvoslásban sem ideális megoldás a szervtranszplantáció, de legtöbbször mégis életmentő, úgy a jogban is jobb, ha létezik valamilyen megoldás egy problémára, mint ha egyáltalán nem létezne. A POLST kapcsán is ez az érvelés hozható fel. Pillanatnyilag nem létezik ehhez hasonló me-

chanizmus a hazai jogrendszerben, ami komoly akadály a annak, hogy a beteg autonómiája és kezeléssel kapcsolatos preferenciái érvényesülhessenek. Így a régi, paternalisztikus megoldásokra lehet csak támaszkodni, melyek az orvosra nagy terhet rónak, a beteg számára pedig autonómiája indokolatlan korlátozását jelentik. Ráadásul éppen a jogi transzplantációtól való tartózkodás vezetett oda, hogy hazánkban 1997-ben az Eütv. keretében az életvégi döntéseknek olyan mechanizmusa került kialakításra, ami a gyakorlatban nem alkalmazható. Tekintve, hogy a nemzetközi terminológiát a törvény átvette ugyan, de a külföldön már létező, évtizedek óta sikerrel alkalmazott megoldásokat nem, s ehelyett specifikus magyar megoldásokat próbált kifejleszteni, nem lehet csodálkozni, hogy a jogalkotás nem vezetett sikerre.

A POLST – bár magyarországi bevezetése jogi transzplantációnak lenne tekinthető – megoldást jelentene a hazai életvégi döntések számos problémájára. Így bevezetése a hazai jogrendszerbe és egészségügyi gyakorlatba mindenképpen javasolható.

## ÖSSZEGRÖZÉS

Az aktív eutanázia és az orvos által segített öngyilkosság (PAS) mára mindenütt előtérbe került problémáját a mai orvoslás technikai fejlettsége okozza. A modern orvosi technika agresszív használata ugyan nem tudja megakadályozni a halált, de a haldoklási folyamatot meg tudja nyújtani, ezt azonban sok beteg nem érzi érdekében állónak, s az ilyen életmentő/életfenntartó beavatkozást visszautasítja. Kezdetben az volt a kérdés, hogy ez a visszautasítás tekinthető-e egyfajta öngyilkosságnak, a visszautasítást

elfogadó orvos pedig a beteg öngyilkosságában segítséget nyújtónak. Mára ez a kérdés eldöntöttnek tekinthető. Ma a beteg önrendelkezési jogához tartozónak tekintjük azt, hogy visszautasíthasson életmentő/életfenntartó beavatkozásokat is. S az ezt tiszteletben tartó orvost nem tekintjük az öngyilkosságban segítséget nyújtónak, hanem inkább olyannak, mint aki a beteg önrendelkezési jogát tiszteletben tartja.

Azok a jogrendszerek, melyek ezt elismerik, abban különböznek egymástól, hogy elismerik-e minden beteg jogát arra, hogy visszautasítson életmentő/életfenntartó beavatkozásokat, vagy csak abban az esetben ismerik el ezt a jogot, ha a beteg rossz prognózisú, gyógyíthatatlan, s rövid időn belül halált okozó betegségben szenved. Magyarország ezen utóbbi jogrendszerek közé tartozik.

Abban is vannak eltérések, hogy életmentő/életfenntartó beavatkozások visszautasítását lehetővé tevő rendelkezések az élő végrendeletet és a tartós meghatalmazott intézményét milyen módon szabályozzák, különös tekintettel arra, hogy a tartós meghatalmazottnak a döntés során a helyettesített döntés elvét kell-e alkalmaznia, vagy a saját értékrendjét kell alapul vennie. Ez utóbbi aggályos, miközben Magyarországon jelenleg még ilyen szabályozás van érvényben.

A kérdés ma az, hogy lehet-e ennél tovább menni. Segítségét kérhet-e a beteg az öngyilkosságban, illetve lehetőség van-e aktív eutanázia végrehajtására?

Szekuláris talajon a PAS, valamint az aktív eutanázia engedélyezése és tiltása etikailag egyaránt elfogadhatónak tűnik, de a szabályozásnak tekintettel kell lennie a társadalom állapotára.

Ez volt az Emberi Jogok Európai Bíróságának az álláspontja is, mely szerint sem a PAS tiltása, sem annak megengedése nem ellentétes az Emberi Jogok Európai Egyezményével. Noha ez a döntés a PAS-sal kapcsolatos, vélelmezhetően vonatkozik az önkéntes aktív eutanáziára is.<sup>36</sup>

A szabályozásnak tekintettel kell lennie azonban arra, hogy mennyire gazdag a társadalom és az egészségügy, s mennyire jutnak hozzá az emberek rossz prognózisú betegség esetén a fájdalom- és szenvedéscsillapítás különféle formáihoz.

Az aktív eutanázia és a PAS megengedhetőségének az első feltétele ezért a társadalom gazdagsága, valamint a polgárok relatív egyenlősége. Az aktív eutanázia és a PAS csak akkor elfogadható, ha minden beteg hozzájuthat az egészségügyi/palliatív ellátás minden olyan formájához, aminek révén rossz prognózis esetén a fájdalmaikat, a szenvedésüket csillapí-

tani lehet. Különben a betegek nem csak azért kérnének eutanáziát, mert valóban csillapíthatatlanul szenvednek, hanem azért, mert nem férnek hozzá olyan palliatív ellátáshoz, amelyenhez egy megfelelő forrásokkal rendelkező egészségügyi rendszerben a betegek hozzájuthatnak, vagy amelyenhez az adott

társadalomban egy gazdagabb beteg hozzájuthat. Egy nem megfelelő forrásokkal rendelkező egészségügyi rendszerben az eutanázia nem kiegészítené az egészségügyi ellátást, hanem helyettesítené azt. Egyben csökkentené is a motivációt a palliatív el-

látás fejlesztésére és elérhetővé tételére, hiszen ott lenne az eutanázia lehetősége azoknak, akik a korszerű palliatív ellátáshoz nem jutnak hozzá. Nem a szenvedéscsillapítás megoldásával, hanem a szenvedő saját kérésére történő megölésével oldanák meg az életvégi ellátás problémáját, amely a társadalom dehumanizálódásához vezethet. Az aktív eutanázia/PAS megengedhetőségének másik feltétele a társadalom szabálykövetésének magas szintje. Ahol ez hiányzik, ott nagy a veszélye a visszaélésnek, ami az eutanázia lehetővé tétele esetén nagyon komoly erkölcsi eróziót eredményezhet.

A kérdést Magyarországra konkretizálva azt gondolom, hogy a POLST hazai bevezetése lehetővé tenné az életvégi döntések esetén a betegek autonómiájának tiszteletét, s csökkentené az orvosokra háruló terhet is, akik a nem hatékony jogi szabályozás miatt egyoldalú, a beteg bevonása nélküli döntéshozatalra kényszerülnek, orvosilag nem indikált vagy hasztalan kezelésnek nevezve olyan kezeléseket, amelyek valójában erkölcsileg nem indikáltak. Ennek eldöntésére azonban a beteg, illetve a hozzátartozója lenne csak jogosult. A POLST bevezetésével így lehetővé válna a paternalisztikus döntések visszaszorítása.

Az aktív eutanázia és a PAS bevezetése Magyarországon nem látszik elfogadhatónak, mert az egészségügyi ellátás szintje és hozzáférhetősége ma még nem biztosítja azt, hogy mindenki hozzájuthasson élete végén a legkorszerűbb fájdalom- és szenvedéscsillapításhoz, vagyis a megfelelő palliatív ellátáshoz. A szabálykövetés hazai szintje sem olyan, ami egy ilyen szabályozás problémamentes bevezetését lehetővé tenné.

A rossz prognózisú betegek esetén az egyedüli megoldás – amire hazánkban is lehetőség lenne – az, hogy ha valaki külföldön (pl. Svájcban) szeretné igénybe venni az öngyilkosságban való segítségnyújtást ott külföldiek számára is elérhető lehetőségét, akkor ebben segítséget kaphasson. S ezt anélkül te-

hesse meg, hogy az ebben számára segítséget nyújtónak az öngyilkosságban való segítségnyújtás hazai büntetőjogi tilalma miatti jogi következményekkel kellene számolnia. Hasonló a szabályozás az Egyesült Királyságban és Németországban is. Ez – Németországhoz hasonlóan – az öngyilkossághoz való jog elismerését jelentené. Ugyanis, ha elismernék ilyen jogot, akkor e jog gyakorlásában a nem önérdékből segítséget nyújtót nem lehetne büntetni.

Mivel ennek a lehetőségnek a Svájcban való igénybe vétele komoly anyagi erőforrásokat igényelne, így az is biztosítva lenne, hogy aki ezt igénybe veszi, azt nem az anyagi korlátok akadályozták meg abban, hogy megfelelő színvonalú palliatív ellátáshoz jusson. Így elkerülhető lenne az a veszély, mely az eutanázia legalizálásakor fenyegetne, nevezetesen, hogy ez a szegények, társadalmilag hátrányos helyzetűek eutanáziáját jelentené, akik nem jutottak hozzá a megfelelő színvonalú palliatív ellátáshoz. S a motiváció is megmaradna a hazai palliatív ellátás fejlesztésére.

Osszességében tehát Magyarországon az életvégi döntések kapcsán nem az a legnagyobb probléma, hogy nem engedélyezett az önkéntes aktív eutanázia, hanem az, hogy nem léteznek azok a működő jogi mechanizmusok, melyek a beteg önrendelkezési jogának érvényesülését lehetővé tennék az életvégi döntésekben. Ezért az orvosok az évtizedekkel ezelőtt meghaladottá vált paternalisztikus megoldásokra vannak kényszerítve, ami rájuk túl nagy terhet ró, a beteget pedig megfosztja attól, hogy beleszólhassanak az életvégi kezelésükkel kapcsolatos döntésekbe.

## JEGYZETEK

- Részletesebben lásd: Kovács József: *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába*, Budapest, Medicina könyvkiadó, 2024 (e-könyv, 3. átdolgozott, bővített, szakkönyvi kiadás).
- Helga KUHSE: Euthanasia, in *A Companion to Ethics*. ed. Peter SINGER, Oxford, Basil Blackwell, 1991, 294.
- James RACHELS: Active and Passive Euthanasia, *The New England Journal of Medicine*, 1975/2, 78–80, <https://doi.10.1056/NEJM197501092920206>.
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 22.§.
- Angolul elérhető: <https://wfrtds.org/dutch-law-on-termination-of-life-on-request-and-assisted-suicide-complete-text/>.
- Maurice ADAMS: Euthanasia Law, in *The International Encyclopedia of Comparative Law*, eds. J. M. SMITS – Jaakko HUSA – Catherine VALCKE – Madalena NARCISO, Cheltenham, Edward Elgar, 2023, 2, <https://doi.org/10.4337/9781839105609.euthanasia.law>.
- Devika RAO: In what countries is assisted dying legal or under review? *The week*, May 8, 2024, <https://theweek.com/health/assisted-dying-euthanasia-world>.
- 2015 SCC 5, S112688.
- Anees BAHJI – Nicholas DELVA: Making a case for the inclusion of refractory and severe mental illness as a sole criterion for Canadians requesting medical assistance in dying (MAiD): a review, *Journal of Medical Ethics*, 2022, 929–934, <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-107133>.
- Supreme Court of Canada, *Carter vs. Canada*. 35591; idézi: BAHJI–DELVA (9. vj.) 929.
- Government of Canada. Bill C-14: an act to amend the criminal code and to make related amendments to other acts (medical assistance in dying). C-14, 2016, <https://www.parl.ca/DocumentViewer/en/42-1/bill/C-14/royal-assent>; idézi: BAHJI–DELVA (9. vj.) 929.
- Government of Canada (11. vj.).
- Government of Canada. Bill C-7: an act to amend the criminal code (medical assistance in dying). C-7, 2020, <https://parl.ca/DocumentViewer/en/43-1/bill/C-7/first-reading>, idézi: BAHJI–DELVA (9. vj.) 930.
- Karen LEBACQZ – H. Tristram ENGELHARDT: Suicide and Covenant. in *Ethical Issues in Death and Dying*, ed. Robert F. WEIR, New York, Columbia University Press, 1986, 349.
- ADAMS (6. vj.) 5.
- John A. BRYANT – Linda LA VELLE: *Introduction to Bioethics*, Chichester: Wiley Blackwell, 2019, 168–169.
- David B. WAISEL – Robert D. TRUOG: The cardiopulmonary resuscitation-not-indicated order: futility revisited, *Annals of Internal Medicine*, 1995, 304–308; idézi: ÉLŐ Gábor: Hasznosság és autonómia – az újraélesztés elmúlt 10 éve, in *Autonómia, életvédelem, jogbiztonság. Az életvégi döntések szabályozása*, szerk. FILÓ Mihály, Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2022, 180.
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.
- KUSSINSZKY ANIKÓ – STÁNICZ PÉTER: Van-e döntésünk az élet végén? Lehetőségek és kompetenciák a gyakorlat tükrében, in *Autonómia, életvédelem, jogbiztonság. Az életvégi döntések szabályozása*, szerk. FILÓ Mihály, Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2022, 134.
- KUSSINSZKY–STÁNICZ (19. vj.) 137.
- Központi Statisztikai Hivatal: 22.1.1.9. Halálozások száma és aránya, csecsemőhalandóság, születéskor várható élettartam, halálozás főbb okok szerint, [https://www.ksh.hu/stadat\\_files/nep/hu/nep0009.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0009.html).
- KUSSINSZKY–STÁNICZ (19. vj.) 137–138.
- KUHSE, Helga Peter SINGER: *Should the Baby Live? The Problem of Handicapped Infants*, Oxford–New York, Oxford University Press, 1985, 24.
- BÉRCZES TIBOR: *Élni és élni hagyni. Beszélgetések a holland eutanáziagyakorlatról*, Budapest, Corvina, 2016, 126.



25. ÉLŐ (17. vj.) 175.
26. ÉLŐ (17. vj.) 176.
27. ÉLŐ (17. vj.) 177.
28. ÉLŐ (17. vj.) 181.
29. ÉLŐ (17. vj.) 183.
30. ÉLŐ (17. vj.) 185–186.
31. Társaság a Szabadságjogokért (TASZ): *Méltósággal meghalni*, 2018.
32. Robert PEARLMAN – Helene STARKS – Kevin CAIN – William COLE – David ROSENGREN – Donald PATRICK: *Your Life, Your Choices. Planning for Future Medical Decisions: How to Prepare a Personalized Living Will*, Seattle, WA, Patient Decision Support, 1992;
- Hank DUNN: *Hard Choices for Loving People. CPR, Artificial Feeding, Comfort Care, and the Patient with a Life-Threatening Illness*, Herndon, VA, A & A Publishers Inc, 2001
33. Társaság a Szabadságjogokért (TASZ): *Előzetes egészségügyi rendelkezés cselekvőképtelenség esetére*, 2018.
34. Robert M. VEATCH: *Death, Dying, and the Biological Revolution*, New Haven – London, Yale University Press, 1989 (revised edition), 121–122.
35. Washington POLST (Portable Orders for Life Sustaining Treatment), [www.wsma.org/POLST](http://www.wsma.org/POLST); Kovács (1. vj.) 349.
36. ADAMS (6. vj.) 6.

# ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK GYERMEKEK ESETÉBEN

## I. BEVEZETÉS

Az életvégi döntések alatt tág értelemben olyan döntéseket értünk, amelyek azt hivatottak meghatározni az adott jogrend által lehetővé tett keretek között, hogy *milyen ellátást kapjon az érintett személy az élete végén, és hogyan, milyen körülmények között érjen véget az élete.*

Gyermekek<sup>1</sup> esetében ez a kérdés jellemzően három fő helyzetben merülhet fel: 1.) közvetlenül a születéssel párhuzamosan, az életképesség határára lévő koraszülöttek esetében;<sup>2</sup> 2.) egy életet veszélyeztető vagy megrövidítő betegség jelentkezésekor és 3.) váratlan baleset eredményeképpen (ami például súlyos agysérülést, vegetatív állapotot okoz). Tekintettel a területi korlátokra, mindhárom esetkör körülményére nincs lehetőség, az alábbi írás fókuszát alapvetően az életet veszélyeztető vagy megrövidítő betegségek esetkora lesz, azzal, hogy számos szempont univerzálisan érvényes a teljes életvégi ellátási spektrumra vonatkozóan.

Az európai országokban életvégi döntésként több jogintézmény is kialakult, azonban még cselekvőképes személyek esetében is országonként eltérő, hogy ezek közül melyik érhető el.<sup>3</sup>

Életvégi döntéseknek alapvetően az érintett, illetve cselekvőképtelensége esetén a törvényes képviselője, mint helyettes döntéshozó által meghozott döntéseket tekintjük. Ugyanakkor, ahogyan az később kifejtésre kerül, a kezelőorvos (optimális esetben az életvégi ellátó csapat) is fontos szerepet kap az életvégi helyzetekben.

Az eutanáziát és az asszisztált öngyilkosságot is magában foglaló kategória, a bevett magyar fordítással egyelőre nem rendelkező „orvos által asszisztált halál” („physician-assisted dying”, PAD)<sup>4</sup> lényege, hogy az egyén életét, az illető szabad akaratából, orvosi segítséggel megrövidítik. Gyermekek esetén PAD csupán két országban lehetséges: Belgiumban 2014-től választható kiskorúak esetében, Hollandiában 12 év felettek számára már 2002 óta elérhető,

jelenleg pedig az 1 és 12 év közöttiek számára való – konkrét feltételek és garanciák melletti – kiterjesztése van folyamatban.<sup>5</sup>

Hazánkban mind a halálba segítés, mind pedig az asszisztált öngyilkosság büntetendő, így erre irányuló nyilatkozat sem tehető érvényesen. Az életvégi kérdésekkel összefüggő akaratnyilvánításra ma Magyarországon kizárólag az életmentő, életfenntartó kezelések visszautasításán keresztül nyílik lehetőség, melynek szabályait az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) tartalmazza.

A szabályozás ugyanakkor kötelező módon teszi elvárassá a bírósághoz fordulást, amennyiben kiskorú érintett esetében történik az életmentő, életfenntartó kezeléssel való lemondás. Ez a megoldás – kiindulva az igénybevételre vonatkozóan elérhető adatokból<sup>6</sup> – még mindig idegen az érintettek számára, noha – az európai gyakorlatból kiindulva – joggal feltételezhetjük, hogy a gyakorlatban az életfenntartó kezelések korlátozására gyakrabban sor került, mint azt a magyarországi adatok tükrözik.<sup>7</sup>

A terminális állapotú gyermek életének végére intenzív hatással vannak továbbá a kezelőorvos által meghozott szakmai döntések. Számolni kell az orvosi haszontalanság („medical futility”) fogalomkörével, az igazságossági elv alkalmazásával, esetlegesen a sorolás gyakorlatával, illetve azzal, hogy mindezek szabályozása csupán érintőleges hazánkban.

Az önrendelkezési jog körében meghozott életmentő, életfenntartó kezelés visszautasításának bíróság általi „jóváhagyása” ugyanakkor a nemzetközi gyakorlatban akkor válik szükségessé, ha az életvégi ellátás tervezési folyamatában nézeteltérés alakul ki a család és a kezelő team között. Ameddig a kezelő csapat és a család megfelelő kommunikációra épülő, közös döntési folyamatában, a szakmai és az egyéni szempontokra is tekintettel, meg tudnak állapodni a kezelés intenzitásáról, az idővel felmerülő kezeléskorlátozási kérdésekről (ideértve az életmentő, élet-

A TERMINÁLIS ÁLLAPOTÚ GYERMEK ÉLETÉNEK VÉGÉRE INTENZÍV HATÁSSAL VANNAK A KEZELŐORVOSA ÁLTAL MEGHOZOTT SZAKMAI DÖNTÉSEK. SZÁMOLNI KELL AZ ORVOSI HASZONTALANSÁG („MEDICAL FUTILITY”) FOGALOMKÖRÉVEL, AZ IGAZSÁGOSSÁGI ELV ALKALMAZÁSÁVAL, ESETLEGESEN A SOROLÁS GYAKORLATÁVAL, ILLETVE AZZAL, HOGY MINDEZEK SZABÁLYOZÁSA CSUPÁN ÉRINTŐLEGES HAZÁNKBAN

fenntartó kezelések meg sem kezdésének vagy visszavonásának kérdését), addig a bíróságot nem kötelező bevonni. Cselekvőképtelen személyek esetében a kórházak etikai bizottságának bevonására szokott inkább sor kerülni.<sup>8</sup>

A hazai szabályozás ugyanakkor – amellet, hogy a kezelőorvos által egyoldalúan meghozható kezeléskorlátozási döntésekről sem rendelkezik – nem ad választ arra a kérdésre, hogy kötelező-e a bíróság bevonása a konszenzusos kezeléskorlátozási döntések „jóváhagyásához”, avagy a nemzetközi gyakorlathoz hasonlóan ilyen esetben elegendő lehet, mondjuk, az etikai bizottsági felülvizsgálat.

A családok, illetve az érintett gyermekek lehetséges szerepe a folyamatban leginkább a nemzetközi szakirodalomból ismerhető meg;<sup>9</sup> hazai iránymutatások, módszertani anyagok nem érhetőek el,<sup>10</sup> aminek oka lehet a szabályozás tartalmával összefüggő bizonytalanság is.

## II. EMBERI JOGI KERETEK

Azt, hogy egy országban milyen keretek között, milyen jogintézményeken keresztül lehetséges életvégi döntéseket hozni, befolyásolják a nemzetközi emberi jogi standardok, adott esetben a nemzeti alkotmányok, illetve az előbbiekkel összhangban álló nemzeti jogszabályok. Európában az Emberi Jogok Európai Egyezménye<sup>11</sup> rögzíti azokat az alapvető emberi jogokat, amelyeket az Európa Tanács minden tagállamának, így Magyarországnak is biztosítania kell. Az egyezmény értelmezését az annak érvényesülését vizsgáló, regionális alapjogvédelmi fórum, az Emberi Jogok Európai Bírósága (a továbbiakban EJEB) végzi ítéletein keresztül. A terjedelmi korlátokra tekintettel az alábbiakban a nemzetközi egyezmények közül a téma és hazánk szempontjából vitathatatlan relevanciával bíró két egyezmény, az Emberi Jogok Európai Egyezménye, valamint az ENSZ Gyermek jogairól szóló egyezményének (a továbbiakban: Gyermekjogi egyezmény)<sup>12</sup> vonatkozó rendelkezéseit tekintem át, kiegészítve az EJEB gyakorlatával.

### II.1. Az életvégi döntések európai emberi jogi keretei, az EJEB gyakorlata

Az Emberi Jogok Európai Egyezménye (és az Ovidói Egyezmény<sup>13</sup>) nem tartalmaz konkrét rendelkezéseket az életvégi döntések szabályozásával összefüggésben. Az életvégi kérdéseket érintő panaszügyeket az EJEB az Emberi Jogok Európai Egyezményének

2. cikke (élethez való jog) és 8. cikke (magán- és családi élet tiszteletben tartásához való jog) alapján vizsgálja,<sup>14</sup> emellett implicit módon az Ovidói Egyezményre – annak különösen a szabad és tájékozott beleegyezésre vonatkozó rendelkezéseire (5–9. cikk) – is építenek,<sup>15</sup> sőt, az utóbbira a *Karsai-ügyben*<sup>16</sup> hozott ítéletében az EJEB már kifejezetten hivatkozik.<sup>17</sup>

Az Emberi Jogok Európai Egyezménye 2. cikkében rögzített élethez való jog és az élet védelmének állami kötelezettsége az életvédelmet helyezi előtérbe: magába foglalja az egyén életének szándékos kioltására vonatkozó tilalmat, mint negatív kötelezettséget, ugyanakkor pozitív kötelezettségként azt is előírja a nemzeti hatóságok számára, hogy megfelelő lépéseket tegyenek a joghatóságuk alá tartozó személyek életének védelme érdekében. Ugyanakkor az EJEB a 8. cikkben rögzített magán- és családi élethez való jogot is hangsúlyozza, amelyet egyre inkább a személyes autonómiához való jogként értelmez.<sup>18</sup> Az egészségügyi ellátások vonatkozásában a személyes autonómiához való jog elsődlegesen arra kötelezi az orvosokat és az egészségügy más szereplőit, hogy megfelelő tájékoztatást nyújtsanak a lehetséges kezelési formákról, hogy az egyén ez alapján tájékozott módon hozhassa meg döntését. Az életvégi döntésekkel összefüggésben ez azt is jelenti egyúttal, hogy az ítélekepeségük birtokában lévő, tájékozott döntéshozatalra képes személyek (vagy ennek hiányában a legjobb érdekeik szerint eljáró törvényes képviselőjük) az EJEB gyakorlata szerint dönthetnek a kezelés visszautasításáról is: az EJEB a személyes autonómiához való jog körébe sorolja akár a végzetes kimenetelű döntések meghozatalát is.<sup>19</sup> Egyértelműen az egyéni autonómia körébe sorolta az EJEB az életminőségről és az emberhez méltó halálról való döntés meghozatalát,<sup>20</sup> ugyanakkor jogként<sup>21</sup> csak az ellátás visszautasításának lehetőségére tekint, amely álláspontját a legutóbbi, a *Karsai-ügyben* hozott ítéletében is megerősítette.<sup>22</sup>

Nem minősül ugyanakkor *ab ovo* az Emberi Jogok Európai Egyezményébe ütközőnek a PAD lehetővé tétele az EJEB ítélezési gyakorlat alapján; bizonyos körülmények között, a nemzeti szabályozási keretektől függően az érintettek dönthetnek életük meg rövidítéséről, azzal, hogy az EJEB következetesen elutasítja azt, hogy ezt kikényszeríthető jogként próbálják érvényesíteni.<sup>23</sup>

Az EJEB gyakorlata emellett teret enged az életfenntartó kezelés megvonására (kezeléskorlátozás) vonatkozó orvos által meghozott döntéseknek is, amennyiben arra a nemzeti jog is lehetőséget teremt, és az orvos tájékoztatta döntéséről az érintettet, illetve a képviselőjét, és a döntéssel szemben lehetőség

van az érintett legjobb érdekének védelmére bírósági felülvizsgálat formájában.

A *Lambert*-ügyben az EJEB meghatározta azt a hármas szempontrendszert, amelyet az életmentő, életfenntartó kezelések visszautasításával, megszüntetésével vagy megkezdésével (folytatásával) kapcsolatos ügyekben irányadónak tekint. Az vizsgálendő, hogy: 1. van-e a tagállamban a 2. cikknek megfelelő szabályozás;<sup>24</sup> 2. kellőképpen figyelembe vették-e az érintett korábban kifejtett akaratát, a hozzátartozók, egészségügyi dolgozók véleményét; 3. rendelkezésre áll-e a bírósághoz fordulás lehetősége, amennyiben a beteg legjobb érdeke kapcsán nézeteltérés merül fel.

Az EJEB kifejezetten gyermekek életvégi kérdéseivel összefüggő döntései életfenntartó kezelés megvonásával kapcsolatosak. Mind a *Gard*-ügyben,<sup>25</sup> mind az *Afri és Bidarri Franciaország elleni* ügyében<sup>26</sup> és a *Haastруп*-ügyben<sup>27</sup> az érintett, ítéliképeséggel nem rendelkező (csecsemő, 1 éves, valamint vegetatív állapotban lévő 14 éves) gyermekek szülei fordultak az EJEB-hez, az egészségügyi szolgáltatók életfenntartó kezelés megvonására irányuló döntését támadva. Az EJEB mindhárom esetben azt állapította meg, hogy a nemzeti szabályozások és a döntéshozatali eljárás (amely bírósági *jogorvoslatot* tesz lehetővé az életfenntartó kezelés megvonásával összefüggő, előzetesen közölt döntések tekintetében) megfelel az Egyezmény 2. cikkében támasztott követelményeknek, és nem jelenti a 8. cikk sérelmét sem.

Gyermekek esetében természetesen a Gyermekek jogi egyezmény is szerepet kap, amely 6. cikkében – a fentiekhez hasonlóan – rögzíti a gyermekek veleszületett jogát az életre, illetve a részes államok azon kötelezettségét, hogy a lehetséges legnagyobb mértékben biztosítsák a gyermek életben maradását és fejlődését. Továbbá, a Gyermekek jogi egyezmény 12. cikke megköveteli, hogy az ítéliképesége birtokában lévő gyermek véleményét, az őt érintő kérdésekben megfelelő mértékben tekintetbe kell venni, illetve lehetőséget kell adni a gyermeknek arra, hogy bármely olyan bírói vagy közigazgatási eljárásban, amelyben érdekelt, közvetlenül vagy képviselője útján, a hazai jogszabályokban foglalt eljárási szabályoknak megfelelően meghallgassák. És nem feledkezhetünk meg a 3. cikkben rögzített, a „gyermek legjobb érdeke” („best interests of the child”) alapján való döntés elvéről, amely a gyermek életvégi ellátása során is felhívható.

## II.2. Gyermeket érintő életvégi döntések hazai szabályozása

Az élethez való jogot rögzítő nemzetközi egyezmények objektív intézményvédelmi kötelezettséget is keletkeztetnek az állam oldalán, tehát megfelelő szabályozáson keresztül, garanciákkal övezve kell védenie az életet, megakadályozandó az önkényes élet eleni cselekményeket.

Az Alaptörvény II. cikke a korábbi alkotmányunk szövegéhez hasonlóan kimondja, hogy az emberi méltóság sérthetetlen. Minden embernek *joga van az élethez és az emberi méltósághoz*. Az Alaptörvény R cikke a hetedik alaptörvény-módosítás óta (2018. június 28.) tartalmazza továbbá azt az előírást is, miszerint Magyarország alkotmányos önazonosságának és *keresztény kultúrájának védelme* az állam minden szervének kötelessége.

Az Alkotmánybíróság emberképe a testület korai határozataiban rögzítésre került, és azóta is változatlan: a testület elveti a test és a lélek dualizmusát,<sup>28</sup> az emberi élet és az emberi méltóság mint elválaszthatatlan értékek egységét képviseli (monista felfogás), az élethez és emberi méltósághoz való jogot egységet alkotó, oszthatatlan és korlátozhatatlan alapjognak tartja (oszthatatlansági elv), amely többletvédelmet biztosít az egyén számára a dualista felfogással szemben.<sup>29</sup>

Ami a zsidó-keresztény hagyományt illeti, abban az élet szentségének doktrínája uralkodik, mely szerint „*az emberi élet abszolút értékes, értéke független annak várható hosszától, a még várható életek számától, az érintett személy egészségi állapotától, az átélt szenvedések, fájdalmak mértékétől*”.<sup>30</sup> De a katolikus bioetika például alkalmazza ugyanakkor a rendes- és rendkívüli – arányos és aránytalan – eszközök közötti különbségtételt.<sup>31</sup> Az élet tettel vagy akár mulasztással történő szándékos elvétele tilalmazott (még az egyén saját életének vonatkozásában is), de az élet mindenáron történő megőrzésére vagy meghosszabbítására vonatkozóan nincs keresztény kötelezettség. A rendkívüli eszközök (különös megterhelést jelentő beavatkozás, gyógymód – például egy rendkívül fájdalmas amputáció) még akkor is visszautasíthatóak, ha ennek a (közvetett) következményeként a beteg az életét veszti, vagy az élete jelentősen megrovidul. Az Egészségügyben Dolgozók Chartája<sup>32</sup> szerint egy-egy beteg körülményei szempontjából azokat a gyógymódokat kell rendesnek – arányosnak – tekinteni, amelyek esetében megfelelő egyensúly-

ban állnak a használt eszközök a szándékolt céllal. Annak megállapítására, hogy az adott, konkrét esetben megfelelő-e az arány, a gyógyeljárás kellő értékelésére van szükség, összevetve a kezelést a várható eredménnyel, a kezeléssel járó nehézség és kockázat mértékével, a szükséges költségekkel, az alkalmazás lehetőségével, számításba véve a betegek körülményeit, valamint fizikai és erkölcsi erejét is. Arra is kitér a dokumentum, hogy az orvostudomány legújabb módszereinek alkalmazását meg szabad szakítani, amikor az eredmények nem igazolják az azokhoz fűzött reményt, illetve meg lehet szakítani a kezelést, ha nincs meg többé a kellő arány az alkalmazott eszközök és emberi ráfordítás, valamint a várható eredmények között, vagy amikor az alkalmazott eljárás a beteget az elérhető eredménynél nagyobb mértékű szenvedésnek és kellemetlenségnek teszi ki.<sup>33</sup> A mérlegelésnél tehát az igazságossági elv (egészségügyi szolgáltató oldalán), valamint a kvalitatív haszontalanság (az érintett oldalán) szempontjai is megjelennek.

A 22/2003. (IV. 28.) AB határozatban az Alkotmánybíróság az EJEB-hez hasonlóan úgy értékelte, hogy az életmentő orvosi beavatkozás elutasításának joga beletartozik az egészségügyi önrendelkezési jog körébe, az ugyanis a beteg emberi méltóságán alapuló önrendelkezési jogának része, amelyet a törvény más alapjog védelméhez elkerülhetetlenül szükséges mértékben korlátozhat ugyan, de teljességgel nem vonhat el.

Az Eütv.-nek az Alaptörvénnyel összhangban kell szabályoznia az életmentő, életfenntartó beavatkozásokkal kapcsolatos kérdéseket.

Az Eütv. 6. § alapján *minden betegnek joga van* sürgős szükség esetén az *életmentő*, illetve a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító *ellátáshoz*, valamint fájdalomának csillapításához és szenvedéseinek csökkentéséhez. Ami a beteg joga (életmentő ellátás), az a másik oldalon az orvos kötelezettsége, a jogszabály tehát alapvetően az orvos kötelező feladatának tekinti a beteg életmentő ellátását,<sup>34</sup> vélemezni kell a beteg beleegyezését az ellátásba, elsősorban tehát az visszautasításához kell a beteg rendelkezése.

Az Eütv. által biztosított jogról kiskorú beteg esetében annak törvényes képviselője mondhat le, bíróság jóváhagyása mellett. Az életminőség megítélésére (az életfenntartó kezelés kvalitatív haszna) és

AZ ÉLETMINŐSÉG MEGÍTÉLÉSÉRE (AZ ÉLETFENNTARTÓ KEZELÉS KVALITATÍV HASZNA) ÉS ANNAK ALAPJÁN DÖNTÉSEK MEGHOZATALÁRA TEHÁT A HAZAI SZABÁLYOZÁS (A BIOETIKAI ELVEKNEK MEGFELELŐEN) KIZÁRÓLAG AZ ÉRINTETT KISKORÚ BETEG TÖRVÉNYES KÉPVISELŐJÉT JOGOSÍTTJA FEL. ÉS Ő IS CSAK BÍRÓSÁGI KONTROLL MELLETT DÖNTHET ÖNÁLLÓAN A BETEG LEGJOBB ÉRDEKÉT FIGYELEMBE VÉVE

annak alapján döntések meghozatalára tehát a hazai szabályozás (a bioetikai elveknek megfelelően) kizárólag az érintett kiskorú beteg törvényes képviselőjét jogosítja fel, és ő is csak bírósági kontroll mellett dönthet önállóan a beteg legjobb érdekét figyelembe véve. Ez a felhatalmazás az érintettek részéről ugyanakkor csak megfelelő eljárási szabályok betartása mellett tekinthető érvényesnek az Eütv. szabályai alapján.

Amennyiben egy kiskorú beteg esetében, akinél a betegség természetes lefolyását lehetővé teszi az, hogy az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasításához előírt minden törvényi kívánalom fennáll (a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint

rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – gyógyíthatatlan és halálhoz vezet), és a törvényes képviselő ilyen irányú nyilatkozatot tesz,<sup>35</sup> a kezelőorvos egyetlen esetben tekintheti a lemondó nyilatkozatot érvényesnek, amennyiben a bíróság is hozzájárul a kezelés mellőzéséhez. Amikor tehát a törvényes képviselő ilyen nyilatkozatot tesz, függetlenül attól, hogy a döntéssel az orvos orvosszakmai szempontból „egyetért-e vagy sem” – az egészségügyi szolgáltatónak értesítenie kell a bíróságot, utóbbinak nemperes eljárás keretében kell döntést hoznia az életmentő, életfenntartó kezelés nyújtásának kérdésében.

### III. KEZELÉSKORLÁTOZÁS, ORVOSI HASZONTALANSÁG, IGAZSÁGOSSÁGI SZEMPONTOK

Az életvégi ellátás során a beteg gyermek törvényes képviselőjének életmentő-életfenntartó kezelés visszautasításáról érvényes formában meghozott döntése mellett a kezelőorvos, illetve az ellátó team is hoz döntéseket. Az általuk meghozott életvégi döntések három kategóriába sorolhatók: kezelés meg nem kezdése, kezeléskorlátozás, haldoklási folyamat megrövidítése.<sup>36</sup>

Az Eütv. 129. §-a értelmében a kezelőorvos joga, hogy a tudományosan elfogadott vizsgálati és terápiás módszerek közül – a hatályos jogszabályok keretei között – szabadon válassza meg az adott esetben alkalmazandó; általa, illetve az ellátásban közreműködő személyek által ismert és gyakorolt; a rendelkezésre álló tárgyi és személyi feltételek mellett vé-

gezhető eljárást. Az ellátás megtagadásának jogával kapcsolatos rendelkezések körében pedig a 131.§ (3) bekezdésének b) pontja rendelkezik arról, hogy az orvos a beteg vizsgálatát követően az ellátást megtagadhatja, amennyiben a vizsgálat alapján megállapítást nyer, hogy „a beutaló orvos által javasolt vagy a beteg által kért kezelés szakmailag nem indokolt”.

Az azonban nem egyértelmű még az orvosszakma számára sem, hogy mire adnak fentiek felhatalmazást az orvos számára. Mikor indokolt szakmailag egy kezelés? A szabályozásunk nem tartalmaz egyértelmű rendelkezéseket sem az orvosi haszontalanság fogalmáról, sem pedig a kezeléskorlátozás lehetőségéről, ami meg is látszik abban a heterogenitásban, ami kezeléskorlátozás alkalmazását illetően tapasztalható a hazai intenzív osztályokon.<sup>37</sup>

Egy 2010-es kutatás, amely a kezeléskorlátozás gyakorlatát vizsgálta a hazai intenzív osztályokon,<sup>38</sup> eredményei azt mutatták, hogy az orvos által meghozott életvégi döntések (kezelés meg nem kezdése, kezeléskorlátozás, haldoklás gyorsítása) az intenzív osztályokon viszonylag gyakoriak Magyarországon is (a betegek 3–9%-át érintik), azonban más országok gyakorlatával szemben ezen döntéseket a kezelőorvosok gyakran nem a beteg és/vagy hozzátartozói bevonásával hozzák meg, hanem egyedül, annak ellenére, hogy a döntés meghozatalában az egyik legfontosabb tényezőt a beteg életkilátásai jelentik. Egy másik, az újraélesztés hazai gyakorlatával foglalkozó 2016-os tanulmány<sup>39</sup> ugyancsak azt rögzíti, hogy a betegek önrendelkezési jogának figyelembevételére még mindig csak elenyésző arányban kerül sor a hazai gyakorlatban; a vonatkozó szakmai-, etikai és jogi szabályok pedig rendre helyet biztosítanak a kizárólag orvosi mérlegelésen alapuló, egyoldalú haszontalansági döntéseknek. Kovács József bioetikus ugyanakkor arra hívja fel a figyelmet, hogy nagy zavar uralkodik az orvosi haszontalan kezelés fogalma körül, „gyakran összekeverik azt a kérdést, hogy hasznos-e egy orvosi kezelés azzal, hogy hasznos-e megmenteni egy adott beteg életét. Ez utóbbi azonban már nem orvosi, hanem etikai kérdés, noha gyakran orvosi kérdésnek maszkírozzák. Ennek az a veszélye, hogy a beteg megkérdezése nélkül döntenek.”<sup>40</sup> Arra mutat rá, hogy külön kérdésként kell kezelni azt, hogy egy kezelés eléri-e a fiziológiai célt, és ezáltal meghosszabbítja-e a beteg életét (kvantitatív haszontalanság köre), attól, hogy a beteg életét érdemes-e meghosszabbítani (életminőség, kvalitatív haszontalanság körében mérlegelendő), az utóbbiról ugyanis kizárólag a beteg (vagy képviselője) dönthet erkölcsi meggyőződésének megfelelően.<sup>41</sup>

Az orvosi haszontalanság mellett szükséges megemlíteni az erőforrások szűkössége kapcsán alkalma-

zott, a korlátozottan rendelkezésre álló eszközök elosztásával kapcsolatos igazságossági megfontolásokat is. Könnyen belátható, hogy a valóságban nincs olyan „gazdag” egészségügyi rendszer, ahol a betegek minden olyan ellátást megkaphatnak, amiből egyéni meglátásuk szerint hasznuk származik. Sehol nem állnak rendelkezésre korlátlanul az erőforrások, sem a berendezések, sem az azok használatára kiképzett személyzet tekintetében. A korlátozottan rendelkezésre álló eszközök ésszerűbb-igazságosabb elosztását jelenti, ha azok részesülnek kezelésben, akinek nagyobb valószínűséggel lesz belőle haszna. Az azonban elvárás, hogy ha sorolást alkalmaznak, az transzparens módon történjen: tényeken alapuló, előre rögzített egységes kritériumrendszer (például szakmai irányelvek) mentén, ne a kezelőorvos hozzon *ad hoc* módon ilyen döntést.

A jelenlegi nemzetközi irányelvek általában nem tartják indikálnak például az intenzív osztályon való kezelést, ha az abba hagyhatatlannak tűnik, vagyis nem várható olyan javulás a beteg állapotában, hogy az életműködése egy ponton újra fenntartható legyen az intenzív osztályon kívül. Szakmai anyagokban az intenzív terápiát orvosi haszontalannak minősítik szívelégtelenség, előrehaladott rák, illetve többszervi elégtelenség esetén.<sup>42</sup> A bioetikusok mellett az orvosszakmán belül is vannak ugyanakkor olyanok, akik amellet érvelnek, hogy noha a gyakorlatban a beteg számára élethosszig szükséges intenzív osztályos kezelés nem mindig biztosítható tartósan, a kapacitás szűkössége miatt, de ettől még nem tartozik a haszontalan kezelés kategóriájába.<sup>43</sup>

Ilyen esetekben az intenzív osztályon való kezeléssel idő nyerhető, és ez alatt lefolytatható az a kommunikáció, illetve egyeztetés, ami elfogadhatóvá teszi az élet végét jelentő döntést.<sup>44</sup> Ezt a kommunikációs folyamatot ugyanakkor – ha lehet – már korábban el kellene kezdeni, előzetes ellátástervezés útján.

#### IV. ELŐZETES ELLÁTÁSTERVEZÉS, KÖZÖS DÖNTÉSHOZATAL

Egy életet veszélyeztető, megrövidítő betegség felmerülésekor azonnal meg kell(ene) kezdődnie az „előzetes ellátástervezési folyamat”-nak („advance care planning”).<sup>45</sup> Ez egy folyamatos, visszacsatolással kommunikációs folyamat, egyeztetés az egészségügyi ellátószemélyzet és a gyermek családja között a gyermek bevonásával (amennyire az lehetséges) az utóbbi számára nyújtott ellátás irányáról. Célja, hogy segítsen összhangba hozni a beteg gyermekek ellátását a célokkal, preferenciákkal és kívánásokkal, magában foglalja az életmentő, életfenn-

tartó beavatkozásokról való döntéshez szükséges kölcsönös tájékoztatást is. Pozitív hatású lehet az orvos–beteg kapcsolatra, valamint az egészségügyi erőforrások megfelelő felhasználására is; elősegíti a beteg önrendelkezési jogának (helyettes döntéshozón keresztül) gyakorlását. Ennek során ismeri meg az ellátó személyzet a család értékrendjét, preferenciáit, és ennek során jut a család kellő információhoz, hogy megértse a gyermek aktuális állapotát, a kilitásokat, a kezelési lehetőségeket, az egyes beavatkozásokkal elérhető egészségnyereséget és azokkal járó lehetséges mellékhatásokat, következményeket is,<sup>46</sup> valamint a releváns szakmai szabályok tartalmát (ideértve a kezeléskorlátozásra, a haszontalanság és a kapacitásszűkösség miatti kezelésmegvonásra vonatkozó szabályokat is), bizonytalanság esetén új kezelési formák megkezdése kizárásának lehetőségét,<sup>47</sup> továbbá azt, hogy mely pontokon van a család számára döntési lehetőség.

A cél az, hogy a kommunikációs folyamatra közös döntéshozatali eljárás épüljön, melynek során optimális esetben közösen sikerül konszenzusra jutni a kezeléskorlátozás kérdésében is. A tájékozott döntéshozatalhoz (ideértve az életmentő-életfenntartó ellátás elutasítását is) szükséges információk mellett ennek során jutnak a családok azon információk birtokába is, amely alapján élhetnek a másodvéleményhez való jogukkal,<sup>48</sup> vagy akár bírósághoz is fordulhatnak az orvosi döntéssel szemben, mely lehetőség biztosítását, mint fentebb láttuk, az EJEB is megkívánja.

Ahhoz azonban, hogy az előzetes ellátástervezés és közös döntéshozatali folyamat be tudja tölteni ezt a szerepét, tisztázni kellene a hazai legitimitását, jogszabályi kereteit.

## V. ÖSSZEGZÉS

Az EJEB az élethez való jog értelmezése során már a 2000-es évek elején, a tárgykörben meghozott első ítéleteiben (*Pretty-ügy*<sup>49</sup>, *Evans-ügy*<sup>50</sup>) megállapította, hogy az európai államok között nincs egyetértés sem az élet kezdete, sem pedig vége tekintetében, a tagállamok széles mérlegelési lehetőséggel („margin of appreciation”) bírnak ezen kérdések szabályozása terén a nemzetközi és tagállami alapjogi standardoknak való megfelelés mellett (ami elsősorban a szükségesség-arányosság elv alkalmazását jelenti).

Magyarországon az életmentő, életfenntartó ellátás visszautasításának joga kiskorú betegek esetében

## MAGYARORSZÁGON AZ ÉLETMENTŐ, ÉLETFENNTARTÓ ELLÁTÁS VISSZAUTASÍTÁSÁNAK JOGA KISKORÚ BETEGEK ESETÉBEN NAGYON KÖRÜLMÉNYESEN GYAKOROLHATÓ

nagyon körülményesen gyakorolható, és az Eütv. mindenképpen bíróság jóváhagyását követeli meg, ugyanakkor egyáltalán nem rendelkezik a közös döntéshozatali eljárás során a kezelőorvos és a család által konszenzusos módon meghozott kezeléskorlátozó döntésekről (ideértve az újraélesztés kérdését is), így bizonytalan ezek legalitása. A gyermek életvégi ellátása során a kezeléskorlátozási döntések keretei

(hasonlóan az orvosi haszontalanság megítélésének kereteihez) nem tisztáztak. Mindez könnyen vezethet a kezeléskorlátozás paternalista, a beteg önrendelkezési jogát figyelmen kívül hagyó gyakorlathoz.<sup>51</sup> A jogi szabályozás egyértelműségének hiányában nem állnak továbbá rendelkezésre jól használható, a hazai jogszabályokkal összhangban álló, általánosan elfogadott gyakorlati útmutatók.<sup>52</sup>

A gyermek legjobb érdekének védelme csak közös döntéshozatal révén történhet, transzparens eljárásban, ahol minden fél tisztában van a döntési lehetőségeivel, és adott esetben jogorvoslat is rendelkezésre áll. A nemzetközi gyakorlatban a bíróság bevonása nem kötelező, alapvetően a kórházak etikai tanácsai jutnak inkább szerephez, és csak az egyes szereplők közti véleménykülönbség esetén fordulnak bírósághoz. A hazai szabályok alapján kötelező nemperes eljárás szerepe a törvényi garanciák meglétének ellenőrzését jelenti inkább, a beteg önrendelkezési jogának képviselőjén keresztül gyakorlására adja (vagy sem) áldását a bíróság, a gyermek legjobb érdekének megállapítására, az ítélőképességű gyermek véleményének megismerésére ez az eljárás nem vagy véssé kínál lehetőséget.

## JEGYZETEK

1. Gyermek: az ENSZ Gyermek jogairól szóló egyezményének 1. cikkével összhangban az a személy, aki tizennyolcadik életévét nem töltötte be, kivéve, ha a reálalkalmazandó jogszabályok értelmében nagykorúságát már korábban eléri. A magyar polgári jogban a kiskorú terminológia használt erre a csoportra. A kiskorú személy lehet cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes is, ennek azonban a téma szempontjából azért nincs jelentősége, mert az egészségügyről szóló törvény a cselekvőképtelen és a korlátozottan cselekvőképes személyek esetében azonos szabályok mentén történő eljárást követel meg. Lehetséges ugyanakkor az is, hogy a 16. életévét betöltött személy házasságkötésével nagykorúvá válik, ebben az esetben bíróság ellentétes dön-

- tése hiányában cselekvőképesnek számít, akikre eltérő, külön szabályozás vonatkozik az életvégi döntések tekintetében.
2. Bővebben lásd pl. FEITH Helga Judit – SALLAI Eszter Zsófia – SOÓS NÉ KISS Zsuzsanna – GÉZSI András – GRADVOHL Edina – KOVÁCS Aranka – BERBIK István – SZABÓ Miklós: Életvégi döntésekkel kapcsolatos attitűdök a neonatológiai intenzív ellátásban dolgozók körében – jogi szempontok a döntések hátterében, *Legis Artis Medicinae*, 2022/6–7, 289–297, <https://doi.org/10.33616/lam.32.023>.
  3. Lásd bővebben: KUSSINSZKY Anikó – STÁNICZ Péter: Az életvégi döntések jelentésének és jogintézményének fejlődése, *Kaleidoscope*, 2024/28, <https://doi.org/10.17107/KH.2024.28.14>.
  4. Lásd a British Medical Association meghatározását: <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/ethics/end-of-life/physician-assisted-dying>.
  5. A holland kormányzat hivatalos tájékoztatójában 2024. szeptember 16-án még nem szerepelt lehetőségként: <https://www.government.nl/topics/euthanasia/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request>.
  6. Hivatalosan elérhető naprakész adat nem áll rendelkezésre, ugyanakkor egy 2019-es adat szerint a Kúria Polgári Kollégiumának az ombudsman megkeresése nyomán végzett felmérése alapján az Eütv. 21. § (2) és (4) bekezdésével kapcsolatos bírósági eljárásokra mindössze két alkalommal került sor – KUSSINSZKY Anikó – STÁNICZ Péter: Van-e döntésünk az élet végén? Lehetőségek és kompetenciák a gyakorlat tükrében in *Autonómia, életvédelem, jobbiztonság: az életvégi döntések szabályozása*, szerk. FILÓ Mihály, Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2022, 137–138.
  7. Vö. a következő adatokkal: az életfenntartó kezelések korlátozása világszerte az intenzív osztályra történő felvételek 12%-a esetében fordul elő (tehát a kezelést meg sem kezdik), a kezelés megvonása pedig az európai országokban az intenzív osztályon bekövetkező halálos esetek mintegy 80%-ánál, lásd az Ethicus-2 kutatás eredményeit, hivatkozva Andrea CORTEGIANI – Mariachiarra IPPOLITO – Sebastiano MERCADANTE: End-of-life Care in the Intensive Care Unit and Ethics of Withholding/Withdrawal of Life-sustaining Treatments, *Anesthesiology Clinics*. 2024/3, 407–419, <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2024.02.008>.
  8. Lásd pl. a General Medical Council „Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making” („életvégi kezelés és ellátás: Jó gyakorlat a döntéshozatalban”) című kiadványának 47–49. pontjait: <https://www.gmc-uk.org/professional-standards/professional-standards-for-doctors/treatment-and-care-towards-the-end-of-life/>; továbbá vö. Kovács József: *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába*, Budapest, Medicina, 1999, 440.
  9. Lásd: Yajing ZHONG – Alice CAVOLO – Veerle LABARQUE – Chris GASTMANS: Physicians’ attitudes and experiences about withholding/withdrawing life-sustaining treatments in pediatrics: a systematic review of quantitative evidence, *BMC Palliative Care*. 2023/22, 13–14, <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01260-y>.
  10. Az Egészségügyi Minisztérium korábbi etikai ajánlása 2010. december 31-ig volt érvényes, [https://docplayer.hu/2377739-Az-egeszsegugyi-miniszterium-szakmai-iranyelve-az-életmentő-es-életfenntartó-kezelésekkel-kapcsolatos-etikai-ajánlás.html#google\\_vignette](https://docplayer.hu/2377739-Az-egeszsegugyi-miniszterium-szakmai-iranyelve-az-életmentő-es-életfenntartó-kezelésekkel-kapcsolatos-etikai-ajánlás.html#google_vignette).
  11. Az Európa Tanács által, Rómában 1950. november 4-én elfogadott, és Magyarországon az 1993. évi XXXI. törvénnyel kihirdetett, az Emberi jogok és alapvető szabadságok védelméről szóló Egyezmény (a továbbiakban: EJE).
  12. A Gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény; Magyarországon kihirdette az 1991. évi LXIV. törvény.
  13. Az Európa Tanács 1997. április 4-én Oviedóban kelt, és Magyarországon a 2002. évi VI. törvénnyel kihirdetett, az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló Egyezménye (a továbbiakban: Oviedói Egyezmény).
  14. Az EJE 2. és 8. cikkéhez tartozó kommentárok szerint. A kommentárok elérhetők: [https://www.echr.coe.int/Documents/Guide\\_Art\\_2\\_ENG.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_2_ENG.pdf); [https://www.echr.coe.int/Documents/Guide\\_Art\\_8\\_ENG.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_8_ENG.pdf).
  15. Arend Cornelis HENDRIKS: End-of-life decisions. Recent jurisprudence of the European Court of Human Rights, *ERA Forum*, 2019, 561–570, 562, <https://doi.org/10.1007/s12027-018-0530-7>.
  16. *Karsai Magyarország elleni* ügye, 32312/23. számú kérelem, a Bíróság 2024. június 13-án kelt ítélete.
  17. Uo., para 175.
  18. Lásd HENDRIKS (15. vj.) 564.
  19. *Pretty Egyesült Királyság elleni* ügye, 2346/02 számú kérelem, a Bíróság 2002. április 29-én kelt ítélete, para. 63.
  20. Uo., para 65.
  21. A szabad és tájékozott beleegyezéshez való jogként.
  22. *Karsai Magyarország elleni* ügye, 32312/23. számú kérelem, a Bíróság 2024. június 13-án kelt ítélete, para 175.
  23. Lásd először a *Pretty*-ügyben (para. 39) az asszisztált öngyilkosság, majd *Mortier Belgium elleni* ügye, 78017/18 számú kérelem, a Bíróság 2022. október 4-én kelt ítélete, az eutanázia vonatkozásában.
  24. A szabályozás megfelelőségét a *Glass Egyesült Királyság elleni* ügye, 61827/00 számú kérelem, a Bíróság 2004. március 4-én kelt ítéletben fejti ki, lényegében azt kívánja meg, hogy előre rögzített, megismerhető szabályokon keresztül, bírói út lehetséges igénybevéte-



- le mellett valósuljon meg az élet védelme (önkéntes eljárás elleni garanciák).
25. *Gard Egyesült Királyság elleni ügye*, 39793/17 számú kérelem, a Bíróság 2017. június 28-án kelt ítélete.
  26. *Afiri and Bidarri Franciaország elleni ügye*, 1828/18 számú kérelem, a Bíróság 2018. január 23-án kelt ítélete.
  27. *Haastrup Egyesült Királyság elleni ügye*, 9865/18 számú kérelem, a Bíróság 2018. március 6-án kelt ítélete.
  28. A dualista felfogás szerint elképzelhető a két jog hierarchiája, és az absztrakt méltósághoz való jog élvezetét abszolút védelmet, a konkrét egyén élethez való joga pedig korlátozható. Vö. ZAKARIÁS Kinga Rita: Az emberi méltósághoz való alapjog: Összehasonlító jogi elemzés a német és magyar alkotmánybírói gyakorlat tükrében (doktori értekezés), Budapest, Pázmány Péter Katolikus Egyetem, 2016, 208–209, [https://jak.ppke.hu/uploads/articles/12332/file/Zakarias\\_disszertacio.pdf](https://jak.ppke.hu/uploads/articles/12332/file/Zakarias_disszertacio.pdf).
  29. Lásd ZAKARIÁS Kinga: Az élethez és az emberi méltósághoz való jog, in *Az Alkotmány Kommentárja*, szerk. JAKAB András, Budapest, Századvég Kiadó 2009, 1915.
  30. Lásd KOVÁCS (8. vj.) 402.
  31. Bert BROECKAERT: Euthanasia: History, in *Encyclopedia of Global Bioethics*, ed. Henk TEN HAVE, Springer, Cham. 2015, 1188–1194, 1191, [https://doi.org/10.1007/978-3-319-05544-2\\_180-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-05544-2_180-1).
  32. Egészségügy Pápai Tanácsa: Az Egészségügyben Dolgozók Chartája, Vatikánváros 1994.
  33. Vö. HÁMORI Antal: Az eutanázia problémája a katolikus egyházjogban (magyar állami jogi kitekintéssel), *Iustum Aequum Salutare*, 2010/2, 25–44, 34.
  34. Eütv. 3.§: „n) életmentő beavatkozás: sürgős szükség esetén a beteg életének megmentésére irányuló egészségügyi tevékenység”; „i) sürgős szükség: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne”.
  35. Már idáig is sok próbát kell kiállnia a családnak: az Eütv. 20. § (4)–(5) bekezdése alapján a visszautasítás ugyanis csak akkor érvényes, ha egy háromtagú orvosi bizottság (a gyermek kezelőorvosa, egy másik, a betegség jellegének megfelelő szakorvos, valamint egy pszichiáter szakorvos) a törvényes képviselőt/képviselőket megvizsgálta, és egybehangzóan, írásban nyilatkozik arról, hogy a döntését/döntésüket annak következményei tudatában hozta/hozták meg, valamint igazolja az érintett gyermek terminális állapotát, majd a törvényes képviselőnek/képviselőknak az orvosi bizottság nyilatkozatát követő 3. napon – két tanú előtt – ismételt ki kell nyilvánítaniuk a visszautasításra irányuló szándékát/szándékukat. Amennyiben nem járul
- járulnak hozzá az orvosi bizottság vizsgálatához, a kezelés visszautasítására vonatkozó nyilatkozat nem vehető figyelembe.
  36. ZUBEK László – SZABÓ Léna – GÁL János – ÖLLŐS Ádám – ÉLŐ Gábor: A kezeléskorlátozás gyakorlata a hazai intenzív osztályokon, *Orvosi Hetilap*, 2010/38, 1530–1536, 1530, <https://doi.org/10.1556/oh.2010.28950>.
  37. Lásd ZUBEK–SZABÓ–GÁL–ÖLLŐS–ÉLŐ (35. vj.).
  38. Uo.
  39. ÉLŐ Gábor: Az újraélesztés újraértelmezése – autonómia és betegbiztonság, *Állam és Jogtudomány*, 2016, 91–104.
  40. Lásd KOVÁCS (7. vj.) 445–446.
  41. Ugyanezen álláspontra helyezkedett az Egyesült Királyságban a bíróság abban az ügyben, ahol az orvos a beteggel és a családjával történő egyeztetés és másodvélemény kérése nélkül helyezett el újraélesztés mellőzésére vonatkozó jelzést (DNAR utasítás) a közúti balesetben súlyosan sérült beteg egészségügyi dokumentációjában. A bíróság úgy ítélte meg, hogy a beteggel konzultálni kellett volna, és a lehető legteljesebb mértékben el kellett volna neki magyarázni a helyzetét, még akkor is, ha az orvos úgy ítélte meg, hogy az újraélesztés hiábavaló lenne, és fennállt a lehetősége, hogy ennek közlése szorongással tölthette volna el a beteget. Megállapította a beteg autonómiájának (magyarországi jogi környezetben ennek felel meg az örendelkezési jog) sérelmét, és kiemelte, hogy a konzultáció hiánya megfosztotta a beteget a másodvélemény kérésének jogától is. *R (Tracey) v Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust* [2014] EWCA Civ 822, [2015] QB 543, [2014] Med LR 273, paras 56–65, 66–87, 89–93, 94–97; hivatkozza Alec SAMUELS: Do not resuscitate: Lawful or unlawful? *Medicine, Science and Law*, 2022, 144–148, 147, <https://doi.org/10.1177/00258024211032799>.
  42. Lásd pl. CORTEGIANI–IPPOLITO–MERCADANTE (6. vj.) 408.
  43. KOVÁCS József: Az ECMO kezelés megszüntetésének etikai kérdései, *Orvosi Hetilap* 2024, 132–137, <https://doi.org/10.1556/650.2024.32963>; ZUBEK László: A kommunikáció és az örendelkezés javításának lehetőségei az életvégi döntések meghozatalánál az intenzív osztályokon, *Orvosi Hetilap*, 2016, 669–674, 673, <https://doi.org/10.1556/650.2016.30459>.
  44. Lásd ZUBEK (42. vj.) 672.
  45. Az „Advance Care Plan” nem az azonnali döntések megvitatására, mint inkább a jövőre vonatkozó tervezésre összpontosít, az egyén értékeivel, céljaival és preferenciáival összhangban.
  46. A kardiopulmonális reszuscitáció módszeréhez például viszonylag alacsony túlélési/sikerességi arány kapcsolódik, ugyanakkor bizonyosan valós kockázatokkal

- jár, pl. bordatörés, belső szervek (máj, lép) károsodása, valamint agykárosodás. Lásd SAMUELS (40. vj.) 144.
47. Jason N. BATTEN – Jacob A. BLYTHE – Sarah E. WIETEN – Elizabeth DZENG – Katherine E. KRUSE – Miriam P. COTLER – Karin PORTER-WILLIAMSON – Joshua B. KAYSER – Stephanie M. HARMAN – David MAGNUS: „No Escalation of Treatment” Designations: A Multi-institutional Exploratory Qualitative Study. *Chest*. 2023/1, 192–201, <https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.08.2211>.
48. Eütv. 8. § (3): „*a beteg bármely, a kezelőorvos által megállapított diagnózissal, illetőleg javasolt terápiával, valamint fekvőbeteg-gyógyintézetből történő tervezett elbocsátásával vagy más egészségügyi szolgáltatóhoz történő beutalásával kapcsolatban kezdeményezheti más orvos által történő vizsgálatát*”.
49. *Pretty Egyesült Királyság elleni* ügye, 2346/02 számú kérelem, a Bíróság 2002. április 29-én kelt ítélete.
50. *Evans Egyesült Királyság elleni* ügye, 6339/05 számú kérelem, a Bíróság 2007. április 10-én kelt ítélete.
51. ÉLŐ (35. vj.) 91.
52. Lásd például a General Medical Council kiadványát a jó gyakorlatról a döntéshozatalban: Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making, <https://www.gmc-uk.org/professional-standards/professional-standards-for-doctors/treatment-and-care-towards-the-end-of-life>.

# AZ EUTANÁZIAVITA ÉS AZ ELMŰLÁS GONDOLATA<sup>1</sup>

KELL-E FOGLALKOZNUNK A HALANDÓSÁGUNKKAL?

A Karsai-ügynek köszönhetően felélénkült az életvégi kérdésekről szóló diskurzus hazánkban, kérdés azonban, hogy az egyén döntési szabadságáról folytatott vita elősegíti-e a halandóságunkkal való szembenézést. A kettő nem feltétlenül kapcsolódik össze, hiszen megfogalmazhatjuk – az akár alaposan átgondolt – morális és jogi álláspontunkat az eutanáziáról és az orvos által asszisztált öngyilkosságról, de ettől még nem biztos, hogy komolyan szembenéznénk a saját életünk, illetve a hozzánk legközelebb állók életének végességével. Ha már több szerettemet elvesztettem, akkor is lehet, hogy inkább elfojtom magamban a felmerülő kérdéseket, amíg csak lehet, hiszen jobb nem gondolni az elmúlásra. Mondhatnánk azt, hogy amikor eljön az idő, majd foglalkozunk a halál kérdésével. Addig megelégszünk azzal, hogy elutasítjuk az eutanáziát és az orvos által asszisztált öngyilkosságot (mert például hitünk szerint az emberi élet Isten ajándéka, és azzal nem rendelkezhet az egyén), és az államtól azt várjuk, hogy tiltsa ezeket; vagy éppen ellenkezőleg, elfogadjuk az eutanáziát és az orvos által asszisztált öngyilkosságot (mert úgy véljük, hogy egyéni döntésen kell alapulniuk), és az államtól azt várjuk, hogy engedélyezze ezeket. Az is előfordulhat, hogy eutanázia- és asszisztált öngyilkosság-ellenesek vagyunk, de elfogadjuk, hogy vannak, akik nem így gondolkodnak, ezért ezeknek a gyakorlatoknak a legalizálása mellett foglalunk állást. „Tudom, hogy egyszer majd engem is érint ez a kérdés, de nem most.” Ahogy Heidegger írja a *Lét és idő*ben a halál elfedéséről: az ember elhitei magával, hogy a halál nem őt érinti, az „akárkit” ragadja el; tisztában van ugyan a halál „empirikus” bizonyosságával, tud a halálról, csak éppen saját halálában bizonytalan: „a halál bizonyosan eljő, de egyelőre még nem”.<sup>2</sup>

De kell-e egyáltalán foglalkoznunk az elmúlással? Főként, ha semmi sem mutat arra, hogy veszélyben lenne az életünk, vagy éppen szeretteink élete. Nagy hagyománya van a nyugati filozófiában annak a felfogásnak, hogy jobb, ha szem előtt tartjuk halandóságunkat, mivel ez a jó élet egyik biztosítója. Az

ókorban a szókratészi-platóni gondolkodás, majd a sztoikus filozófia is ezt hangsúlyozta. A neves sztoikus gondolkodó, Seneca úgy véli, hogy a halál közömbös dolog, a hozzá való viszonyunk lehet jó vagy rossz. Sok gyakorlattal kell megkeményíteni a lelkünket, hogy közömbösnek tekintsük a halált, és bátran elviseljük közeledtét.<sup>3</sup> A kereszténységben is alapvető szerepet játszik a *memento mori* gondolata. A modern egzisztenciálfilozófiák szintén kapcsolatot látnak a halál elfogadása és a jó élet között. Sören Kierkegaard megkülönbözteti a halál komoly gondolatát a halállal kapcsolatos „tréfától”. Az utóbbihoz tartozik a halál minden olyan módon való szemlélése, amikor a szemlélő önmagára nem gondol együtt a halállal. Aki komolyan viszonyul a halálhoz, az valóban a saját sorsaként fogja fel a halált, és ez alapján alakítja az életét.<sup>4</sup> Martin Heidegger a *Lét és idő*ben a jelenvalóletet („Dasein”) halálhoz viszonyuló létként („Sein zum Tode”) ragadja meg. Heidegger megkülönbözteti a véghez viszonyuló mindennapi létet (az „akárki”, „das Man” viszonyát a halálhoz) és a halálhoz viszonyuló tulajdonképpeni létet. A halálhoz viszonyuló tulajdonképpeni léthez kapcsolódik Heideggernél a halálba való előrefutás („Vorlaufen”) fogalma, amely a legsajátabb, legvégső lenni tudás megértésének lehetőségét jelenti.<sup>5</sup>

Ugyanakkor léteznek másfajta megközelítések is. Epikurosz ugyan helyesnek tartotta a halálról való filozofálást, de csak abból a célból, hogy megértsük, nem tartozik ránk a halál, így félni sem kell tőle: „Szokd meg a gondolatot, hogy a halál nem tartozik ránk, mert mindaz, ami jó vagy rossz, az az érzékekben van. A halál viszont az érzékek megszűnése.”<sup>6</sup> Egy, a heideggeri halál-felfogással szemben megfogalmazott modern nézetet is megemlíthet: Jean-Paul Sartre a halált az emberi léten kívülálló, véletlenszerű, sajátta nem tehető abszurd dologként értelmezi *A lét és a semmi* című művében.<sup>7</sup>

A modern embert persze nem is kell nagyon biztatni arra, hogy ne foglalkozzon a halállal. Nagyjából a 20. század közepére Nyugaton szinte megszűnt

KÉRDÉS AZONBAN, HOGY AZ EGYÉN DÖNTÉSI SZABADSÁGÁRÓL FOLYTATOTT VITA ELŐSEGÍTI-E A HALANDÓSÁGUNKKAL VALÓ SZEMBENÉZÉST

a haldoklás „társadalmisága” (ekkor már a legtöbb ember nem otthon, hanem kórházban, klinikán halt meg, így van ez manapság is), eltűntek vagy kiüresedtek a halállal kapcsolatos rítusok, illetve a vallások, különösen a keresztény vallás jelentőségének csökkenésével a „kollektív halhatatlansági fantáziáknak”<sup>8</sup> egyre kisebb lesz a jelentősége. Mindezek felerősítették a halállal kapcsolatos félelmeket, aminek következtében tabutémává váltak a halál és a haldoklás kérdései, amelyek leginkább az eutanáziával és az orvos által asz-szisztált öngyilkossággal kapcsolatos ügyek és küzdelmek révén kerülnek elő a nyugati társadalmakban, de ahogy már szó volt róla, ezek nem biztos, hogy elvezetnek egyéni szinten a halál komolyan vételéhez egzisztenciális szempontból (említhető még a COVID-19 járvány is ebből a szempontból, de úgy tűnik, hogy ennek hosszú távon nem volt jelentős hatása a haláltabura – ennek vizsgálata azonban szétfeszítené jelen írás kereteit).

## AZ ORVOSLÁS FEJLŐDÉSE ÉS AZ EGYÉNI SZABADSÁG KITERJEDÉSE

Az életvégi lehetőségek tisztázása, az orvos által asz-szisztált öngyilkosság vagy az eutanázia engedélyezése egyre inkább előtérbe kerül a magas színvonalú egészségügyi ellátórendszerrel rendelkező országokban. Ezek egyszerre jogi, etikai és társadalmi kérdések, és a mögött, hogy mind gyakrabban megfogalmazódnak, több szempont azonosítható, az orvoslás intézményrendszerén belül és azon kívül, pozitív és negatív jelenségekhez kapcsolódóak egyaránt. Ami az orvoslást illeti, mindenképpen pozitív, hogy a várható élettartam meghosszabbodása is részben az egészségügy fejlődéséhez köthető, illetve új orvosi eszközökkel olyan emberek életét is meg tudják menteni, akik akár még pár évtizeddel ezelőtt is reménytelen esetek lettek volna. Az 1970-es évektől kezdve azonban például a perzisztens vegetatív állapotban lévő emberek helyzete vetett fel súlyos etikai dilemmákat. Az orvosok megmentették ezeknek az embereknek az életét, akár évtizedekre is biztosították a túlélésüket az új eszközeikkel, jól felszerelt kórházakban, ami önmagában fantasztikus orvosi siker. Ugyanakkor – mivel ezek a betegek végleg elvesztették a tudatosságukat – felmerült a kérdés, hogy életük emberhez méltó élet-e egyáltalán? Ennek meg-

válaszolásához a vallási, az addigi filozófiai vagy orvosi (például a hippokratészi) etikák nem igazán nyújtottak kielégítő segítséget. Ez a szempont általánosabban is megjelent: az orvoslás fejlődése olyan új helyzetet teremtett, amelynek erkölcsi kezelésére nem voltak megfelelő eszközeink. Például az időskor

vagy a krónikus egészségügyi problémák okozta alacsony életminőség olyan új kihívásokat intéz a fejlett társadalmak felé, amelyeket pusztán orvosi eszközökkel aligha oldhatunk meg.

Az orvosi fejlődés felgyorsulásával egyidőben társadalmi, kulturális átalakulások is befolyásolták az életvégi döntésekkel kapcsolatos tapasztalatainkat és

elvárásainkat. A nyugati kultúrában egyre érzékenyebbé váltunk a kiszolgáltatottság, az igazságtalanság, a korlátozott szabadság tapasztalataira, ezzel együtt erősödött az igényünk, hogy az életünket, így az életünk végét is saját magunk kontrolláljuk. Továbbá, az életünk egészéhez és végességéhez való viszonyunk is jelentős változáson ment keresztül: ez nem elsősorban az elméleteinkben, de még csak nem is abban nyilvánul meg, hogy mennyit beszélünk ezekről a kérdésekről, hanem abban, ahogy életünk egészét szervezzük, alakítjuk. Az élet folytonos kalkuláció: mérlegeljük, hogy mi mennyi időt ér meg, mit kezdünk a rendelkezésükre álló véges és gyorsan fogyó lehetőségekkel: mennyi időt szánunk egy képzésre, egy diploma megszerzésére, egy nyelv elsajátítására, egy bizonytalan kapcsolatra, egy adott munkahelyre. Ezek mind olyan kérdések, amelyek értékelést igényelnek.

Amy Klein amerikai újságíró a „termékenységeköd” („fertility fog”) kifejezéssel írt le egy korunkra jellemző jelenséget. Azt vette észre a környezetében (New Yorkban), hogy sok nő – beleértve saját magát is – egyszerűen nincs tisztában azzal, hogy a termékenysége hogyan alakul az életkora előrehaladtával, így sokan kifutnak a gyermekvállalás megfelelő időszakából. Ebben a megváltozott társadalmi viszonyok és elvárások, a média és egyéb tényezők is szerepet játszanak. Így kezdi írását: „Egy 42 éves egyedülálló barátnőm meséli, hogy azon gondolkodik, hogy lefagyaszthatja a petesejtjeit. Széles, hamis mosollyal bólintok. Vívodom: egyrészt tudom, hogy a termékenységgel kapcsolatban minden milyen nehéz, mivel a férjem és én azóta próbálkozunk a gyermekvállalással, hogy három és fél évvel ezelőtt összeházasodtunk, amikor én 41 éves voltam, ő pedig 45. [...] Tudom, hogy nem kezdhetsz el azon gondolkodni 42 évesen, hogy lefagyasztd a petesejtjeidet. Mivel ha

azonnal befejeznéd az erről való gondolkodást, és belevágnál, valószínűleg akkor sem működne már ebben a korban.”<sup>9</sup>

Bár biztosan szabadabban beszélünk és felvilágosodottabbak vagyunk a termékenység biológiáját illetően, mint bárki korábban, ez nem akadályoz meg sok embert abban, hogy homályos elképzelései és tervei legyenek ezzel kapcsolatban. A gyerek- és fiatalkor, valamint a várható élettartam kitelődése a társadalmi elvárások és szerepek változását okozzák. 30 éves korunkban szinte még gyerekeknek, 40-50 éves korunkban fiatalnak érezhetjük magunkat, 70 éves korunkban is aktív, fiatalos életet élhetünk, ezt el is várják tőlünk. Mindez természetesen pozitív fejlemény, azonban olyan gyorsan történt a társadalmi átmenet, hogy azzal nem csupán a biológiánk, de az intézményeink és gondolkodásunk sem tud lépést tartani.

Atul Gawande neves amerikai orvos-író a *Mert egyszer meghalunk* című könyvében amellet érvel, hogy a mai emberek ölebe csöppent szabadság – ami hatalmas érték –, azzal az eddig nem igazán felismert kockázattal jár, hogy életünk végén magunkra maradunk. A szabadság, a hagyományos szokásoktól és intézményektől való függetlenedés, az önmegvalósítás lehetősége elhomályosítja a látásunkat, hogy felismerjük biológiai korlátainkkal való szembesülés elkerülhetetlenségét. A társadalom nem erőlteti ránk a hagyományos szerepeket, viszont nem is kínál támpontokat az élet egyes szakaszainak megéléséhez. Az így felfogott szabadságnak, a mozgástérnek, hogy a megszokott keretekből kilépve alakítsuk életünket, az lesz az ára, hogy életünk végén könnyen magunkra maradhatunk, idegen környezetben, idegen emberekkel körülvéve, kiszolgáltatva. Mindez nem feltétlenül túl nagy ár, vallja Gawande, viszont érdemes tudni róla és valahogy felkészülni rá.<sup>10</sup>

## KÜZDELEM AZ EUTANÁZIÁÉRT ÉS AZ ELMŰLÁS GONDOLATA

Karsai Dániel esetét – ami a nyilvánosság figyelmét magára vonta, és sok vitát váltott ki – egyediségében, az ALS-ben szenvedő betegcsoport szempontjából, de általánosabb társadalmi jelenségek vonatkozásában is értelmezhetjük. Esetének egyik különlegessége, hogy személyében egy fiatal emberről volt szó. Ezt a fiatalságot gyakran hangsúlyozták a róla megjelent cikkek, híradások, nyilvános beszélgetések.

Egész megjelenésében, történetében, korábbi tevékenységeiben, hobbiiban ez a fiatalosság érződött. Érdemes tehát kitérni erre a témára. Karsai 45 éves volt, amikor az ALS diagnózisát megkapta, és 47 éves korában érte a halál. Saját beszámolója szerint egész életében a szakmai és magánéleti aktivitás jellemezte, a végességgel, az élet és a halál nagy kérdéseivel kevesebbet foglalkozott. Részlet egy vele készült interjúból:

„– *A betegsége előtt foglalkoztat-ta az eutanázia problémája?*

– *Mint bárki mást. Ha olvastam róla valamit, támogattam, de az elműlés gondolatával nem foglalkoztam.*

*Egy makkegészséges, koromat messze meghaladó, kiemelkedő fizikai állapotban lévő barnaöves harcművész voltam. 90 kilós embereket dobáltam a fejem fölött, főleg, ha hagyták. Bármikor kibicikliztem Visegrádra és vissza, és meg se izzadtam. Most meg...”<sup>11</sup>*

Lehet-e a ma és a jövő embereinek azt a tanácsot adni, hogy foglalkozzanak többen az élet végességgel, így például sztoikus filozófusokat olvasva készüljenek a halálra? Vagy örüljünk annak, hogy a halál rémképe mindinkább visszaszorul a horizontunkról? Ahogy láttuk, létezik ennek a felfogásnak is filozófiai előzménye, többek közt Epikurosz tanaiban. Önmagában az, hogy a kellemetlen, zavaró gondolatokat a hedonizmus nevében kizárjuk az elménkből, egyénileg vagy közösségileg, nem eleve alábbvaló perspektíva, mint a végesség folytonos tudatosítása. Lehet úgy érvelni, hogy korunk nagy vívmánya, hogy nem vesz körül minket folyton a halál lehelete. Azzal viszont számolni kell, hogy ennek a „csillapító” hozzáállásnak is megvan a maga ára, ami akkor jelentkezik, amikor váratlanul egy halálos betegséggel vagy egy szerettünk elvesztésével kell szembesülnünk.

Byung-Chul Han jelenkori társadalmainkat a szenvedéshez és negatív tapasztalatokhoz való viszonyt illetően „csillapító társadalmaknak” nevezi. Mint írja: „*A fájdalom mai tapasztalatának fő jellegzettsége, hogy a fájdalmat értelmetlennek tekintik. Nem léteznek többé olyan értelemvonatkozások, amelyek a fájdalommal szemben tartást és iránymutatást adnának. A fájdalom elszenvedésének művészetét teljesen elvesztettük.*”<sup>12</sup>

A másik kérdés, hogy vajon fel tudunk-e érdemben készülni a halálunkra? A filozófiai hagyomány gyakran állította ezt, de a halál olyannyira felfoghatatlan rejtély, hogy teljes mértékben nem készülhetünk fel rá. Az ajánlott filozófiai technikák nem a halálra magára, hanem az élet elkerülhetetlen végességére, a veszteségekre igyekeztek felkészíteni az

ember, ez a felkészülés pedig a filozofikus bölcsesség egyik ismérvének számított. Látnunk kell, hogy önmagában az, hogy valaki kellőképp felkészül a halálra, nem kötelezi el sem az öngyilkosság vagy eutanázia mellett, sem azokkal szemben. Inkább arról van szó, hogy ez a döntési helyzet kevésbé éri váratlanul.

A halál gondolatával egészséges emberként nem foglalkozó Karsait Facebook-oldalának tanúsága szerint halálos betegen már nagyon is érdekelte a halál és a jó élet kapcsolata, a halálra való valamiféle felkészülés. Többek között Senecát olvasott, ha nem is mindenben értett egyet vele. A sztoikusok azon ismert gondolatát, miszerint minden napunkat úgy kellene élnünk, mintha az az utolsó lenne, Karsai a következőképpen módosította: „Élj úgy, mintha már csak kevés időd lenne hátra. Mondjuk egy év. Vagy egy hónap vagy egy évtized. Kinek mennyi az az idő, ami már motiválja arra, hogy a lényeges dolgokra koncentráljon. De nem olyan szoros határidő, ami folyamatos halálfélelmet okoz. A pánik ugyanis nem kedvez az alkotásnak. Nekem az ALS által felkínált maximum öt év pont ilyen motiváló időtáv. Az elmúlás gondolatával foglalkozni kell. Ez adja ugyanis azt a drámai keretet az életnek, amitől értelme lesz.”<sup>13</sup> Már tudjuk, hogy sajnos még öt év sem adatott neki ALS-betegként.

Az eutanázia és az életvégi döntések körüli mai viták középpontjában az a kérdés áll, hogy ki döntsön; kevésbé az, hogy hogyan döntsünk. A helyes döntésre még akkor is lehet törekedni, ha nem hiszünk egy végső válasz létében. Kérdés, hogy pontosan miről és milyen értelemben döntünk. Egyszerűen a fájdalomokról és szenvedéseinkről, vagy általánosabb etikai és filozófiai kérdésekről, mint az élet értéke, a halál mibenléte? Illetve, a döntést inkább az érzéseink, vagy inkább a racionalitásunk vezérli? A lehetőség, hogy életünk végéről döntéseket hozhatunk, sorsunk irányítását mintegy saját kezünkbe vehetjük, nem egyértelmű az orvos által asszisztált halál különböző formáinál, hiszen ezekben az esetekben a döntést részben átruházzuk az egészségügyi rendszerre, ebben az értelemben medikalizáljuk. A döntéseket mégis sokszor megkönnyíti, ha az intézményes keretekre támaszkodunk.

Az eutanázia és az orvos által asszisztált öngyilkosság számos erkölcsi és jogi kérdést vet fel, ezeket a dilemmákat itt nem tárgyaljuk részletesen. Egy szempontot azért kiemelünk. Ismeretes, hogy a magyar kormány Karsai az Emberi Jogok Európai Bíróságához benyújtott keresetének – amely szerint az

életvégi döntések magyarországi szabályozása alapvető emberi jogokat sért – elutasítását kérte. A Bíróság elutasította Karsai keresetét, arra hivatkozva, hogy a felmerülő érzékeny etikai kérdésekben nincs konszenzus az Európa Tanács tagállamai között, így ezekkel kapcsolatban az államoknak jelentős mozgásteret kell biztosítani (a fellebbezés elutasításával 2024. szeptember 2-án vált jogerőssé az ítélet). Az Igazságügyi Minisztérium által 2023 novemberében kiadott közleményben a következőket olvashatjuk: „A méltóság kiteljesedése és annak megtartása nem politikai vagy világnézeti kérdés, hanem alapjog. A mi álláspontunk, hogy nem kerekedhet felül az élet szentségén. Az élet védelme elsődleges a keresztény kultúrában, így Magyarországon is. Az életről történő lemondás, az eutanázia számtalan visszaélésre is lehetőséget ad. Az emberi élet szent és sérthetetlen, mely értékrendünket az Alaptörvényünk is tükrözi. Álláspontunk határozott: senki, semmilyen indokból nem veheti el más életét.”<sup>14</sup>

Ezzel az a probléma, hogy az állam a jó élet egy meghatározott álláspontját (a keresztény etikát) oly módon képviseli, hogy az felfogásunk szerint szembe megy az emberi méltóság tiszteletének elvéből következő kívánalommal, az életszentség egyéni felfogásának tiszteletével. Az egyénién múlik, hogy eldöntse, mi teszi szentté az életet: akik megengedők az eutanázia kérdésében, azok is szentnek tartják az életet, de másképp fogják fel az élet szentségét, mint az azt elutasítók.<sup>15</sup> Egy plurális társadalomban az emberek különféleképpen gondolkodnak az élet szent-

AZ ÁLLAM A JÓ ÉLET EGY MEGHATÁROZOTT ÁLLÁSPONTJÁT (A KERESZTÉNY ETIKÁT) OLY MÓDON KÉPVISELI, HOGY AZ FELFOGÁSUNK SZERINT SZEMBEMEGY AZ EMBERI MÉLTÓSÁG TISZTELETÉNEK ELVÉBŐL KÖVETKEZŐ KÍVÁNALOMMAL, AZ ÉLETSZENTSÉG EGYÉNI FELFOGÁSÁNAK TISZTELETÉVEL

ségéről, és így az életvégi kérdésekről is. Az állam semlegessége egy különféleképpen megítélhető etikai kérdésben még nem feltétlenül jelenti azt, hogy mindenképpen zöld utat kell adni az eutanáziának és/vagy az orvos által asszisztált öngyilkosságnak. Ezeket csak azokban az államokban lehet bevezetni, ahol olyan intézményi rendszer működik, amely – több más alapkövetelmény biz-

tosítása mellett: például, hogy az alapellátás részét képezi a területileg egyenlő hozzáférés az életvégi palliatív ellátáshoz – alkalmas a visszaélések megelőzésére. Ahol ez nem áll fenn, ott az állam elvonhatja az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság lehetőségét ennek megvalósulásáig. A magyar Alkotmánybíróság 2003-as, ún. eutanáziahatározatában hasonlóan érvelt: úgy látta, hogy 2003-ban a magyarországi társadalmi-intézményi-tudományos feltételek mellett nem biztosítható a beteg döntésének befolyásmentessége, ezért az eutanázia alkotmányellenes, de ha a befolyásmentes döntés biztosítható lesz, az al-

kormányos megítélés is változhat.<sup>16</sup> Természetesen társadalmi szintű, morális kérdéseket is érintő vitát kell folytatni arról, hogy bevezetés feltételei megvannak-e az államnak megteremteni az eutanázia és az orvos által asszisztált öngyilkosság bevezetésének feltételeit. Álláspontunk szerint igen: a lehető legkiterjedtebb egyéni szabadság és az életszentség egyéni felfogásának állam általi tisztelete ezt kívánja meg.

Karsai Dániel személyes története amellelt, hogy felhívta a figyelmet az életvégi döntések jogi tisztázásának társadalmi igényére, valamint az ALS betegséggel élő emberek életének nehézségeire, mindenki számára megrendítő példát is kínált az élet végességének tudatosításához. Azt persze nem tudhatjuk, hogy hányan jutottak el a halál kierkegaard-i értelemben vett komoly gondolatához a Karsaival készült interjúkat olvasva vagy hallgatva, illetve a mindennapjairól szóló képriportokat nézve. Azzal biztosan nem háríthatták el a (többé-kevésbé) fiatalok és egészségesek sem a felmerülő kellemetlen kérdéseket, hogy itt egy idős emberről van szó, vagy olyasvalakiról, aki egészségtelen életmódja miatt jutott idáig, azzal persze megnyugtathatták magukat, hogy egy ritka betegség okozta a szenvedést és az idő előtti halált, ilyesmi pedig őket nem érintheti...

„Meghalni nem habostorta” – mondta Karsai Dániel egy interjúban, kifordítva *A tanú* című film szálóigévé vált mondatát.<sup>17</sup> Talán ez a legfőbb üzenet, amit ebből a tragikus esetből az emberi állapotra vonatkozóan meg kell tanulnunk. Közvetlenül Karsai halálát követően nehéz egyértelmű tanulságokat levonni az esetéből, ezért is érdemes az emléket megőrizni és segítségül hívni abban, hogy az elkerülhetetlen végességünkkel bátrabban szembe tudjunk nézni.

## JEGYZETEK

1. A tanulmány az MTA Lendület Értékek és Tudomány Kutatócsoport keretében készült.
2. Martin HEIDEGGER: *Lét és idő*, ford. VAJDA Mihály – ANGYALOSI Gergely – BACSÓ Béla – KARDOS András – OROSZ István, Budapest, Osiris, 2001, 299–300.
3. SENECA: *Erkölcsei levelek*, ford. BOLLÓK János – KOPECZKY Rita – KURCZ Ágnes – NÉMETH András – SÁROSI Gyula – TAKÁCS László, in *Seneca prózai művei I.*, Budapest, Szenczár Kiadó, 2002, LXXXII. levél, 362–368.
4. Sören KIERKEGAARD: *Egy sírnál*, ford. CSEJTEI Dezső, in. Cs. D.: *Filozófiai etűdök a végességre*, Veszprém, Veszprémi Humán Tudományokért Alapítvány, 2001, 272–303.
5. Lásd HEIDEGGER (1.vj.) 302–310.
6. EPIKUROSZ: *Menoikész-levél*, in Diogenész LAERTIOSZ: *A filozófiában jeleskedők élete és nézetei II.*, X. könyv, ford. ROKAY Zoltán, Budapest, JEL Kiadó, 2007, 334.
7. Jean-Paul SARTRE: *A lét és a semmi*, ford. SEREGI Tamás, Budapest, L'Harmattan Kiadó – Szegedi Tudományegyetem Filozófia Tanszék – Magyar Filozófiai Társaság, 2006, 627. A filozófiai halál-felfogásokról bővebben lásd: BARCSI Tamás: *Mit jelent megtanulni meghalni?* I-II. *Nagyerdői Almanach*, 2015/1, 61–131.
8. Norbert ELIAS: *A baldoklók magányossága*, ford. GLAVINA Zsuzsa, Budapest, Helikon Kiadó, 2000, 46.
9. Amy KLEIN: *Fertility fog*, *AEON*, 2015. január 6., <https://aeon.co/essays/why-do-women-know-so-little-about-their-own-fertility>.
10. Atul GAWANDE: *Mert egyszer meghalunk: Az orvostudomány és ami a végén számít*, ford. TORMA Péter, Budapest, Tercium, 2015. Erről lásd: NEMES László: *Atul Gawande: Mert egyszer meghalunk, Kharón*, 2015/4, [https://kharon.hu/lapszam/XIX\\_2015-4/konyvojanlo](https://kharon.hu/lapszam/XIX_2015-4/konyvojanlo).
11. Az interjút lásd: DETRŐI Krisztina: *Dr. Karsai Dániel: „Itt szeretném befejezni az életem, a budai hegyeket nézve, Republicot és Bryan Adams-et hallgatva”, Kiskegyed*, 2023. október 17., <https://www.kiskegyed.hu/életmod/dr-karsai-daniel-élet-vege/fwblsjw#:~:text=Dr.%20Karsai%20D%C3%A1nielt%20taval%20ny%C3%A1ron%20diagnosztiz%C3%A1lt%C3%A1k%20ALS%20beteg%C3%A9ggel,%20ami%20gyakorlatilag>.
12. Byung-Chul HAN: *Csillapító társadalom*, ford. CSORDÁS Gábor, Budapest, Typotex, 2021, 33.
13. Karsai Dániel július 19-i Facebook-posztja, [https://www.facebook.com/profile.php?id=100063529360315&locale=hu\\_HU](https://www.facebook.com/profile.php?id=100063529360315&locale=hu_HU).
14. MTI: *Igazságügyi Minisztérium: Magyarországon az eutanázia nem engedélyezett és nem is kívánjuk legalizálni*, *Hirado.hu*, 2023. november 28., <https://hirado.hu/kulfold/cikk/2023/11/28/igazsagugyi-minisz-terium-magyarorszagon-az-eutanazia-nem-engedelyezett-es-nem-is-kivanjuk-legalizalni>.
15. Ennek elméleti alapjáról lásd: BARCSI Tamás: *Az emberi méltóság filozófiája*, Budapest, Typotex, 2013; valamint Kis János: *Az állam semlegessége*, Budapest, Atlantisz, 1997, 245–260.
16. AB 22/2003. (IV. 28.) határozat.
17. Az interjút lásd: „Meghalni nem habostorta. Elkélne a segítség” – a kormánynak üzent Karsai Dániel, *Szeretlek Magyarország*, 2024. május 3., <https://www.szeretlekmagyarorszag.hu/kozosseg/meghalni-nem-habostorta-elkelne-a-segitseg-a-kormany-nak-uzent-karsai-daniel/?utm-source=kapcsolodo>.

# DOKUMENTUM ÉS KOMMENTÁR

Tóth J. Zoltán és Köbel Dávid a német Szövetségi Alkotmánybíróság 2020. február 26-i döntését elemzi, mely kimondta, hogy a német Alaptörvény által biztosított általános személyiségi jogból következően az embereknek szabadságukban áll saját belátásuk szerint dönteni az életüket befolyásoló alapvető kérdésekről, beleértve az életük befejezését is.

Zeller Judit a német és az osztrák alkotmánybíróság legutóbbi öngyilkosságban közreműködéssel összefüggő döntéseit elemzi, és felhívja a figyelmet arra, hogy kizárólag jogi érvek segítségével hogyan alapozható meg az életvégi autonómia kiszélesítése.

Filó Mihály cikke az osztrák alkotmánybíróságnak az asszisztált öngyilkosság dekriminalizációjával kapcsolatos döntését vizsgálja, kilátásba helyezve a vonatkozó magyar jogszabályok lehetséges módosítását.

Stánicz Péter és Kollarics Flóra cikke a Karsai-ügyet, az Emberi Jogok Európai Bíróságának az orvosilag támogatott halálról szóló legújabb döntését elemzi, és kitérnek a legfontosabb jogi kérdésekre, köztük a halálos betegek közötti megkülönböztetésre, a beteg autonómiájára és a palliatív ellátásra.

Kőműves Sándor két fontos bírósági döntésen keresztül mutatja be, miként vált Kanadában, a világon egyedülálló módon, legálissá „az egészségügyi halálba segítség”.



# A NÉMET SZÖVETSÉGI ALKOTMÁNY- BÍRÓSÁG DÖNTÉSE AZ ASSZISZTÁLT ÖNGYILKOSSÁGRÓL

A német Szövetségi Alkotmánybíróság 2020. február 26-án jogtörténeti jelentőségű döntést hozott. Kimondta, hogy a német Alaptörvény által biztosított általános személyiségi jogból következően az embereknek szabadságukban áll saját belátásuk szerint dönteni az életüket befolyásoló alapvető kérdésekről, beleértve az életük befejezését is. A testület deklarálta, hogy az emberi személyiség részét képezi az önrendelkezés, amely magában foglalja az élet befejezéséhez, azaz az *öngyilkossághoz való jogot* is. Ebből fakadóan az emberek öngyilkosságához üzletszerűen segítséget nyújtó személyek és szervezetek büntetéssel való fenyegetése alkotmányellenes.

A német Szövetségi Alkotmánybíróság határozata hat különböző indítvány egyesítésével született meg, melyeket gyógyíthatatlan betegséggel küzdők, orvosok, öngyilkosság elkövetéséhez segítséget nyújtó szervezetek és ügyvédek nyújtottak be. A 2 BvR 2347/15 számú döntés közvetlen tárgya a német büntető törvénykönyv – e szöveggel 2015. december 31-én hatályos – 217. §-a volt, mely az öngyilkosság „üzletszerűen” történő elősegítését, közkeletű (de alapvetően téves) elnevezéssel az eutanáziában történő közreműködést büntette. E bűncselekményt az (1) bekezdés szerint az valósította meg, aki öngyilkosság elkövetéséhez üzletszerűen nyújtott segítséget, illetve öngyilkosságot üzletszerűen tett lehetővé, segített elő vagy szervezett meg. A (2) bekezdés alapján nem volt büntethető, aki nem „üzletszerűen”, azaz nem rendszeresen tette mindezt, vagy aki hozzátartozója, illetve hozzá valamiképp közel álló személy részére nyújtott segítséget öngyilkosság elkövetéséhez. A 217. § tehát a közreműködői magatartás egy bizonyos módozatát büntette; magának az öngyilkosságot elkövetni kívánó személynek kellett elindítania az élet kioltásához vezető folyamatot, amelyet a rendszeresen öngyilkosságokhoz asszisztáló személy (vagy szervezet) pusztán elősegített (például legálisan tartható, az élet kioltására alkalmas mérgek rendelkezésre bocsátásával).

A TESTÜLET DEKLARÁLTA, HOGY AZ EMBERI SZEMÉLYISÉG RÉSZÉT KÉPEZI AZ ÖNRENDELKEZÉS, AMELY MAGÁBAN FOGLALJA AZ ÉLET BEFEJEZÉSÉHEZ, AZAZ AZ ÖNGYILKOSSÁGHOZ VALÓ JOGOT IS

A német Alkotmánybíróság szerint ez a büntetőjogi szankció alkotmányellenes: ellenkezik a német Alaptörvény legfontosabb alapértékével, az úgynevezett általános személyiségi joggal, illetve a jog két összetevőjével: a személyiség szabad kibontakoztatásához való joggal és az emberi méltósághoz való joggal. A német Alkotmánybíróság már az 1950-es években összeolvasztotta egyrészt a német Alaptörvény 1. § (1) bekezdésében foglalt, az emberi méltóság sérthetlenségét biztosító előírást, másrészt a 2. § (1) bekezdése szerinti, a személyiség szabad kibontakoztatásához való jogot.<sup>1</sup> Kimondta azt is, hogy az általános személyiségi jog olyan anyajog, amely az alkotmányos értékrend legfontosabb alkotóeleme, és amely mércét jelent bármely más alapjog értelmezéséhez is.

Mostani határozatában az általános személyiségi jog e funkciója alapján vizsgálta az Alkotmánybíróság a kérdéses büntető tényállás alkotmányosságát, és jutott a bevezetőben már említett következtetésre. A testület úgy vélekedett, hogy az általános személyiségi jog felöleli – a személyes autonómia kifejeződéseként – az önrendelkezésen (önálló elhatározáson) alapuló halálhoz való jogot, azaz magában foglalja „az öngyilkosság alkotmányos szabadságát”.<sup>2</sup> Az emberi méltóság és szabadság ugyanis az alkotmányos rendnek olyan alapvető értékei, amelyekből következően az ember egyénisége, identitása és integritása védelmet élvez. Ez magában foglalja azt a követelményt is, hogy az egyén maga irányíthassa tulajdon életét, saját belátása és szempontjai szerint hozhassa meg az életét érintő fontos döntéseket.

Az emberi személyiséghez így hozzátartozik az élet végét illető, az egyén létezését érintően alapvető jelentőségű döntés is. Az élet befejezésének elhatározása az emberi létezéssel kapcsolatos személyes fel fogáson, az egyéni autonómia kiterjedésére vonatkozó hiten, illetve meggyőződésen alapul, és mindebbe az állam nem szólhat bele. Nincs még egy olyan döntés, amely annyira az egyén identitásából következ-

ne, mint az élet befejezéséről szóló. És éppen ezért a döntés lehetősége nem korlátozódik az életfenntartó kezelés abbahagyására, hanem kiterjed az élet tevé-  
leges elvetésére is.<sup>3</sup> E döntés továbbá nem pusztán akkor tartandó tiszteletben, ha azt bizonyos külső okokból (például súlyos vagy gyógyíthatatlan betegség vagy egyéb, törvényben meghatározott állapot esetén) hozzák meg, hanem bármilyen esetben, amikor az egyén – a döntés következményeinek tudatában –, bármilyen okból az élet befejezése mellett dönt. Emiatt az egyénnek nem is szükséges igazolnia vagy megmagyaráznia az élet befejezéséről hozott döntését, és különösen nem kell a társadalom által elfogadott objektív értékekre, észszerűsége, vallási meggyőződésre vagy más, sokak által elismert társadalmi megfontolásokra vagy normákra hivatkozni; ezek ellenében is joga van arra, hogy a választását az állam és a társadalom tiszteletben tartsa.

Továbbá, az általános személyiségi jogból következő öngyilkosság szabadsága a német Alkotmánybíróság szerint nem pusztán azt a jogot biztosítja, hogy valaki öngyilkosságot kövessen el, hanem azt is, hogy ehhez mások segítségét kérje, vagy a mások által felajánlott segítséget igénybe vegye.<sup>4</sup> Mivel vannak esetek, amikor valaki nincs olyan állapotban, hogy maga vessen véget az életének, az öngyilkosság szabadsága mint alkotmányos lehetőség nem valósulhat meg, ha a jog tiltja és bünteti külső segítség nyújtását.<sup>5</sup> Az autonóm életvégi döntést nem biztosítja megfelelően az a megoldás sem, amely csupán a nem üzletszerű segítségnyújtás büntetlenségét biztosítja, mert azok, akik az élet befejezéséhez ilyen módon nyújthatnának segítséget (például a kezelőorvosok),<sup>6</sup> nem mindig képesek vagy hajlandók erre.

A testület úgy rendelkezett, hogy a nem üzletszerűen nyújtott külső segítség igénybe vételének elvi lehetősége nem elégséges a személyiségből fakadó autonóm életvégi döntés jogának védelméhez és biztosításához, így a hatályos jogszabályi megoldás a gyakorlatban kiüresítette ezen alapjogot, és a profeszionális szervezetek tevékenységének alkotmányos engedélyezése elkerülhetetlen a halál önrendelkezésen alapuló választásának joga gyakorlati érvényesítéséhez. Ezt nem helyettesíti az sem, hogy az orvosok jogszerűen felírhatnak a betegnek (egyedi ügyekben) halálos dózisú gyógyszert (amelyet már magának a betegnek kell bevennie, orvosi segítség nélkül), mert az orvosok ilyet a gyakorlatban nem tesznek, akár orvosi esküjük, akár az orvosi kamarai etikai szabályainak betartása okán, és erre nem is kö-

telezhetők.<sup>7</sup> Az sem biztosítja e jog hatékony védelmét, ha az állam a palliatív ellátást fejleszti (ami egyébként helyeselhető), mert az nem érinti a halál választására vonatkozó döntés érvényesülését. Végül arra sem hivatkozhat az állam, hogy bizonyos külföldi országokban van lehetőség az asszisztált öngyilkosságra, mivel a német államnak a saját jogrendjén belül kell biztosítania az alkotmányos szempontok érvényesülését.<sup>8</sup>

Mindez a német Alkotmánybíróság szerint nem jelenti azt, hogy az öngyilkosságban segítséget nyújtó szervezetek működésére vagy az alapul fekvő eljárásra vonatkozóan az állam nem alkothat garanciális szabályokat, amelyek biztosíthatják, hogy a halál választása valóban önkéntes és jól megfontolt (összinte) döntés legyen. Így előírhat kötelező gondolkodási időt, hatósági ellenőrzést, felvilágosítási vagy más olyan kötelezettséget, ami biztosítja, hogy az érintett valóban a saját döntése alapján kéri az asszisztenciát életvégi döntése érvényesítéséhez.<sup>9</sup>

Az államnak ez nemcsak joga, hanem kötelezettsége is: az élethez való jog védelme érdekében az államnak kötelessége garantálnia, hogy az egyén ilyen jellegű döntése külső befolyástól mentes legyen, azaz például ne azért válassza a halált, mert úgy véli, hogy életben maradásával terhet ró rokonaira vagy más személyekre. Az állami jogalkotó által előírt korlátozások nem vezethetnek ahhoz, hogy a szabad akaratlan alapuló életvégi döntés tényleges érvényesítése a gyakorlatban lehetetlenné váljon, és semmiképpen nem alapulhatnak az állam által meghatározott tartalmi kritériumokon (például nem írhatja elő a jogalkotó, hogy a halál választásához, illetve az öngyilkossághoz segítség igényléséhez csak gyógyíthatatlan betegeknek van joga).

Bár a német Alkotmánybíróság döntése elsöre váratlanok, sőt, forradalmi jellegűnek tűnhet, valójában szükségképpen következett az élethez és a méltósághoz való jogokat érintő eddigi gyakorlatából.<sup>10</sup> Tulajdonképpen csak azokra az indítványokra volt szükség, melyek apropót jelenthettek e döntés meghozatalához; ezt követően az ügy kimenetele a német alkotmánybírósági gyakorlat ismeretében nem volt kérdéses. (Mindezt jól mutatja, hogy a határozatot jegyző 2. számú szenátus egyhangú döntést hozott; nevesített különvéleményt legalábbis a nyolc tag közül senki nem jelentett be.) A német Alaptörvény legelső rendelkezésként az emberi méltóság sérthetlenségét rögzíti; ebből pedig a német Alkotmánybíróság azt az elvi tételt vezette le, hogy a legfonto-

sabb alkotmányos alapérték az ember méltósága, amellyel szemben bármely más jog korlátozható, beleértve az élethez való jogot is. Ez a nézet nem más, mint a legtöbb ország alkotmánybírósága vagy a nemzetközi emberi jogi bíróságok által is követett úgynevezett dualista felfogás, mely szerint az ember „testi” és „lelki”, illetve „morális” állapotát védő jogok elválnak egymástól, azaz – határhelyzetekben – ütközhetnek is. Ha pedig ütköznek, akkor a német gyakorlat alapján a méltóság védelme (bár észszerű törvényes feltételekhez köthetően, de) megelőz minden más szempontot. Ezzel szemben valójában a Sólyom László vezette magyar Alkotmánybíróság volt forradalmi, amikor a halálbüntetés alkotmányellenességét deklarálta 23/1990. AB határozatban abból indult ki, hogy az élet állam általi elvétele esetén az emberi élet és az emberi méltóság egymástól elválaszthatatlan egységet alkot, és az ezeket védő jogok sem értelmezhetők egymástól függetlenül, illetve nem állíthatók egymással szembe.<sup>11</sup>

Fontos megemlíteni azt, hogy jóllehet a határozatot sokan az „eutanázia legalizálása”-ként értelmezik, lényegében nem erről van szó. A klasszikus értelemben vett eutanázia esetében egy külső személy maga idézi elő – cselekvéssel vagy mulasztással – a beteg halálához vezető okfolyamatot.<sup>12</sup> A mostani német alkotmánybírósági határozattal jogszerűnek nyilvánított, úgynevezett asszisztált öngyilkosság esetében ugyanakkor ezt maga az érintett személy idézi elő, a külső személy ehhez csak segítséget nyújt; az élet és halál feletti rendelkezés mindvégig az érintett személy kezében marad. Az asszisztált öngyilkosság büntetésének alkotmányellenessé nyilvánítása tehát csak arra az esetre vonatkozik, amikor az öngyilkosságot választó személy a tettét maga hajtja végre, a másik személy pedig csak közreműködik ebben, például tanácsot ad a halál viszonylag fájdalommentes vagy gyors módjairól, illetve eszközöket vagy szerteket szolgáltat az öngyilkosság kivitelezéséhez. Tehát az asszisztens – amint az elnevezés is mutatja – nem idézi elő senki halálát; a halál bekövetkeztét maga az öngyilkos személy okozza. Az is fontos, hogy ez esetben nem számít az érintett személy állapota sem: nem kell orvosi értelemben betegnek lennie ahhoz, hogy öngyilkossága és az azt segítő személy cselekménye jogszerűnek minősüljön (alkotmányosan büntetlen maradhasson).

Az eutanázia németországi büntethetősége valójában legnagyobb részt megmarad(t); a német büntető törvénykönyv 216. §-ának hatályát ez az alkotmány-

BÁR A NÉMET ALKOTMÁNYBÍRÓSÁG DÖNTÉSE ELSŐRE VÁRATLANNAK, SŐT FORRADALMI JELLEGŰNEK TŰNHET, VALÓJÁBAN SZÜKSÉGGÉPEN KÖVETKEZETT AZ ÉLETHEZ ÉS A MÉLTÓSÁGHOZ VALÓ JOGOKAT ÉRINTŐ EDDIGI GYAKORLATÁBÓL

bírósági határozat ugyanis nem érintette. A 216. § szerint az, aki valaki mást annak kifejezett és komoly kívánságára megöl, bűncselekményt követ el, és hat hónaptól öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. Ugyanezen paragrafus (2) bekezdése hasonlóan bünteti e bűncselekmény kísérletét is. (Összehasonlításképpen: a

kívánságra ölést még a közel másfél évszázaddal ezelőtt alkotott első magyar Btk., az 1878. évi Csemegikódex is enyhébben büntette, három évig terjedő börtönnel.) Az úgynevezett aktív eutanázia feltétlenül a 216. § fogalmi körén belülre esik; vagyis ha valaki a gyógyíthatatlan beteg halálát annak kérésére tevőleges magatartással (például halálos dózisu mérge beadásával) maga idézi elő – elébe menve annak, hogy maga a betegség végezzen a beteggel –, az továbbra is jogellenes. De a passzív eutanázia is alkotmányosan büntethető maradt abban az esetben, ha az orvos (vagy bárki más) a gyógyíthatatlan beteg saját kérésére – aktív magatartással, azaz tevőleges módon – beszünteti azokat a kezeléseket, amelyek a beteg életben tartását biztosítják (például lekapcsolja a lélegeztetőgépről az önálló légzésre képtelen beteget). A német taláros testület döntésével mindössze a passzív eutanázia azon speciális fajtája vált alkotmányosan megengedetté, amikor az orvos (vagy más személy) mulasztással – tehát a cselekvés szándékos hiányával – járul hozzá az egyébként menthetetlen személy szenvedésének lerövidítéséhez, az életet elnyújtó (de a beteget meg nem gyógyító) kezelés el nem kezdésével.

Ettől független kérdés az, hogy a német egészségügyben – ahogyan a magyarban is – létezik „jogi szürke zóna”: az a gyakorlat, hogy az orvosok a végstádiumú betegeket „elengedik”, a fájdalomcsillapítók túladagolásával elősegítik a kevésbé fájdalmas halált.<sup>13</sup> Ez azonban pusztán a nyomozati szervek és a vádhatóság – humánusnak gondolt szempontokból történő – szemet hunyása miatt lehetséges, és amennyire emberségesnek tűnik, annyira veszélyes és problémás, így ugyanis titokban, ellenőrizhetetlen módon dönt az egészségügyi személyzet életről és halálról (akár olyanokérol is, akik nem is fejezték ki ez irányú szándékukat), ahelyett, hogy mindez törvényes alapokon működő, átlátható és ellenőrizhető gyakorlat lenne (mert lehetne).

A német Alkotmánybíróság döntését összességében emberieségi szempont, a személyek lelki-szellemi integritásának tisztelete vezérelte, és ez a megközelítés egyúttal biztosítani képes az állam világnézeti semlegességét is: azt a követelményt, hogy a „jó életre” vonatkozó döntéseket maguk az egyes személyek

hozzásák meg, és semmilyen külső eszme, ideológia, világnézet vagy társadalmi norma oltárán ne legyen feláldozható az autonóm döntés lehetősége. Ezzel kapcsolatban a döntésre reagálva Krefß kiemelte, hogy az állam „nem jogosult arra, hogy neopaternalista módon megakadályozza a személyes meggyőződés és viselkedés megváltozását”<sup>14</sup> – vagyis megítélése szerint az eutanáziaszabályozás liberalizációjának azon esetleges hatása, hogy a társadalom szemében a szóban forgó lehetőségek normalizálódnak, nem indokolja a büntetőjogi tiltás fenntartását.

Nem hagyható figyelmen kívül ugyanakkor az sem, hogy a német alkotmánybírák – bár érzékelték a megsemmisített büntető törvénykönyvi szabályozás által elhárítani kívánt reális problémát<sup>15</sup> – nem adtak meggyőző érveket arra, hogy az alkotmánybíróvási döntés által keletkezett új helyzetben ezek a veszélyek miképp védhetők ki vagy csökkenthetők társadalmilag elfogadható mértékűre.<sup>16</sup> Az ugyanis valós veszély, hogy az életvégi döntések liberalizációja megnyitja az utat az előtt, hogy a betegek, öregek vagy pszichésen labilis állapotban levők vélt vagy valós társadalmi nyomásnak („soziale Pressionen”), leginkább a rokonok vagy az egészségügyi személyzet vélt vagy valós elvárásának engedve úgy döntsének az élet befejezése mellett, hogy igazából nem is szeretnének meghalni, csak éppen úgy vélik, hogy ezzel segíthetik a környezetüket. Ezt a veszélyt az alkotmánybíróvási határozatnak nem sikerült kiküszöbölnie; az Alkotmánybíróvási nem adott szempontokat a jogalkotónak arra, hogy milyen szabályozással lehetne ezt a veszélyt elhárítani vagy legalábbis csökkenteni. Ennek részben az is oka, hogy bár e veszélyeket megvizsgálta határozatában a német Alkotmánybíróvási, kiemelte, hogy az ilyen típusú társadalmi nyomás tényleges hatásáról jelenleg nincs empirikus adat.<sup>17</sup> Továbbá, amennyiben a testület tudta volna, hogy milyen garanciális szabályok törvénybe iktatása révén lenne lehetséges az életvégi döntések tényleges önkéntességét biztosítani (ha vannak egyáltalán ilyenek), akkor ezt célszerű lett volna alkotmányos követelményként, a jogalkotóra kötelező módon megtennie, és nem a jogalkotó belátására bízni, hogy e szempontot valahogyan érvényre juttassa (ha tudja).

Végül azt is meg kell említeni, hogy az életvégi döntések autonóm meghozatala – természetesen – nem jelent jogot arra, hogy az öngyilkosságot választó emberek egy bizonyos konkrét személy segítségét igénybe vehessék; az öngyilkossághoz való jog tehát nem jelent senki számára kötelezettséget arra, hogy közreműködjön valaki másnak az öngyilkosságában. Az autonómia tehát nemcsak az életet befejezni kívánó személyek alkotmányos joga, hanem mindenki másé is.

1. BGHZ 26, 349. 15–21.
2. BVerfGE, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15, 3.
3. BVerfGE 2 BvR 2347/15, 208.
4. BVerfGE 2 BvR 2347/15, 23–25.
5. E jogi probléma Karsai Dánielnek az Emberi Jogok Európai Bírósága előtti ügyében jelent meg érvként; mondván, hogy diszkriminatív, ha a jog nem engedélyez külső segítséget olyanok számára, akik képtelenek öngyilkosságot elkövetni. Az EJEB az érvet elutasította. *Dániel Karsai v. Hungary*, App. no 32312/23 (ECtHR, 13. June 2024), <https://hudoc.echr.coe.int/?i=001-234151>.
6. A német jogalkotó az StGB 217. §-át kifejezetten abból a célból alkotta meg, hogy különbséget tegyen az orvos által nyújtott (egyedi) asszisztencia, és a mások, például nonprofit szervezetek által nyújtott (üzletszerű) szolgáltatás között. A törvénymódosítás eredeti indoklása szerint a cél az asszisztált öngyilkosság igénybevehető körének leszűkítése volt, lásd: <https://dserver.bundestag.de/btd/18/053/1805373.pdf>.
7. Egy friss felmérés a fiatalabb német orvosoknak és orvostanhallgatóknak az asszisztált öngyilkosság intézményéhez való hozzáállását vizsgálta, és ennek eredménye szerint a megkérdezetteknek csupán 20,1%-a lenne kész minden körülmények között segítséget nyújtani. Ugyanakkor palliatív (életvégi) szituációkban a megkérdezettek 62,3%-a hajlandó lenne közreműködni. Remo KÜPPERS et al.: Sichtweisen einer Stichprobe überwiegend jüngerer Ärztinnen und Ärzte zum ärztlich-assistierten Suizid, *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 2024/2, 233–241, <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03833-5>.
8. BVerfGE 2 BvR 2347/15, 262, 278.
9. BVerfGE 2 BvR 2347/15, 32.
10. Volt olyan szakirodalmi álláspont, mely a 217. § hatályon kívül helyezését egyenesen „elkerülhetetlennek” tartotta; lásd: Gunnar DUTTGE: Anmerkung zu BVerfG, Urt. v. 26.2. 2020–2 BvR 2347/15, 651/16, 1261/16, 1593/16, 2354/16, 2527/16, *Medizinrecht*, 2020/7, 571, <https://doi.org/10.1007/s00350-020-5590-3>.
11. E döntés hatásaként a 2003-as ún. eutanáziahatározat [22/2003. (IV. 28.) AB határozat] során az Alkotmánybíróvási abba a problémába ütközött, hogy kvázi egymás ellen kellett fordítani a két „elválaszthatatlan” jogot. Ehhez lásd részletesebben: Tóth J. Zoltán: Élet vs. méltóság, élethez való jog vs. méltósághoz való jog: Az oszthatatlansági tézis és az eutanáziahatározat, *De iurisprudencia et iure publico*, 2011/2, 293–311.
12. Az életvégi döntések és az azt felölölő jogintézmények kapcsán komoly fogalmi zavar áll fenn, az eutanázia kifejezést gyakorta gyűjtőfogalomként használják,

azonban ez pontatlan. Az életvégi döntések modern tipizálására példaként lásd SOMODY Bernadette – STÁNICZ Péter: A tények tükröződése az életvégi döntések alapjogi dogmatikájában, *Fundamentum*, 2020/4, 34–46.

13. A szakirodalom ezt a gyakorlatot általában indirekt eutanáziának vagy kettős célú fájdalomcsillapításnak nevezi. Ehhez részletesebben lásd FILÓ Mihály: *Az eutanázia a büntetőjogi gondolkodásban?* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2009; Sophie ROGGENDORF (– Hg. Wolfgang U. ECKART): *Indirekte Sterbehilfe*, Wiesbaden, Springer Fachmedien, 2012, 75–76, 92–95, <https://doi.org/10.1007/s00101-012-2057-6>.
14. Kreß meglátása szerint az, hogy a (német) államnak joga van arra, hogy az asszisztált öngyilkossággal kapcsolatos visszaéléseket és veszélyeket kezelje, nem jelenti egyben azt, hogy „az állam meghatározhatná, illetve az államnak meg kellene határoznia a haldoklás módozatainak »normalitását«”. Hartmut KRESS: Anmerkung zu BVerfG, Urt. v. 26.2. 2020–2 BvR 2347/15, 651/16, 1261/16, 1593/16, 2354/16, 2527/16, *Medizinrecht*, 2020, 572–574, <https://doi.org/10.1007/s00350-020-5591-2>.
15. BVerfGE 2 BvR 2347/15, 250.
16. Ezzel kapcsolatban Duttge és Kreß is megjegyzi, hogy igen kevés az, amit a jövőbeli szabályozással kapcsolatosan ajánlott a testület, és problematikus, hogy teljesen nyitva hagyta az utat arra, hogy e kérdést változtatlanul és kizárólagosan a büntetőjog eszközeivel kezeljék. Lásd DUTTGE (10. vj.) 572, KRESS (14. vj.) 574.
17. KÖBEL Dávid: Az önrendelkezési jog és az életvégi döntések jogdogmatikájának nemzetközi összehasonlítása, *Jog-Állam-Politika*, 2024/1, 66–67, <https://doi.org/10.58528/jap.2024.16-1.55>.

# MÉLTÓSÁGGAL MEGHALNI

A NÉMET ÉS OSZTRÁK ALKOTMÁNYBÍRÓSÁGOK ASSZISZTÁLT ÖNGYILKOSSÁGOT ÉRINTŐ HATÁROZATAI

## BEVEZETÉS

Bár az Emberi Jogok Európai Bírósága (továbbiakban: EJEB) egyelőre nem lát konszenzust az európai államok körében abban a kérdésben, hogy az egyén milyen keretek között dönthet életének befejezéséről,<sup>1</sup> az elmúlt években mégis több európai állam szélesítette ki az egyén életvégi döntéseinek mozgásterét, és tette jogilag is megengedetté az asszisztált öngyilkosságot vagy az eutanáziát. Olaszországban az Alkotmánybíróság 2018-ban megsemmisítette az öngyilkosságban közreműködés büntetőjogi tényállását,<sup>2</sup> majd 2019-ben megerősítette ezirányú döntését<sup>3</sup> Spanyolországban 2021-ben fogadtak el törvényt<sup>4</sup> az eutanázia legalizációjáról, Portugáliában 2023-ban született meg az eutanáziát legalizáló jogszabály,<sup>5</sup> amelynek hatályba lépése még várat magára. Több más államban is, ahol ilyesfajta liberalizáció (egyelőre) nem történt, kiemelten foglalkoztak a témával: Franciaországban 2024 áprilisában törvényt nyújtott be a kormány az asszisztált halál tárgykörében,<sup>6</sup> Szlovéniában 2024 júniusában népszavazás zajlott, amelyen a szavazók mintegy 55%-a támogatta az asszisztált halál engedélyezését.<sup>8</sup> Magyarországon pedig Karsai Dániel, akinek a révén arcot kapott az életvégi döntések kérdése, húsz év után fel tudta éleszteni a vitát az asszisztált öngyilkosságról és az eutanáziáról.

Jelen tanulmányban két olyan államot – Ausztriát és Németországot – vizsgálunk, ahol az alkotmánybíróság döntése nyomán vált legálissá az életvégi döntések egy-egy sajátos típusa, az öngyilkosságban való üzleti érdektől mentes, illetve üzletszerű közreműködés.<sup>9</sup> A két alkotmánybírósági döntés különösen azért lehet tudományosan releváns, mert elemzésükkel feltárhatjuk, hogy kizárólag jogi érvek segítségével hogyan alapozható meg az életvégi autonómia ki szélesítése. Ez azért is tanulságos, mert a magyar alkotmánybírósági gyakorlat, amely elvileg szintén kizárólag jogi érveket alkalmaz döntéseinek magalapozására, teljesen más következtetésre jutott ugyanabban a kérdésben.<sup>10</sup>

AZ ELMÚLT ÉVEKBEN [...] TÖBB EURÓPAI ÁLLAM SZÉLESÍTETTE KI AZ EGYÉN ÉLETVÉGI DÖNTÉSEINEK MOZGÁSTERÉT, ÉS TETTE JOGILAG IS MEGENGEDETTÉ AZ ASSZISZTÁLT ÖNGYILKOSSÁGOT VAGY AZ EUTANÁZIÁT

Bár jelen elemzés jogi megközelítést alkalmaz, nem tekinthetünk el attól, hogy milyen társadalmi környezetben lángholt fel ismét az életvégi döntésekről szóló vita. Nem véletlenül tárgya Somody-Stánicz elemzésének<sup>11</sup> kifejezetten az a kérdés, hogy mennyiben képes reflektálni az alkotmánybíróságok (esetleg felsőbb bíróságok) fogalomkészlete a jogn túl valóslóságra, az orvostudományra és a klinikai gyakorlatra. Azt, hogy az életvégi döntések jogi megítéléséhez nem tekinthetünk el a társadalmi kontextustól, maga a magyar Alkotmánybíróság is rögzítette, amikor az első eutanáziadöntésében kimondta, hogy „Az Alkotmánybíróság álláspontja az, hogy a gyógyíthatatlan betegek ön-

*rendelkezési 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.”<sup>12</sup>*

Az aktuális társadalmi attitűdöket a szociológia és a szociálpszichológia tárhatja fel kimerítően, néhány megállapítást azonban itt is megtehetünk. Egyrészt egyértelműen leszögezhető, hogy Európa országainak társadalma egyre öregszi,<sup>13</sup> ami ahhoz is vezethet, hogy arányaiban egyre többen vannak azok az idősebbek, akiket differenciáltabb módon, nagyobb mélységben foglalkoztat az elmúlás, az életvég gondolata.<sup>14</sup> Másrészt az orvostudomány fejlődése átalakította a betegségek lefolyását, ezáltal az életvégi időszakot is. Az orvosok heroikus beavatkozásokkal, a legmodernebb eszközökkel képesek lehetnek elodázni a halált, így az életvég, a haldoklás hosszabb folyamattá válhat. Ez szükségszerűen jár együtt azzal, hogy emberek tartósan lehetnek olyan helyzetben, amelyben egészségi állapotuk a betegségtől függő gyorsasággal, de mindenképpen hosszadalmasan, folyamatosan és visszafordíthatatlanul hanyatlik. Ez a helyzet fokozott egzisztenciális szorongással, folyamatos veszteségmegéléssel, vagyis a betegséggel együtt járó szenvedés fokozódásával

párosulhat. Megalapozott lehet tehát az emberek féltelme attól, hogy ezalatt az – orvosi vívmányoknak köszönhetően elnyújtott – folyamat alatt olyan állapotba is kerülhetnek, ami nem összeegyeztethető az önmagáról alkotott felfogással, a személyes identitásával, elképzeléseivel – így valójában élni már nem akar, mégis élni „kényszerül”.<sup>15</sup> Harmadrészt, néhány évvel ezelőtt a Covid-járvány révén a világ olyan helyzetbe került, amelyben sok tekintetben újra kellett gondolni a halállal és a haldoklással kapcsolatos társadalmi elképzeléseket. Sándor Judit emeli ki, hogy a világjárvány erősen befolyásolta az eutanázia, a haldoklás és a halál jogi és etikai megítélését, valamint az utóbbi évtizedekben megszokott elképzeléseinket az egyéni autonómiáról.<sup>16</sup>

### A JOGSZABÁLYI KIINDULÓPONTOK ÉS KORÁBBI JOGGYAKORLAT

A határozatok megértéséhez nélkülözhetetlen néhány szót szólni azokról a szabályozási keretekről, amelyekben a döntések megszülettek, illetve amelyek ellen az indítványok irányultak.

A kívánatra ölés, vagyis amikor a tettes a sértettet az utóbbi kifejezett kérésére öli meg, mindkét országban tiltott,<sup>17</sup> ilyen esetben emberölésért felel az elkövető. Egyik állam sem tiltja azonban – már jó másfél évszázada – az öngyilkosságot.

Jelentős eltérések fedezhetők azonban fel az öngyilkosságban közreműködés megítélése tekintetében. A német büntetőjogban az öngyilkosságban való közreműködés nem bűncselekmény. A büntetőjogi dogmatika a közreműködő (aki a bűncselekménye részese – felbujtó vagy bűnsegéd – lehetne) büntetethezességét az úgynevezett járulékosági érveléssel („Akzessorietätsargument”) zárja ki. A részesség megállapításához a német jog szerint ugyanis szükség van egy szándékos alapbűncselekményre. Mivel az öngyilkosság nem bűncselekmény, az ebben való részesség sem az, feltéve, hogy az öngyilkosságot a halni kívánó szabad akaratából követte el.<sup>18</sup> 2015-ben ezt a szabályt szigorította meg a dtStGB 217. §-a, amely büntetendővé tette az öngyilkosságban való „szolgáltatási jellegű” (szervezett, rendszeres, esetleg üzleti célú) közreműködést. Ezzel nem csupán az öngyilkosság kifejezetten gazdasági haszonszerzési célú támogatását tiltotta meg, hanem azoknak a szervezeteknek a tevékenységét is, amelyek civil szervezetként, nem profitorientált módon kínáltak segítséget öngyilkossághoz.<sup>19</sup>

Ausztriában ehhez képest már az öStGB elfogadása óta önálló tényállás<sup>20</sup> vonatkozott az öngyilkosságban való közreműködésre, amely lehetett öngyilkosságra való rábírás vagy öngyilkossághoz nyújtott segítség. A törvényhozó ennek a tényállásnak a megtartásához annak ellenére tartotta magát, hogy 2015-ben az Osztrák Bioetikai Bizottság kifejezetten javasolta az életvégi döntésekre vonatkozó szabályozás liberalizálását.<sup>21</sup>

Ami a joggyakorlatot illeti, Németország felsőbb bíróságai több esetben is foglalkoztak már életvégi kérdésekkel.<sup>22</sup> 2019-ben a német Szövetségi Legfelső Bíróság két olyan ügyet is felülvizsgált,<sup>23</sup> amelyben orvosok támogatták öngyilkosságot elkövetni kívánó betegeiket halált okozó szer rendelkezésre bocsátásával, illetve azzal, hogy nem léptek fel a már eszméletüket veszített betegek megmentése érdekében. A szövetségi legfelső bíróság megerősítette az alsóbb szintű bíróságok felmentő ítéletét. A német Szövetségi Közigazgatási Bíróság 2017-ben arról hozott döntést, hogy a fájdalommentes öngyilkossághoz használható, bódító hatású szerekhez való hozzáférés csak kivételes helyzetekben tagadható meg.<sup>24</sup>

Az életvégi döntések vizsgálata az osztrák Alkotmánybíróság gyakorlatában sem volt előzmények nélküli. A bíróság ugyanis a 2020 decemberi, asszisztált öngyilkosságról szóló döntése előtt nem sokkal,

2016-ban már hozott az életvégi tárgykörhöz áttételesen kapcsolódó (közvetlenül az egyesülési jogot érintő) határozatot.<sup>25</sup> Ebben úgy döntött, hogy nem alkotmányellenes az eutanázia támogatását céljával kitűző egyesület<sup>26</sup> („Sterbehilfverein”) alapításának bírósági megtagadása, tekintettel

arra, hogy az egyesület egyes tevékenységi körei az öStGB 78. §-ába ütköző cselekményt valósítanak meg. Az osztrák Alkotmánybíróság ebben a döntésében emlékeztetett arra a kialakult ítélkezési gyakorlatára, amely rögzíti, hogy a jogalkotónak széles mérlegelési joga van egyes cselekmények jogellenességének megítélésekor, és ezt a mérlegelési jogkört a jogalkotó a kérdéses tárgykörben nem lépte túl. A döntés hivatkozik az EJEB *Pretty*-ügyben hozott ítéletére is, amely szerint az öngyilkosságban közreműködés tilalmának enyhítése vagy a kivételek engedélyezése a szerződő államok döntési körébe tartozik. Elismeri azonban, hogy a jogalkotó ezt a jogpolitikai mozgásteret más eredménnyel is kihasználhatta volna.<sup>27</sup>

Az elmúlt éveket vizsgálva tehát megállapítható, hogy az életvégi döntések kérdésköre „benne volt a levegőben”, így már csupán idő kérdése volt, hogy

mikor merül fel elvi szinten is a bíróságok előtt az asszisztált halál szabályozásának alkotmányossága. A német Szövetségi Alkotmánybíróság végül az asszisztált öngyilkosság szolgáltatási jellegű esetének alkotmányosságáról döntött 2020. február 26-án,<sup>28</sup> az osztrák Alkotmánybíróság pedig az öngyilkosságban való közreműködés általános tilalmának alkotmányosságáról hozott ítéletet 2020. december 11-én.<sup>29</sup>

## AZ ASSZISZTÁLT ÖNGYILKOSSÁG KORLÁTOZÁSÁT TÁMADÓ INDÍTVÁNYOK ÉS EZEK BEFOGADHATÓSÁGA

Anélkül, hogy a fókusz a döntések historikus bemutatásának irányába tolnánk el, érdemes néhány szót ejteni az alkotmánybíróági döntések indítványozói köréről. Ennek elemzése egyrészt érdekes meglátásokkal szolgálhat az alkotmánybíróági eljárásokban megkövetelt érintettség kritériumrendszerének vizsgálatában, másrészt pedig tanulságos lehet a kérdés társadalmi jelentősége szempontjából, mivel rámutat arra, hogy az életvégi szabályozásnak többféle közvetlen vagy közvetett érintettje lehet.

A német Szövetségi Alkotmánybíróság eljárásának összesen 19 indítványozója volt, változatos háttérrel. Az indítványozók egy része olyan természetesen személy volt, akik már valamilyen gyógyíthatatlan betegségben szenvednek, ám nem kívánnak palliatív ellátást igénybe venni, ehelyett szeretnék a haláluk idejét saját döntésük szerint előbbre hozni és ehhez asszisztált öngyilkosság keretei között segítséget kapni. Voltak közöttük, akik már próbáltak ilyen segítséghez jutni, ám kérelmüket az e téren tevékenykedő szervezetek a dtStGB 217. §-ára hivatkozva visszautasították. Ezek a magánszemélyek elsősorban önrendelkezési joguknak kívántak érvényt szerezni beadványukkal. A magánszemélyek másik csoportja az asszisztált öngyilkosságot segítő szakemberek körébe tartozott: orvosként (halált okozó szert rendelve) vagy jogásként (kérelmek, dokumentumok elkészítését végezve), valamint segítő szervezeteknél dolgozó támogatóként vettek részt a folyamatban. Az új szabályozás bizonytalan ná tette helyzetüket, hiszen kifejezetten igazolniuk kellett, hogy nem szolgáltatási jelleggel nyújtanak támogatást a betegeknek. A szakemberek lelkiismereti szabadságukra, általános cselekvési szabadságukra, valamint a foglalkozás szabadságának sérelmére

hivatkoztak. Végül, a természetes személyek mellett jogi személyek is voltak az indítványozók között: több – német és svájci székhelyű – életvégi döntést támogató szervezet sérelmezte, hogy az új szabályozás beavatkozást jelent az egyesületi jellegű tevékenységükbe, amelynek keretében a tagdíjak felhasználásával segítik az életvégi döntéseket, annak körében az asszisztált öngyilkossághoz való hozzájutást. A fennálló helyzet tehát egyesületi jogukat sérti.

Az osztrák beadványok indítványozói javarészt súlyos betegséggel küzdő személyek voltak, akik saját maguk számára életvégi lehetőségeket keresték, valamint volt köztük olyan orvos, aki ilyen téren kívánt segítséget nyújtani a betegeknek. Érdemes kiemelni, hogy az indítványozók között volt teljesen egészséges személy is,<sup>30</sup> aki pusztán a jövőbeli lehetséges megbetegedésével kívánta igazolni érintettségét.<sup>31</sup> Ugyanennek az indítványozónak azonban volt más irányú érintettsége is: az StGB 78. §-a alapján jogerősen elítélték, mert segítséget nyújtott halálos beteg feleségének abban, hogy tervezett öngyilkossághoz fegyvert szerezzen, továbbá arról is biztosította a feleségét, hogy amennyiben nem sikerül végeznie magával, akkor vállalkozik a „kegyelemnöves”-re.

A német Szövetségi Alkotmánybíróság az érintettség hiányára tekintettel kizárólag a svájci illetőségű egyesület esetében utasította vissza a panaszt; arra figyelemmel, hogy a német Alaptörvény (Grundgesetz, a továbbiakban: GG) szerint<sup>32</sup> az alapjogok csak a belföldi jogi személyeket illetik meg. Az osztrák Alkotmánybíróság valamennyi indítványozó kérelmét befogadta. A német Szövetségi Alkotmánybíróság és az osztrák Alkotmánybíróság következetes gyakorlata<sup>33</sup> – hasonlóan a magyar alkotmánybírósághoz – büntetőnorma, illetve szabálysértés esetén a közvetlen érintettséghez nem követeli meg, hogy a szabályt ténylegesen megszegjék, majd a jogsértést bírósági eljárásban elbírálják. Azt viszont mindkét alkotmánybíróóság eljárása megköveteli, hogy az érintett jogi helyzete a támadott jogszabály megsemmisítése révén ténylegesen megváltozzon. Ezzel a feltétellel összefüggésben leszögezhetjük, hogy a büntetőjogi norma mindkét ország esetében nemcsak az öngyilkosságban közreműködőket érinti közvetlenül, hanem az öngyilkosságot tervező súlyos betegeket is, bár a bűncselekményt nem ők követik el. A két bíróság egyetértett abban, hogy ha a harmadik személyekre (öngyilkosságban közreműködőkre) vonatkozó jogszabály arra is irányul, hogy meghatáro-



zott személyek (öngyilkosságot tervezők) cselekvési szabadságát korlátozza, akkor ez utóbbi a személyek is érintettek minősülnek.<sup>34</sup> Az osztrák Alkotmánybíróság osztotta továbbá az indítványozóknak azt az álláspontját is, amely szerint egészséges ember is lehet a norma közvetlen érintettje, hiszen mindenkinek az élete véges, így nem kell ahhoz betegségben szenvedni, hogy valaki az életének a befejezéséről gondolkodjék, és ennek során az StGB által rögzített korlátba ütközzék.<sup>35</sup> Az, hogy az életvégi döntés tekintetében valójában minden ember potenciálisan (sőt, egy idő után aktuálisan is) érintett, kézenfekvő következtetés, és noha kifejezetten tág, indítványozó- és jogvédelembárát értelmezésként mégis elismerést érdemel.

Az indítványnak azt a részét, amely az öStGB 77. §-ára, a kívánatra ölés tényállására<sup>36</sup> irányult, az osztrák Alkotmánybíróság visszautasította. Ennek indoka az volt, hogy a kívánatra ölés az emberöléshez képest *lex specialis*, egyfajta privilegizált tényállás, amelynek megsemmisítésével az Alkotmánybíróság valójában azt érte volna el, hogy a kívánatra ölés eseteire is az emberölés általános tényállását, vagyis szigorúbb megítélést kellett volna alkalmazni, ami pedig nyilvánvalóan ellentétes lett volna az indítványozók céljával.

## ÉRDEMI VIZSGÁLAT

### *Az egyéni autonómia forrása*

A német Szövetségi Alkotmánybíróságnak nem kellett messzire mennie ahhoz, hogy megtalálja az egyéni autonómia forrását. Mégpedig a GG 2. cikk 1. bekezdésében rögzített általános személyiségi jog (személyiség szabad kibontakoztatása) és a GG 1. cikk 1 bekezdésében deklarált emberi méltóság egymásra vetítésében találta meg, amit a védelmi kör meghatározásánál elemzünk részletesen.

De hol leli fel vajon az osztrák alkotmánybírósági gyakorlat az emberi méltósághoz való jog, illetve az önrendelkezéshez való jog forrását, ha Ausztria alkotmányában és alkotmányerejű törvényeiben ilyen alapjogok, alapelvek vagy más hasonló rendelkezések nincsenek? Logikus feltételezés lenne, hogy az osztrák jogban alkotmányerejüként elismert Emberi Jogok Európai Egyezménye (továbbiakban: EJE) szolgáljon forrásként, amelynek a magánélet tiszteltben tartása kötelezettségét deklaráló 8. cikke az EJEB előtt fekvő ügyekben is minden esetben elő-

került az életvégi döntések kapcsán.<sup>37</sup> Az osztrák Alkotmánybíróság mégsem ezt az utat választotta, hanem – dogmatikai szempontból szokatlan módon – az StGG<sup>38</sup> 2. cikkében és a B-VG<sup>39</sup> 7. cikkében található általános egyenlőség elvéből vezette le a szabad önrendelkezéshez és ennek révén az egyéni élet szabad alakításához, valamint a méltó halálhoz való jogot. „Az egyén élete kialakítására és emberhez méltó halálá(nak időpontjára) vonatkozó szabad önrendelkezéshez való joga az StGG 2. cikke és a

B-VG 7. cikkének (1) bekezdése szerinti egyenlőség elvéből fakad: az egyenlőség elvének elemi tartalma, miszerint a törvény előtt minden ember egyenlő, azt az elvi feltételt rögzíti, hogy minden ember mint individuális lény *per se* különbözik egymástól, amely elvi feltételből levezethető az ember sajátos személyisége és egyénisége. [...] Az alapjogi rendszer

garantálja az egyén szabadságát, aki személyében és individualitása tekintetében felelősséget vállal saját magáért.”<sup>40</sup>

Ez az értelmezés annyira újszerű, hogy az osztrák szakirodalomban csak egyetlen elemzésben jelenik meg,<sup>41</sup> amelyet az osztrák Alkotmánybíróság hivatkozási alapul is használ. Mindezek alapján megállapíthatjuk, hogy a német jogból ismert emberi méltóság garanciájának és az általános személyiségi jog kategóriájának az osztrák jogban az egyenlőségi elv lesz a pandanja.<sup>42</sup> Ezzel az osztrák Alkotmánybíróság az egyenlőség elvét az egyéni önrendelkezési jog érvényesítésének meglehetősen éles fegyverévé is tette, ami dogmatikai fordulópont lehet a későbbi szabályozás és ítélkezés tekintetében is.

### *Az emberi méltóság és az általános személyiségi jog védelmi köre az életvégi döntésekben*

Az alapjog védelmi köre („Schutzbereich”) az alapjog tartalmát jelenti, vagyis mindazokat a magatartásokat, illetve jogtárgyakat foglalja magában, amelyeket az alapjog védelemben részesít.<sup>43</sup> Annak megítéléséhez, hogy adott szabályozás alapjogsértő-e, előfeltétele, hogy meghatározást nyerjen, hogy az adott magatartás, jelen esetben a saját halálról való döntés és a döntés megvalósításához harmadik személy segítségének igénybevétele, bevonható-e az alapjog védelmi körébe.

A német Szövetségi Alkotmánybíróság szerint az általános személyiségi jog magában foglalja a szabad önrendelkezésre és saját magáért való felelősségváll-

lalásra képes embernek azt a jogát, hogy véget vessen a saját életének.<sup>44</sup> A saját életről való döntés tehát beletartozik az általános személyiségi jog védelmi körébe. Az általános személyiségi jog tartalmának és terjedelmének meghatározásakor ugyanis az emberi méltóságból kell kiindulni, amely alapján az ember szabadon határozza meg és bontakoztatja ki önmagát. Az emberi méltóság az egyéniség, az identitás és az integritás védelmének biztosítója. Az egyénnek megalapozott igénye van arra is, hogy a társadalomban értékesnek tartsák és tiszteljék, amely igény egyben implicálja azt a tilalmat, hogy az ember az állami cselekvés pusztá tárgyává váljon, vagyis olyan bánásmódnak tegyék ki, ami megkérdőjelezi alanyi minőségét. Az ember mint személy elidegeníthetetlen méltósága tehát abban áll, hogy őt mindig önmagáért felelős személyként kell elismerni.<sup>45</sup> Ezt a méltóságot konkretizálja az általános személyiségi jog, amely biztosítja a feltételeket ahhoz, hogy az egyén identitását és egyéniségét saját maga találja és őrizze meg. A személyiség önmeghatározottsága fenntartásának feltétele, hogy az ember saját mércéje szerint rendelkezzen saját magáról, és ne kényszerítsék olyan létformákba, amelyek feloldhatatlan ellentmondásban vannak önképével és önértelmezésével.<sup>46</sup>

Az életvégi döntésekre vonatkozó magyar jogi szabályozás<sup>47</sup> és alkotmánybírói gyakorlat tükrében különösen szembeötlő a német Szövetségi Alkotmánybíróságnak az az érvelése, amely egyértelműen elszakítja a saját halálra vonatkozó döntés lehetőségét bármilyen egyénen kívülről eredő, objektív vagy más által meghatározott feltételrendszerrel. Kimondja, hogy az önrendelkezéssel alapuló halálhoz való jog mint az egyéni szabadság kifejeződése nem csak mások által meghatározott helyzetekben érvényesül. Az egyénnek tehát nem csak akkor van joga rendelkezni a saját élete felett, ha bizonyos, mások által meghatározott kritériumoknak megfelel. A saját, egyéni élet feletti rendelkezés joga olyan erős, hogy érvényesülése nem szorítkozhat bizonyos egészségi állapotokra, illetve élet- vagy betegségi szakaszokra. A GG-től idegen az a felfogás, hogy a döntést meghozó egyén motívumait értékeli, és ezáltal az önrendelkezési jog érvényesülésének lehetőségét meghatározott okokra vagy indítékokra szűkíti. Az ilyen korlátozásokat egyrészt nehéz lenne a gyakorlatban meghatározni, másrészt azok ellentmondásba kerülnek a GG által meghatározott emberi méltóság, valamint a személyiség szabad, önrendelkezéssel és az ember önmagáért való felelősségén alapuló kibontakoztatásának elvével. Az önrendelkezéssel alapuló

AZ EMBER MINT SZEMÉLY EL-  
IDEGENÍTHETETLEN MÉL-  
TÓSÁGA TEHÁT ABBAN ÁLL,  
HOGY ŐT MINDIG ÖNMAGÁ-  
ÉRT FELELŐS SZEMÉLYKÉNT  
KELL ELISMERNI

halál emberi méltóságban való gyökerezése épp azt jelenti, hogy a saját felelősségre meghozott életvégi döntések nem igényelnek további indokolást vagy igazolást. A saját élet végéről való rendelkezés az egyén személyiségének legbensőbb területéhez tartozik, ahol az ember szabadon választhatja meg önmaga számára a zsinórmértékeket, amelyek alapján szabadon dönt. Ez a jog az emberi egzisztencia minden fázisában fennáll, nem kötött bizonyos életszakaszokhoz vagy állapotokhoz. Az egyén arra vonatkozó döntését, hogy életét az élet minőségéről és értelmességéről alkotott felfogása szerint végezze be, az államnak és a társadalomnak tiszteletben kell tartania.<sup>48</sup>

Az öngyilkossághoz való jog azon az alapon sem negálható, hogy a halálba igyekvő saját maga fosztja meg magát a méltóságától, hiszen életével együtt önrendelkezésének előfeltételét (biológiai értelemben vett létét), és így szubjektumként való létezését is feladja. A német Szövetségi Alkotmánybíróság szerint azonban az élet befejezéséről való, önrendelkezéssel alapuló döntés sokkal inkább kifejeződése, semmint tagadása a személyiség autonóm kibontakoztatásának, ezáltal a méltóságnak, még ha ez a kifejeződés egyben a végső is. Az emberi méltóság tehát nem korlátozza az egyén önrendelkezésének, hanem alapja: az ember csak akkor marad önmagáért felelős személyiségként, szubjektumként elismert, csak akkor marad meg az érték- és tiszteletigénye, ha saját létezéséről az önmaga által meghatározott mérték szerint dönthet.<sup>49</sup>

Zakariás Kinga fogalmazza meg azt a kritikát, hogy a német Szövetségi Alkotmánybíróság „az öngyilkosság szabadságának az emberi méltóságra alapozásával az emberi méltósághoz való jog meghatározását az egyén szubjektív méltóságérzésétől teszi függővé, amely értelmezés összemosza az emberi méltósághoz való abszolút jog és az általános személyiségi jogból levezetett, korlátozható önrendelkezési jog védelmi körét.”<sup>50</sup> Így az egyéni önrendelkezésnek a konkrét élethelyzetekben való kibontakoztatása lesz az emberi méltóság védelmének tárgya az önrendelkezés potenciális képességének megőrzése helyett.<sup>51</sup> Ez a kritika – álláspontom szerint – nem egészen megalapozott. A szubjektív méltóságérzés helyett itt sokkal inkább a méltóság egyfajta „metaszintjének” azonosítását láthatjuk a szövetségi Alkotmánybíróság részéről. Amiről szó van, az a méltóságnak egy igenis abszolút módon meghatározható magja: az, hogy az ember egész élete során szubjektum marad, a testület szerint „önmagáért felelős személyiségként”, más megfogalmazásban morális ágensként létezhet. Az embernek ez a tulaj-

donsága nem szubjektív. Ami szubjektív lesz, az egyértelműen csak a sajátos státusból, ágenciából, felelősségből eredő döntés tartalma. A méltóság azonban itt a döntés lehetőségét jelenti.<sup>52</sup> Az, hogy a méltóság védelmének az önrendelkezés potenciális képességének megőrzésére kellene irányulnia, felfogás kérdése. Ezzel összefüggésben Sólyom Lászlónak a halálbüntetésről szóló alkotmánybíróági határozathoz fűzött párhuzamos indokolását hívnám fel, amely – feltehetően akkor még nem szándékoltan – épp a súlyos betegség példáján keresztül szemlélteti, hogy milyen kockázatokkal jár, ha a méltóságot elszakítjuk az egyén biológiai, testi létezésétől. „*A dualista felfogás alapján ugyanis indokolhatóvá válik az egyes ember feláldozása közösségi célokra. [...] A dualista értékrenddel könnyű lesz az élet feletti idegen rendelkezést megindokolni azokban az esetekben is, amikor megállapítják a méltóság elvesztését – pl. a tisztá tudat végleges elvesztésével járó betegség. Azaz: ha az ember védelmét a dualizmus folytán az absztrakt méltóság érinthetlenségére korlátozzuk, a konkrét ember életét kiszolgáltatjuk.*”<sup>53</sup> Épp ezt a kiszolgáltatottságot, a mások általi meghatározottságot kívánja kiiktatni a német Szövetségi Alkotmánybíróság a határozathoz fűzött érvelésével.

A magyar Alkotmánybíróság felfogása ennél nagyságrendekkel szűkebb – igaz, a magyar döntés mintegy húsz évvel a német előtt született. Az eutanázia kérdéséről szóló határozat alkotmányosnak fogadja el azt a törvényi szabályozást, amely szerint az élet befejezéséről való döntés (az öngyilkosságot kivéve) csak a súlyos, gyógyíthatatlan betegeket illeti meg, közülük is csak azokat, akiknek halála rövid időn belül várható. Ez a felfogás még nagyon messze van a német méltóság- és autonómiakonceptiótól, és egyelőre, sajnos, arra sem látszik esély, hogy változzon.

Az osztrák Alkotmánybíróság értelmezése – bár más logikával dolgozik – nagyon hasonló következtetésre jut, mint a német. Az önrendelkezéshez való jog védelmi körét vizsgálja, amely azt garantálja, hogy az egyén autonóm döntést hozhasson arra vonatkozóan, hogy véget vessen-e életének, és ha igen, akkor miért, mikor és hogyan. A halálnak, haldoklásnak „méltóságteljes”-nek kell lennie, az osztrák Alkotmánybíróság autonómiafelfogásával azonban szintén nem összeegyeztethető annak meghatározása, hogy mit jelent pontosan a méltóságteljes halál. A méltóság fogalma tehát itt is feloldódik az autonómiában: méltóságteljes a halál, ha az egyén által meg-

határozott, és nem méltóságteljes, ha azt nem az egyén, hanem külső tényező, például a törvényhozó határozza meg, ha a szabályozás az egyént a halál egy bizonyos módjára kényszeríti.

A méltóság fogalma ebben az esetben nem igazán ad (többlet)tartalmat az autonóm döntésnek, ezért elégséges lett volna inkább önmeghatározott vagy önrendelkezésen alapuló halálról beszélni. Ezt elemezve kérdés, hogy miért volt egyáltalán szükség az emberi méltóság megemlítésére. A szakirodalom le-

hetséges válasza, hogy az alkotmánybírósnak egyrészt célja lehetett egy nemzeti, kifejezetten osztrák elem beemelése az EJEE 8. cikkének értelmezésébe, és ezzel a 8. cikk védelmi körének sajátos meghatározására, másrészt így az alkotmánybírósnak lehetősége nyílt az emberi méltóság garanciájának bevonására az osztrák alapjogi rendszerbe.<sup>54</sup> A védelmi kör kapcsán az osztrák Alkotmánybíróság egyértelműen leszögezi, hogy az emberhez méltó halál jogának védelmi köre nemcsak azt öleli fel,

hogy az egyén meghozza a saját haláláról szóló döntést, hanem azt is, hogy ehhez igénybe veheti a segítségnyújtásra kész harmadik személy támogatását. Az öngyilkosságot tervező ugyanis gyakran függhet harmadik személytől az öngyilkosságra vonatkozó döntésének tényleges megvalósításában.<sup>55</sup>

*Az állam beavatkozása  
az alapjogba és ennek igazolása*

Mindkét bíróság felfogása megegyezik abban, hogy az öngyilkosságban való közreműködés, illetve az öngyilkosságban való üzletszerű közreműködés tilalma olyan beavatkozást jelent a méltóság által meghatározott önrendelkezési jogba, ami igazolást igényel.<sup>56</sup>

A német Szövetségi Alkotmánybíróság felfogásában ennek a beavatkozásnak az lehet az indoka, hogy az asszisztált öngyilkosság kérdésének megítélésekor kollízióba kerül egymással annak az önrendelkezési joga, aki saját felelősségére úgy dönt, hogy befejezi az életét, és ehhez támogatást keres, és az államnak az a kötelezettsége, hogy az öngyilkosságot elkövetni kívánó autonómiáját és az életet mint kiemelkedő jogi értéket védje. Ennek az ütközésnek a feloldásakor a törvényhozónak van mozgástere. Az alkotmányossági vizsgálat épp azt kívánja feltárni, hogy a törvényhozó megfelelően végezte-e el a kollízió feloldását, megfelelő egyensúlyt talált-e az alapjog sza-

badságdimenziója és védelmi dimenziója között.<sup>57</sup> Mindazonáltal azt is leszögezi, hogy arányossági szempontból az általános személyiségi jog tekintetében – összevetve ezt az általános cselekvési szabadság (GG 2. cikk 1. bekezdés) védelmével – szigorúbb igazolási követelmények érvényesülnek. Ezek különösen szigorúak, amikor olyan garanciákról van szó, amelyek szoros viszonyban vannak az emberi méltósággal. A garanciáknak annál erősebbnek kell lenniük, minél szűkebb magánszférát érint a kérdés, a társas kapcsolatok jelentőségének növekedésével viszont lehetnek akár gyengébbek is.<sup>58</sup>

Ehhez képest az osztrák Alkotmánybíróság sokkal újszerűbb álláspontot fogad el azok tekintetében, akik minden kétséget kizárólag véget szeretnének vetni az életüknek. Az ő esetükre vonatkozóan ugyanis azt hangsúlyozza, hogy az öngyilkosságban közreműködés megítélésekor nincs szó az állam életvédelmi kötelezettsége és az egyén önrendelkezéshez való joga közötti mérlegelésről. Nem áll fenn ugyanis az a kollízió, amelyre a német Szövetségi Alkotmánybíróság a saját elemzését alapozza, ennél fogva a törvényhozónak egyáltalán nincs széles jogpolitikai mozgásteret a kollízió feloldására. Mivel az öStGB 78. §-a az élet és a halál alakításáról való egzisztenciális döntést, ezáltal lényegében az egyén önrendelkezési jogát érinti, a jogalkotónak e tekintetben aligha lehetne jogpolitikai mozgásteret.<sup>59</sup> Amennyiben ugyanis kétséget kizárólag megállapítható, hogy a döntés, miszerint az egyén véget kíván vetni az életének, a halni kívánó szabad önrendelkezésén alapul, akkor ezt a törvényhozónak tiszteletben kell tartania. Eleve elhibázott ugyanis az EJEE 2. cikkében rögzített élethez való jogból az „élési kötelezettség”-et levezetni és így az alapjog jogosultját az alapjogvédelmi kötelezettség címzettjévé tenni.<sup>60</sup> Ezt az érvelést az osztrák Alkotmánybíróság annak ellenére magáévá teszi, hogy döntésének érvei között elfogadja azt, hogy az EJEE 2. cikkéből levezethető az állami kötelezettség a sérülékeny személyek védelmére.<sup>61</sup>

Az osztrák jogszabályok számos ponton elismerik az egyén szabad önrendelkezéshez való jogát, így abban az esetben is, ha az érintett életéről vagy egészségéről van szó. Ennek kifejeződése az orvosi kezelésbe való tájékozott beleegyezés követelménye, illetve az előzetes egészségügyi rendelkezés („Patientenverfügung”) intézménye.<sup>62</sup> Alapjogi szempontból pedig irreleváns, hogy az önrendelkezéshez való jog gyakorlása révén a beteg mint a kezelés ura (az előzetes rendelkezés elkészítője) utasít vissza kezelést, vagy mint öngyilkosságot tervező veszi igénybe élete méltónak vélt befejezéséhez harmadik személy segítségét.<sup>63</sup>

## a) A legitim cél

Visszatérve a német Szövetségi Alkotmánybíróság érvelésére, tekintettel arra, hogy ez a bíróság elismerte az alapjogok közötti kollíziót, végig kellett vezetnie az alapjogkorlátozás szükségességi-arányossági tesztjét, és ennek során vizsgálni a törvényhozó alapjogba való beavatkozásának legitim célját, valamint azt, hogy a választott eszköz, vagyis az alapjogkorlátozás a cél elérésére alkalmas-e, továbbá azt, hogy szükséges-e és a céllal arányos-e. Következtetése szerint elfogadható, hogy legitim célról van szó, a szabályozás ugyanis az egyén saját életéről való döntésének lehetőségét és magának az életnek (mint absztrakt értéknek) a védelmét kívánja megvalósítani. Ez a cél a törvényhozó alkotmányban meghatározott feladataival összhangban van, az a feltételezés pedig megalapozott lehet, hogy amennyiben a kérdés szabályozatlan marad, az veszélyt jelenthet az egyén önrendelkezésére nézve.<sup>64</sup> Az indokolás kiemeli, hogy jogos lehet a törvényhozónak az a feltételezése, hogy az öngyilkosság üzleti jellegű támogatása révén előtérbe kerülhetnek a segítséget nyújtó saját – akár anyagi – érdekei is, ami egyértelműen ellene hathat az önálló akaratképzésnek. A német Szövetségi Alkotmánybíróság érvelése sem mentes azonban radikálisabb gondolatoktól. Nem ismeri el ugyanis legitim célként a vélt vagy valós érték-, illetve morálfelfogások fenntartását. Úgy véli, ennek hátterében az öngyilkossággal és az ebben való segédkezéssel kapcsolatos, a társadalomban uralkodó többségi nézet áll, amely elveti annak lehetőségét, hogy – különösen idős korban és betegség esetén – rendelkezünk az életünkkel. A német Szövetségi Alkotmánybíróság megítélése alapján tehát az öngyilkosságban való üzleti jellegű közreműködés tilalma kizárólag azért, hogy ezáltal alacsony maradjon az asszisztált öngyilkosságok száma, éppúgy elfogadhatatlan, mint azok a célkitűzések, amelyek helytelenítik, tabusítják vagy megbélyegzik az autonóm módon cselekvő alapjogi jogalany döntését, hogy harmadik személyek támogatásával tudatosan és szándékosan oltsa ki saját életét. Annak azonban természetesen ellentartat a jogalkotó, hogy olyan helyzet alakuljon ki, amelyben az egyén valamilyen társadalmi nyomás vagy elvárás hatására hozza meg az élete befejezéséről szóló döntését.<sup>65</sup> A határozat elismeri a törvényhozó által azonosított lehetséges veszélyeket is, amelyek kiküszöbölésére a jognak bizonyos garanciákat kell nyújtania. Az asszisztált öngyilkosság igénybe vételét tervezőnek döntésképesnek kell lennie, átfogó ismeretekkel kell rendelkeznie döntésének mibenlétéről és következményeiről, nem érheti jogszerűtlen befolyás, és végül, a döntésnek tartósnak és megingathatlannak kell lennie.<sup>66</sup>

## b) A választott eszköz alkalmassága

A német Szövetségi Alkotmánybíróság a jogkorlátozás alkalmasságát is elismeri, vagyis elfogadja azt, hogy a büntetés kilátásba helyezése valóban visszatartóhatást jelenthet az egyén számára, hogy szolgáltatás-szerűen működjön közre öngyilkosságban. Ezt az álláspontot az sem ingatja meg, hogy a nem szolgáltatás jellegű segítségnyújtás is jelenthet bizonyos veszélyt az egyén életére, miként az sem, hogy német jog nem terjed ki az öngyilkosságban üzletszerűen közreműködő külföldi jogalanyokra.

Bár az alapjogi teszt végigvezetése az osztrák Alkotmánybíróság döntésében nem valósul meg, egyes elemeit mégis azonosíthatjuk, azért érdemes ehelyütt külön figyelmet szentelni annak az osztrák alkotmánybírósági megállapításnak, amelyet egyértelműen az alkalmassági érvek körébe sorolhatunk. Eszerint az öStGB 78. §-a a kitűzött cél elérésére, nevezetesen az állam életvédelmi kötelezettségének megvalósítására alkalmatlan. Ha ugyanis az öngyilkosságot elkövetni szándékozó számára nem áll nyitva annak lehetősége, hogy harmadik személy segítségét igénybe vegye, akkor előfordulhat, hogy túl korán jut arra az elhatározásra, hogy véget vet az életének, hiszen ezt önkezével kell megtennie, amíg még képes rá fizikailag. Ha azonban az életét befejezni szándékozónak lehetősége van harmadik személyek segítségét igénybe venni, még az is előfordulhat, hogy élete valójában hosszabb lesz – vagyis az életvédelem tovább érvényesül –, mert nem érzi úgy, hogy életét idő előtt, ráadásul emberhez nem méltó módon (például nem halált okozó szerrel, hanem az öngyilkosság rendelkezésre álló, olykor *violens* eszközeivel) kell befejeznie.<sup>67</sup> Az osztrák Alkotmánybíróság ezzel tehát azt mondja ki, hogy a jogkorlátozás nemcsak alkalmatlan a kitűzött cél elérésére, hanem kifejezetten annak ellenében hat.

## c) Szükségesség és arányosság

A magyar alkotmánybírósági érveléshez szokott olvasó számára szinte teljesen ismeretlen módon, a német Szövetségi Alkotmánybíróság elismeri és rögzíti, hogy a jogkorlátozás szükségességét nem tudja megítélni. Ahhoz ugyanis, hogy ezt megtegye, empirikus tapasztalatra lenne szükség más állami eszközök hatásfokáról. Márpedig a szövetségi alkotmánybíróságnak nincs arra vonatkozó hiteles információja, hogy milyen mértékben lennének képesek más álla-

mi beavatkozások ugyanazt az eredményt elérni, mint a jogkorlátozás.<sup>68</sup> A kérdés ennél fogva nyitott marad. A szövetségi Alkotmánybíróság szerint azonban ez egyébként is irreleváns, hiszen végül az arányosság mércéje az, amelyen a korlátozás elbukik.

Az egyéni szabadság korlátozása ugyanis csak akkor arányos, ha az egyénre nehezedő teher még észszerű arányban áll a közösség oldalán jelentkező előnyökkel. Az érintettre rótt tehernek ezt az arányát haladja meg az öngyilkosságban való üzletszerű köz-

reműködés büntetőjogi tényállása.

Az öngyilkosság üzletszerű elősegítésének kriminalizálása ugyanis azzal a következménnyel jár, hogy az önrendelkezésen alapuló halálhoz való jog bizonyos esetekben *de facto* kiüresedik, mert az egyénnek semmiféle mozgásteret nem marad az önrendelkezésre,

önmeghatározásra, vagyis az alkotmány által védett szabadságának gyakorlására. Márpedig ez nem áll összhangban az önrendelkezéshez való jog egzisztenciális jelentőségével. A büntetőjogi korlátozás tehát csak egy bizonyos pontig alkalmazható legitím módon az egyén autonóm döntésének védelmére, azon túl a korlátozás a döntést már nem védi, hanem ellehetetleníti. Az állam önrendelkezési jogra és életre vonatkozó védelmi kötelezettsége logikusan csak akkor élvezhet elsőbbséget az egyén szabad döntésével szemben, amennyiben az egyén olyan hatásoknak van kiszolgáltatva, amelyek a szabad döntést veszélyeztetik.<sup>69</sup>

Az egyénnek meg kell hagyni a szabadságát arra vonatkozóan, hogy visszautasítsa az élete fenntartása érdekében tett javaslatokat, és a saját létezésének értelméről alkotott felfogáson alapuló döntést hozhasson arról, hogy a rendelkezésére álló harmadik felek segítségével véget vessen saját életének. Az autonómia ellenében érvényesülő életvédelem ellentétes annak a társadalomnak a felfogásával, amelyben az emberi méltóság a társadalmi értékrend közép-pontja, és amely ezáltal elkötelezett a legmagasabb alkotmányi értéket jelentő szabad emberi személyiség tiszteletben tartása és védelme mellett. Tekintettel arra, hogy az öngyilkosság szabadságának egzisztenciális jelentősége lehet a személyiség önrendelkezésen alapuló megőrzése szempontjából, az öngyilkosság lehetőségének valóban hozzáférhetőnek kell lennie.<sup>70</sup> Ezt önmagában az öngyilkosságban való (nem üzletszerű) közreműködés büntetlenül hagyása nem képes megvalósítani,<sup>71</sup> már csak azért sem, mert az öngyilkosságról való szabad döntés még nem keletkeztet az egyén számára igényt arra, hogy másokat segítségnyújtásra kötelezzen. Az öngyilkosság-

ban való üzletszerű közreműködés korlátozása tehát, mivel ellehetetleníti az élet önrendelkezésen alapuló befejezést, az önrendelkezési jog aránytalan korlátozását valósítja meg.

A német Szövetségi Alkotmánybíróság az arányossági elemzésben artikulálja a határozat egyik legfontosabb – egyébként a terhességmegszakításról szóló határozatból<sup>72</sup> eredeztethető – kijelentését az egyéni autonómia és az állami feladatellátás összefüggései tekintetében. Kimondja ugyanis, hogy az államnak természetesen lehetősége van arra, hogy fellépjen az öngyilkosság-megelőzés érdekében. Ennek különösen erős eszköze lehet például a palliatív ellátás megerősítése. Az államnak ugyanis nem csak annyi a kötelezettsége, hogy tiltsa, illetve megakadályozza azokat a beavatkozásokat, amelyek mások részéről fenyegetik az egyén autonómiáját, illetve életét. Azokkal a veszélyeztető tényezőkkel szemben is lépéseket kell tennie, amelyek a valós élethelyzetekben gyökereznek, és befolyásolhatják az egyén öngyilkosság melletti, illetve az élet fenntartásával szembeni döntését.<sup>73</sup> E tényezők közé sorolható például az, hogy nincs olyan színvonalú egészségügyi ellátás, ami az egyént arra indítaná, hogy ne az élete befejezését válassza. A törvényhozó azonban nem mentesülhet a szociálpolitikai kötelezettségei alól azáltal, hogy az autonómiát veszélyeztető kockázatokat az önrendelkezés teljes felfüggesztésével küszöböli ki. Sem az egészségügyi ellátás és a szociálpolitikai infrastruktúra hiányosságait, sem a „túlkezelés” negatív jelenségét – ezek mindegyike félelmet ébreszthet az önrendelkezés elvesztése tekintetében, ezáltal elősegítheti az öngyilkosság melletti döntést – nem oldhatja meg azzal, hogy kiüresíti az alkotmány által védett önrendelkezési jogot.

Hasonló kérdést feszeget az osztrák Alkotmánybíróság, amikor elismeri, hogy az egyén szabad önrendelkezését számos szociális és gazdasági tényező befolyásolja; a társadalmi helyzet és a tényleges életkörülmények, amelyek a döntés meghozatalához vezetnek, nem mindenkinél azonosak. Ezért feltétlenül szükség van azokra az állami intézkedésekre, amelyek az érintettek életviszonyainak különbözősége ellen hatnak, és mindenki számára hozzáférhetővé teszik a palliatív ellátást.<sup>74</sup>

Ezek az érvek jól rezonálnak a *Karsai*-ügy kapcsán Kovács József orvos-bioetikus által kifejtett álláspont-ra,<sup>75</sup> amely szerint Magyarországon azért nincsenek

meg az eutanázia vagy az asszisztált öngyilkosság feltételei, mert nem biztosított olyan ellátás, amely képes megfelelő alternatívát kínálni a halálhoz képest. Előfordulhatna tehát, hogy az egyén a szegénység, illetve az elégtelen ellátással összefüggő szenvedés elől menekülve választaná a halált. Ráadásul, ha most bevezetnénk az eutanáziát, akkor az államnak motivációja sem lenne arra, hogy az egészségügyet fejlessze.

## KÖVETKEZTETÉSEK

A német és osztrák alkotmánybíróságok meggyőző érvelést tárnak elénk az életvégi döntések alapjogi keretek közé helyezése kapcsán. Nehezen vitatható a következtetésük, vagyis az, hogy jogi elemzésük alapján az (autonóm döntésként meghozott) öngyilkossági döntés végrehajtásához nyújtott segítségnek büntetlenül kell maradnia. Kizárólag ez az elvi következtetés felel ugyanis meg korunk emberképének és az emberi méltóságról alkotott felfogásának: hogy az emberi méltóság az egyén alanyi minőségének, morális ágenciájának, saját magáért való felelősségének megőrzése. Az emberi méltóságnak tehát, amennyiben azt úgy fogjuk fel, hogy az egyén minden körülmények között megtarthatja a saját magáról való döntés jogát, magában kell foglalnia a saját halálról való döntés lehetőségét, valamint a halál módjai közötti választás lehetőségét, beleértve akár más személy segítségének igénybe vételét is. Alapjogi szemlélettel nem tehetünk mást, mint hogy megállapítjuk: amennyiben az egyén saját maga életének kioltására – fizikai

vagy egyéb okok miatt – nem képes, ezért életének befejezéséhez feltétlenül segítségre szorul, akkor ennek a segítségnek a megvonása az egyén jogának kiüresítését jelenti.

Mindkét alkotmánybíróság döntése hangsúlyozza, hogy az egyéni önrendelkezés elé nem állítható materiális korlát, az egyén önrendelkezésének a mértéke tehát nem lehet az állami értékválasztás függvénye. Az államnak így kizárólag arra van lehetősége, hogy az életvégi döntési folyamatokat illetően eljárási feltételeket szabjon: arról kell meggyőződni, hogy megfelelő módon (befolyásmentesen, a következmények tudatában) hozta-e meg az egyén a döntését, nem pedig az a kérdés, hogy az egyén által ho-

zott döntés helyes-e, a döntés kimenetele az állam számára értékes-e.

Az állam részéről az sem lehet érv, hogy a gyakorlatban nem képes biztosítani az eljárási feltételek érvényesülését, és ezért nem tudja garantálni azt, hogy ténylegesen csak azok maradjanak büntetlenül, akik szabad akaratelhatározásból szeretnék életüket befejezni, illetve ilyen személynek kívánnak harmadik félként segíteni. Az állam működésének hiányosságai nem szolgálhatnak jogkorlátozás alapjául; az állam nem hivatkozhat arra, hogy nem képes olyan rendszert kialakítani, amelyben kellő biztonsággal tudja védeni az életet.

Az állam nem bújhat ki a társadalom irányában fennálló pozitív kötelezettségei – ha úgy tetszik, társadalompolitikai kötelezettségei – alól sem, nem oldhatja meg a problémákat ezen a téren azzal, hogy az autonómiát veszélyeztető kockázatok elleni védelem érdekében épp az egyéni autonómia felfüggesztésével próbál fellépni. Az egészségügyi és szociális ellátórendszer hiányosságait, az egészségügyben meghonosodott rossz gyakorlatokat – amelyek mind az öngyilkossági döntések irányába billenthetik az egyéni mérlegelést – az állam nem ellensúlyozhatja azzal, hogy korlátot állít az egyéni autonómia elé. Az állami kötelezettségek elhanyagolására vagy nemteljesítésére tehát nem lehet az a megoldás, hogy az állam jogot korlátoz.

A magyar Alkotmánybíróság életvégi kérdésekkel kapcsolatos döntései elsősorban elméleti megfontolásokon alapulnak, a konkrét magyarországi viszonyokat nem vonták be a vizsgálódás körébe. Épp ezért különösen fontos, hogy az állam felmérje, valóban szükséges-e az emberi jogok korlátozása a sérülékeny személyek, csoportok védelméhez, vagy van-e erre alkalmas, enyhébb eszköz. Ezzel összefüggésben objektív ismereteket kell szerezniük és értékelést kell végezniük többek között a saját országuk társadalmáról, a társadalom attitűdjeiről a gyógyíthatatlan betegekkel szemben, továbbá azoknak az államoknak a tapasztalatairól, amelyek bevezették az asszisztált öngyilkosság vagy az eutanázia lehetőségét. Ilyen átfogó felmérések és elemzések tudomásunk szerint nem állnak rendelkezésre Magyarországon.

Végül szeretnénk leszögezni: az életvégi döntések kérdéskörének átfogó elemzéséhez nem elég a jogi szabályozást vizsgálni és értékelni. Az egyént számtalan más tényező is befolyásolja, amikor élete végén döntéseket hoz. Az államnak ezért elsősorban olyan körülményeket kell teremtenie, amelyek lehetővé teszik, hogy az egyén minél hosszabban élhessen olyan életet, amely saját értékválasztásának, autonóm döntésének megfelel, és ennek köszönhetően lehetőség szerint minél későbbi időpontban döntsön úgy, hogy szeretné az életét befejezni.

## JEGYZETEK

1. *Karsai Dániel Magyarország elleni ügye*, 32312/23. számú kérelem, a Bíróság 2024. június 13-án kelt ítélete, 142. bekezdés.
2. La Corte Costituzionale, Ordinanza N. 207 Anno 2018, ord. 43/2018.
3. La Corte Costituzionale, Ordinanza No. 242 Anno 2019.
4. La ley de eutanasia entrará en vigor el 25 de junio.
5. Lei n.º 22/2023, de 25 de maio.
6. Azért nem az asszisztált öngyilkosság kifejezést használjuk, mert az asszisztált halál magában foglalhatja akár az (aktív) eutanáziát is. A francia tervezet például lehetővé tette volna a halált okozó szer önálló bevételét, de azt is, hogy az érintettek más adja be a szert, ha ő már fizikailag nem képes arra.
7. A törvény útját végül az előrehozott választások akasztották meg. A parlamenti diszkontinuitás elve miatt egyáltalán nem biztos, hogy az újonnan megválasztott assemblée national továbbviszi majd a kérdést.
8. Referendum on Assisted Dying Announced, *The Slovenia Times*, 2024. március 8., <https://sloveniatimes.com/40298/referendum-on-assisted-dying-announced>.
9. Egészen pontosan: e két alkotmánybírósi döntés nyomán vált alkotmányellenessé a közreműködést korlátozó jogszabály.
10. SOMODY Bernadette – STÁNICZ Péter: A tények tükröződése az életvégi döntések alapjogi dogmatikájában: Elemzés a német Alkotmánybíróság asszisztált öngyilkosságra vonatkozó döntésének apropóján, *Fundamentum*, 2020/4, 14.
11. Lásd SOMODY–STÁNICZ (10. vj.) 34–46.
12. 22/2003. (IV. 28.) AB határozat, ABH 2003. 236, 265.
13. Eurostat: Ageing Europe – Statistics on Population Developments, [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing\\_Europe\\_-\\_statistics\\_on\\_population\\_developments](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_statistics_on_population_developments).
14. BÉKÉS Vera: A halál iránti attitűd az életkor, a nem és a vallásosság függvényében, *Kharón*, 2009/1–2, 31.
15. *Diane Pretty Egyesült Királyság elleni ügye*, 497/09. számú kérelem, a Bíróság 2012. július 7-én kelt ítélete, 65. bekezdés.
16. SÁNDOR Judit: Az eutanázia kontextusai – Szeljegyzetek, *Litera*, 2021. július 29., [https://litera.hu/irodalom/publicisztika/sandor-judit-az-eutanazia-kontextusai-szeljegyzetek.html#\\_ftnref1](https://litera.hu/irodalom/publicisztika/sandor-judit-az-eutanazia-kontextusai-szeljegyzetek.html#_ftnref1).
17. Vö. német büntető törvénykönyv (Strafgesetzbuch von 15. Mai 1871, továbbiakban: dtStGB 216. §); osztrák büntető törvénykönyv (Bundesgesetz vom 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen, továbbiakban: öStGB 77. §).
18. Emberölés közvetett tetteseként természetesen büntetőjogi felelősség terheli azt, aki olyan öngyilkos-

- ságban működik közre, amelyet nem szabad akaratóból követnek el. FILÓ Mihály: Asszisztált öngyilkosság és az életvégi döntések Európában – tettesség, részesség, önrendelkezés, *Állam- és Jogtudomány*, 2016/4, 120–134.
19. Michael Lysander FREMUTH: Le temps qui reste – Eine rechtsvergleichende Betrachtung der verfassungsgerichtlichen Entscheidungen zur Suizidassistenten in Deutschland und Österreich, *Zeitschrift für öffentliches Recht*, 2021/3, 862, <http://dx.doi.org/10.33196/zoer202103084101>.
  20. öStGB 78. §.
  21. *Sterben in Würde. Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen Stellungnahme der Bioethikkommission*. 2015. február 9., [https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:6d5d655b-e11d-4e65-b6a6-9fd531a033fb/sterben\\_in\\_wuerde.pdf](https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:6d5d655b-e11d-4e65-b6a6-9fd531a033fb/sterben_in_wuerde.pdf).
  22. Lásd bővebben ZAKARIÁS Kinga: Az öngyilkosság szabadsága mint az egyéni autonómia kifejeződése. Gondolatok a német Alkotmánybíróság asszisztált öngyilkosság ítéletéhez, *Alkotmánybírósági Szemle*, 2020/2, 3.
  23. BGH Urteil des 5. Strafsenats vom 3.7.2019 – 5 StR 393/18 –; Urteil des 5. Strafsenats vom 3.7.2019 – 5 StR 132/18.
  24. BVerwG 3 C 19.15, Urteil vom 02. März 2017.
  25. Az osztrák Alkotmánybíróság 2016. március 8-án kelt ítélete az E1477/2015. számú ügyben, VfSlg. 20.057/2016.
  26. Az egyesület céljával azt tűzte ki, hogy nagykorú személyeket segít abban, hogy előzetes egészségügyi rendelkezést tegyenek; tanácsot azokban az esetekben, amikor nagykorú személyek önálló döntés alapján öngyilkosságot kívánnak elkövetni; továbbá, nagykorú személyek kifejezett kérésére – egyedül vagy más svájci és külföldi szervezetekkel együtt – segít abban, hogy az illetők méltósággal halhassanak meg.
  27. Az osztrák Alkotmánybíróság 2016. 03. 08-i ítélete az E1477/2015. számú ügyben, Rn. 22–26.
  28. BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15. (továbbiakban: BverfG)
  29. VerfGH, Erkenntnis vom 11.12.2020 (G 139/2019) (továbbiakban: VerfGH).
  30. VerfGH Rn. 6.
  31. Az indítványozó érvelése szerint nincs jelentősége annak, hogy valaki már súlyos beteg vagy még egészséges. Mivel minden élet véges, az egészséges embernek is lehetnek tervei a méltó halálra vonatkozóan.
  32. Vö. GG 19. cikk (3) bekezdés.
  33. Vö. BVerfG 26.02.2020, 2 BvR 2347/15 Rz 197 ff; VerfGH 11.12.2020, G 139/2019 Rz 25, 27 f.
  34. BVerfG Rn. 195., VerfGH Rn. 21.
  35. Rn. 24.
  36. öStGB 77. § Aki mást annak komoly és nyomatékos kívánalmára megöl, hat hónaptól öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.
  37. „Bár egyetlen korábbi ügyben sem állapították meg, hogy az Egyezmény 8. cikke magában foglalná az önrendelkezési jogot, a Bíróság úgy véli, hogy a személyes autonómia fogalma fontos alapelv az egyezmény garanciáinak értelmezése során.” Diane Pretty Egyesült Királyság elleni ügye (15. vj.) 61. bekezdés; „Az Egyezmény lényege az emberi méltóság és az emberi szabadság tiszteletben tartása” – uo. 65. bekezdés
  38. Staatsgrundgesetz vom 21. December 1867, über die allgemeinen Rechte der Staatsbürger für die im Reichsrathe vertretenen Königreiche und Länder. (1867. december 21-i állami alaptörvény az állampolgárok általános jogairól a birodalmi tanácsban képviselt királyságok és országok számára. Ez az 1867-ben született ún. Decemberi Alkotmány egyik törvénye, amely máig hatályban van Ausztriában.)
  39. Bundes-Verfassungsgesetz (osztrák Szövetségi Alkotmány).
  40. A szerző fordítása.
  41. Michael HOLOUBEK: Art. 7/1 S. 1, 2. B-VG, in Karl KORINEK – Michael HOLOUBEK et al (Hrsg.) Österreichisches Bundesverfassungsrecht. 14. Lfg. 2018. 62 és köv. pontok.
  42. Alexander BRADE – Roman FRIEDRICH: Stirb an einem anderen Tag: Suizidhilfe in Deutschland und Österreich. *Verfassungsblog*, 2021. január 16., <https://doi.org/10.17176/20210117-144401-0>.
  43. Bővebben ld. ZAKARIÁS Kinga: *Az emberi méltósághoz való alapjog Összehasonlító jogi elemzés a német és magyar alkotmánybírósági gyakorlat tükrében*, Pázmány Press, Budapest, 2019, 38. és köv. oldalak.
  44. BVerfG Rn. 204.
  45. Vö. BVerfG Rn 206.
  46. BVerfG Rn. 207.
  47. Vö. az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 20–23. §-aival.
  48. BVerfG Rn. 210.
  49. BVerfG Rn. 211.
  50. Zakariás (22. vj.) 6.
  51. Zakariás (22. vj.) 6.
  52. Ehhez azért nem kapcsolható a döntés képessége, mert akkor a döntési képességgel nem rendelkezők tekintetében felmerülhetne a méltóság kiüresítése is.
  53. 23/1990. (X. 31.) AB határozat, ABH 1990. 88, 105.
  54. Magdalena PÖSCHL: Sterben mit Würde? *Europäische Grundrechte Zeitschrift*, 2021/1–6, 12–16, 14.
  55. VerfGH Rn. 74.
  56. BVerfG Rn 214.
  57. BVerfG Rn 224–225.
  58. BVerfG Rn.
  59. VerfGH Rn. 82–83.
  60. VerfGH Rn. 84.



61. VerfGH Rn. 69, 71.
62. Akárcsak a magyar jog, az osztrák törvények is lehetővé teszik, hogy a beteg írásba foglalja, hogy melyek azok a kezelések, amelyeket cselekvőképtelensége esetére már előre visszautasít. Ennek részleteit a betegrendelkezésről szóló törvény (Patientenverfügungsgesetz, BGBl. I 55/2006, idF BGBl. I 12/2019) szabályozza.
63. VerfGH Rn. 92.
64. BVerfG Rn 227.
65. BverfG Rn 234–235.
66. BverfG Rn 240–244.
67. VerfGH Rn. 81.
68. BverfG Rn. 260–263.
69. BVerfG Rn. 264–275.
70. BVerfG Rn. 277.
71. Rn. 284.
72. Schwangerschaftsabbruch II. BVerfG 88, 203 (258).
73. BVerfG Rn. 276.
74. VerfGH 99–102.
75. DANÓ Anna: Gazdag és szabálykövető országokban lehet eutanázia, de Magyarország nem ilyen, *Népszava*, 2023. október 16., [https://nepszava.hu/3212175\\_eutanazia-jog-karsai-daniel-emberi-jogok-europai-birosaga-kovacs-jozsef-interju](https://nepszava.hu/3212175_eutanazia-jog-karsai-daniel-emberi-jogok-europai-birosaga-kovacs-jozsef-interju).

# ÖNGYILKOSSÁGBAN KÖZREMŰKÖDÉS ÉS JOGÖSSZEHASONLÍTÁS: AUSZTRIA PÉLDÁJA

## 1. BEVEZETÉS

Az öngyilkosság, pontosabban annak kísérlete, a felvilágosodás óta nem valósít meg bűncselekményt az európai országok jogrendjében, amit a tényállászerűség magától értetődő hiánya mutat.<sup>1</sup> Evidens, hogy a más megölésének tilalma nem terjed ki arra az esetre, amikor önmagunkra emelünk kezét. Ha a jogalkotó a szuicid magatartást pönalizálni kívánná, akkor azt *sui generis* tényállás formájában tenné. A büntetőjog világos állásfoglalása ellenére azonban aligha létezik még emberi cselekvés, amit annyi morális kétely övezne, mint az élet önkezű elvételét. Az öngyilkosság erkölcsi értékelésével kapcsolatos diametrális erkölcsi álláspontok ellenére napjainkban nyilvánvaló, hogy az élet önkezű elvételével a szekularizált államnak és jognak nincsen dolga, az kizárólag az egyén lelkiismeretére tartozik. Az önsértés dilemmája a lehető legszorosabban érintkezik – a hazai jogirodalomban fel nem ismert módon – az életvégi döntések problémakörével, büntetőjogi megítélése ugyanis álláspontunk szerint szükségszerűen az „eutanázia” megengedhetőségének vagy tilalmazásának kiindulópontja. Az öngyilkosság jogtudományi problémái vezetnek el az emberi életről való rendelkezés alapkérdéseire. A nyugati irodalomban és a tengerentúlon<sup>2</sup> teljes joggal minősítik az eutanázia körébe eső cselekményeket (orvos által) „asszisztált szuicidiumnak” (physician-assisted suicide, PAS).<sup>3</sup>

Az öngyilkos napjainkban tehát már csak akkor kerül a büntetőjog érdeklődési körébe, ha végzetes tettehez egy kívülálló – embertársa vagy az állam – segítségét kéri. Noha fenntartja magának a végső jogot – a választást élet és halál között –, elhatározása véghezviteléhez valaki másra is szüksége van. Mindez a büntetőjogban az öngyilkosságban közreműködés problémáját veti fel. Fontos kiemelni: az egyes európai büntetőkodeksek rendkívül változatosan ítélik meg az önsértő magatartáshoz kapcsolódó

*quasi* részesség, az „áldozat nélküli bűncselekmények” kérdéskörét.

Jelen írás célja, hogy jogösszehasonlító módszerrel feltárja az öngyilkosságban közreműködés büntetendőségének főbb európai irányait, különös tekintettel a magyar dogmatikával sok szempontból rokonságot mutató osztrák büntetőjog fejlődésére. A hazai szabályozás vizsgálatának az Európai Emberi Jogi Bíróság (EJEB) előtt Karsai Dániel<sup>4</sup> közelmúltban lezárult ügye kölcsönös különös aktualitást.

AZ ÖNGYILKOS NAPJAINKBAN  
TEHÁT MÁR CSAK AKKOR KERÜL  
A BÜNTETŐJOG ÉRDEKLŐDÉSI  
KÖRÉBE, HA VÉGZETES TETTÉHEZ  
EGY KÍVÜLÁLLÓ – EMBERTÁRSA  
VAGY AZ ÁLLAM – SEGÍTSÉGÉT KÉRI

## 2. MÓDSZERTANI MEGJEGYZÉSEK

A jogösszehasonlító módszer az EJEB ítéleteiben a *Glor*-ügy megállapításai<sup>5</sup> óta honosodott meg az „európai konszenzus” feltárására.<sup>6</sup> A komparatív szemlélet eljárási értelemben – a Magyarország által egyelőre nem ratifikált – Tizenhatodik Kiegészítő Jegyzőkönyv<sup>7</sup> által meghonosított tanácsadó vélemény („advisory opinion”) formájában is megjelenik.<sup>8</sup> Az emberi jogok védelmének európai rendszerében az életvégi döntések megítélésénél mindenekelőtt az EJEB élethez való jogot deklaráló 2. cikke, valamint a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jogot biztosító 8. cikke bír relevanciával, azonban az EJEB állandó gyakorlata az életvédelem büntetőjogi kérdéseivel kapcsolatban kiemelt figyelmet fordít a részes államok eltérő jogi, kulturális, társadalmi és történelmi hagyományaira is, ami a „margin of appreciation” elvében jelenik meg.<sup>9</sup> A hazai jogirodalomban<sup>10</sup> „mérlegelési mozgástér”-ként utalt doktrína alkalmazásával szükségszerűen jutnak a nemzeti szabályozási modellek jelentős szerephez az egyezményi jogok értelmezésében, különösen akkor – ahogy a *Karsai*-ügyben is láthattuk –, ha egy morálisan érzékeny kérdésben kell a bíróságnak állást foglalnia.<sup>11</sup>

Zweigert és Kötz szerint a jogösszehasonlítás primér funkciója a megismerés; hogy jogtudományi

metódusként olyan „megoldások kínálatát”-t tárja a kutató elé, amelyek segítenek a társadalmi konfliktusok megelőzésében.<sup>12</sup> A jogösszehasonlítás módszertani alapelvéként a funkcionalitást kell kiemelnünk, ugyanis kézenfekvő, hogy csak azok a jogi megoldások hasonlíthatók érdemben össze, amelyek ugyanazt a szabályozási szerepet töltik be. Természetes, hogy a különböző jogrendszerek ugyanazt a szabályozási szükségletet különbözőképpen elégítik ki. A funkcionalitás negatív oldalaként arra kell rámutatnunk, hogy a kiindulási kérdést mindig a tanulmányozott jogi szisztéma dogmatikai keretei között kell vizsgálnunk. A funkcionalitás elvének pozitív oldalát illetően arra kell választ találnunk, hogy a jogösszehasonlítási kutatás során a külföldi jog mely területeit kell vizsgálni. A totalitásteória értelmében törekedni kell a társadalom, a gazdaság, a kultúra minél több elemének feltárására, hiszen ezek azok a tényezők, amelyek alapvetően meghatározzák a jogrendszert.<sup>13</sup> Ez a felismerés különösen helytálló az emberi élet, testi épség, egészség elleni bűncselekmények fogalomköre esetén.

Ahogy azonban von Liszt már Zweigert és Kötz művét jóval megelőzően utal rá, a büntetőkódex (*Reichstrafgesetzbuch*) felülvizsgálatának kodifikációs munkálataiban, a „vertikális jogösszehasonlítás”, a jogtörténeti vizsgálódás többet jelent, mint egy jogrend fejlődési fokozatainak deskriptív egymás mellé állítását.<sup>14</sup>

A fentiek értelmében a magyar és az osztrák büntetőjog összevetése az élet elleni bűncselekmények terén azért is tűnik előnyösnek – túl azon, hogy a vizsgált jogrendszerek ugyanahhoz a jogcsaládhoz tartoznak, és ugyanazt a „jogi stílus”-t képviselik –, mivel a büntetőjogi szabályozás struktúrája jórészt megegyezik, így lehetőség nyílik az egyes tényállások összevetésére.

### 3. AZ ÖNGYILKOSSÁGBAN KÖZREMŰKÖDÉS SZABÁLYOZÁSI MODELLJEI EURÓPÁBAN

Az öngyilkosságban közreműködés büntetőjogi szabályozásának Európában három ideáltípusa terjedt el.<sup>15</sup>

A legtöbb jogrend ismer olyan büntető normát, amely az öngyilkossághoz kapcsolódó kvázi részesi magatartásokat *expressis verbis* („generelle Verbotslösung”, általános tilalmi modell) büntetni rendeli.<sup>16</sup> Ide sorolható többek között a francia Code Pénal 223-13 és 223-14 jelzésű szakaszai, a holland Wetboek van Strafrecht 294. cikke, valamint az angol Suicide Act is. Külön csoportot alkotnak a közép-ke-

let-európai országok büntetőkódexei, így a későbbiekben részletesen vizsgált, 2022-ig hatályos osztrák Strafgesetzbuch (továbbiakban StGB), 78. §), a cseh (144. §)<sup>17</sup> a szlovák (230. §),<sup>18</sup> a szerb (119. §)<sup>19</sup> és a montenegrói (149. §)<sup>20</sup> büntető törvénykönyvi rendelkezés, valamint természetesen a magyar 2012. évi C. törvény 162. §-a.<sup>21</sup> Ezekre a szabályozásokra jellemző, hogy az öngyilkosságban közreműködő felelősségét objektív büntethetőségi feltétellel – annak megkövetelésével, hogy a sértett az öngyilkosságot legalább megkísérelje – szűkíti.<sup>22</sup> A hazai jogban az emberöléstől szükséges elhatárolnunk a 162. § szerinti deliktumot. A legújabb joggyakorlat szerint az öngyilkosságban közreműködés mint segítségnyújtás „az elkövető részéről fogalmilag a bűnsegéllyel azonosítható magatartást feltételez”.<sup>23</sup> Ez lehet fizikai vagy pszichikai bűnsegély, és történhet az öngyilkosság megkezdése előtt vagy az önpusztító magatartás folyamatában. Fizikai segítségnyújtás lehet például az öngyilkosság elkövetéséhez szükséges eszköz beszerzése. A segítség azonban nem nyilvánulhat meg az öngyilkosság fogalmi ismérveit kimerítő magatartás részleges kifejtésében, mert az már cselekvőség emberölésnek minősül.<sup>24</sup>

Bizonyos államok büntetőjogában – így Svájcban az StGB 115. cikke,<sup>25</sup> 2004-ig a dán Straffeloven 240. § szakasz,<sup>26</sup> valamint a horvát büntető törvénykönyv, a Kazneni zakon 114. §<sup>27</sup> – a büntethetőséget szubjektív feltétel korlátozza („partielle Verbotslösung”, részleges tilalmi modell) annyiban, hogy a tettesnek a közreműködést önös érdekből („aus selbstsüchtigen Beweggründen”, „af egennyttige bevæggrunde”, „iz niskih pobuda”) kell elkövetnie.

A svájci jogirodalom hangsúlyozza, hogy a büntetőjog alapelveiből az öngyilkossághoz kapcsolódó kvázi részesi magatartások büntetlensége következnek. A jogalkotó azonban az emberi élet mint kivételes jogi tárgy jelentősége miatt szigorúbb szemléletet tett magáévá. Az önös érdek fogalma rokon vonásokat mutat hazai jogunkban a nyereségvágyból [Btk. 160. § (1) bekezdés b) pontja], illetve az aljas indokból vagy célból [Btk. 160. § (1) bekezdés c) pontja] elkövetett emberölés minősítő körülményeinél megkövetelt kritériumokkal. Azonban a svájci joggyakorlat elsősorban azt vizsgálja, hogy az elkövetőt kizárólag altruista motívumok vezették-e, illetőleg a sértettnek valóban maradt-e életének saját kezű kioltását illetően „inherens cselekvési lehetőség”.<sup>28</sup> Peter Baumann, egy Baselben működő, eutanáziát támogató szervezet pszichiátere ellen azért emeltek vádat, mert az öngyilkosságban való segítségnyújtást a halál iránti tudományos érdeklődése miatt, illetve szereplési vágyból vállalta, így esetében egoisztikus indítékokról beszélhetünk.<sup>29</sup>

Végül, a harmadik csoportba tartozó modellek teljességgel lemondanak arról, hogy az öngyilkosság szándékos támogatását büntetéssel fenyegezzék. Ide sorolható többek között Belgium, Finnország, Luxemburg, Svédország. Ezt a felfogást képviseli a német büntetőkodeks is. A német büntetőjog-tudomány a kvázi részesek büntethetőségét formális értelemben a járulékosági érveléssel („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 az uralkodó álláspont szerint (a jogirodalomban és a joggyakorlatban<sup>30</sup>) – az objektív beszámítás szintjén, a felelősségi szférák elhatárolásával – az önfelelőség elvével („Prinzip der Eigenverantwortlichkeit des Opfers”) indokolják. Ezt az érvelési struktúrát a német felsőbb bírósági gyakorlat akkor is alkalmazza, ha a sértett maga valósítja meg – éppen önmagával szemben – a halálos kimenetelt.

A német öngyilkossági dogmatika Achilles-sarkát ezért a szabad akaratú öngyilkosság fogalmának meghatározása jelenti.<sup>31</sup> A sértett szabad akaratának hiánya esetén ugyanis közvetett tettességben elkövetett emberölés gyanúja merülhet 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 (a tett „ura” az, akinek a szándéka érvényesül) értelmében – eszközként használja fel saját maga ellen,<sup>32</sup> ahogy az elhíresült *Szíriusz-ügyben* is történt.<sup>33</sup>

#### 4. AZ ÖNGYILKOSSÁGBAN KÖZREMŰKÖDÉS AZ OSZTRÁK BÜNTETŐJOGBAN

Az öngyilkosságban közreműködés az élet elleni bűncselekmények rendszerében különleges helyet foglal el. A mértékadó osztrák kommentárok az élet elleni bűncselekményeket három csoportba sorolják. Első, alaptényállásként, az emberölés (StGB 75. §), ehhez képest különböztetjük meg, másodikként, az emberölés privilegizált alakzatait, vagyis az erős felindulásban elkövetett emberölést (76. §), a kívánságra ölést (77. §) és az újszülöttölést (79. §).

Fontos, hogy a harmadik csoportot az öngyilkosságban való közreműködés (78. §) önállóan alkotja, amit a jogirodalom a deliktum – a többi emberölési tényállástól karakterisztikusan eltérő – sajátos természetével indokol.

A fenti bűncselekményekben közös, hogy az alanyi oldalon kivétel nélkül szándékoság merül fel, ami a sértett életének kioltására irányul, tehát a tettes eredményként a halál beálltába legalább beletnyugszik. Ebben különböznek ezek a bűncselekmények a szándékos veszélyeztetési tényállásoktól (82. §, 95. §, 176. §.), ahol a halálos eredményre – mint

minősítő körülményre – csak gondatlanság terjed ki. A halált okozó veszélyeztetés (82. §) ezen kívül – Birkelbauer<sup>34</sup> megfogalmazása szerint „szubtilis módon” – átfogja mindazon ölési cselekmények spektrumát, amelyek az eshetőleges szándékkal és a tu-

datos gondatlansággal elkövetett emberölés között kvalifikálhatóak; feltéve, hogy az elkövetéskor még bizonytalan halálos eredmény szándékos veszélyeztetésen alapult. Ilyenkor a konkrét veszélyhelyzet előidézéshez elegendő a *dolus eventualis* is. Amennyiben a szándék nem pusztán veszélyeztetésre irányult, hanem a sértett testi épségének megsértésére irányult, de a halálos eredmény tekintetében változatlanul csak gondatlanság állt fenn, úgy halált okozó testi sértés (86. §) merül fel. Ebben az önálló bűncselekményben az osztrák jogalkotó a szándékos testi sértést és a gondatlan emberölést foglalta össze.

Az öngyilkosságban közreműködés – annak ellenére, hogy tárgya kétségtelenül az emberi élet – nem emberölési bűncselekmény, hanem mind a tárgyi, mind az alanyi oldalon kivételes jegyeket felmutató deliktum. Ha a büntetőjogi életvédelem képzeletbeli számegegyesítésén az öngyilkosság az origó, a zérus, akkor az abban való szándékos közreműködés jelenti a legkisebb pozitív tartományt, a „társadalomra veszélyesség”, a normasértés legkisebb fokát. Különösen felértékeli a tényállás jelentőségét az „eutanázia” problémakörében – jelentős dogmatikai potenciált biztosítva a megengedő érvelésnek – a tárgyi oldal azon sajátossága, hogy a sértettnek kell elindítania azt az okfolyamatot, amely közvetlenül a halálhoz vezet. 1934 óta az osztrák jogalkotó a beszámítható személy öngyilkosságához kapcsoló kvázi részesi magatartásokat egyaránt büntetni rendeli, noha a korábbi tervezetek csak a felbujtói jellegű cselekvőséget vonták a büntetőjog érdeklődési körébe, a fizikai és pszichikai bűnsegélyt nem.<sup>35</sup> Az osztrák büntető törvénykönyv 78. §-ában büntetni rendelt „Mitwirkung am Selbstmord” tényállása jelentős mértékben befo-

lyásolta a hazai jogfejlődést is. Bató fejt ki, hogy a feudális Magyarországon a XVII. század végéig jogi partikularizmus uralkodott, „néhány elszórt törvényen kívül csak helyi szokásjog létezett”, ezért az osztrák kormányzat centralizációs és egységesítési törekvései folytán, „közvetlen jogexport”-tal (Praxis Criminalis, Josephina), 1852-ben hazánkban is hatályba lépett az osztrák büntető törvénykönyv.<sup>36</sup> Az Általános részt tárgyaló szerzőink a részesség járulékos természetének bemutatásánál említik az öngyilkosságban közreműködést mint – tettesi alapcselekmény hiányában – a részesi deliktum *sui generis* példáját.<sup>37</sup> Földvári kifejti, hogy a polgári társadalmak kialakulása után megszűnt az öngyilkosság bűncselekménykénti értékelése – amelynek gyakorlati jelentősége egyébként is csak kísérlet esetén volt –, és a közreműködői tevékenységet csak olyan *sui generis* deliktumok megalkotása tehette lehetővé, amelyek a közreműködői tevékenységet e sajátos bűncselekmények tettesi alakzataiként szabályozták. Az osztrák, valamint a történeti okok miatt hasonló jegyeket mutató hazai szabályozás így a közép-kelet-európai országokra jellemző generális tilalmi modellt („generelle Verbotslösung”) mintapéldájaként azonosítható – a bécsi Alkotmánybíróság (Verfassungsgerichtshof, VfGH) jogtörténeti jelentőségű döntéséig.

## 5. AZ OSZTRÁK ALKOTMÁNYBÍRÓSÁG (VFGH) DÖNTÉSE

A VfGH már 2016-ban<sup>38</sup> foglalkozott a témakörrel, amikor azt vizsgálta, hogy bejegyezhető-e törvényesen a szabad akaratú öngyilkosságot támogató egyesület – mint Svájcban az Exit vagy a Dignitas. Ebben ügyben még alkotmányosnak bizonyult az osztrák büntetőködex általános tilalmi szabályozása. A 2019-ben indult eljárásban<sup>39</sup> az indítványt egyrésztől terminális állapotú betegek, másrésztől öngyilkosságban közreműködés miatt jogerősen elítélt, illetve szakorvosként érdekelt személyek terjesztették elő. Indoklásként előadták, hogy a 78. § szövegezése nem felel meg a határozott büntetőjog követelményének, az osztrák alkotmány rendelkezésein túl sérti az irányadó európai emberi jogi normákat, így különösen az EEJE 8. cikkét a magán- és családi élet tiszteletben tartásához való joghoz, a 2. cikket az élethez való joghoz, a 3. cikket a kínzás, embertelen vagy megalázó bánásmód tilalmáról, a 9. cikket a

gondolat-, lelkiismeret- és vallásszabadsághoz való joghoz, egyúttal a 14. cikkben szabályozott megkülönböztetés tilalmába is ütközik. Az öngyilkosságban közreműködés büntetőjogi fenyegetettsége továbbá kizárólag a keresztény világnézet alapján indokolható.

Az osztrák Alkotmánybíróság arra az álláspontra helyezkedett, hogy az öngyilkossághoz kapcsoló segítségnyújtás általános büntetőjogi tilalma nem fenntartható. Ez ugyanis sérti a szabad önrendelkezési jogot („Recht auf freie Selbstbestimmung”). Noha ezt a jogot a szövetségi alkotmány *expressis verbis* nem nevesíti, a magánélethez és az élethez fűződő jog, illetve az általános egyenlőségi követelmény („Gleichheitsgrundsatz”) együttes értelmezéséből levezethető, hogy az individuumot – hasonlóan ahhoz, hogy szabadon döntsön életvezetéséről – megilleti az a jog is, hogy az életét elképzeléseinek megfelelően fejthesse be: „Alapjogi szempontból [...] nincs különbség aközött, hogy a beteg egészségügy önrendelkezési jogát („Behandlungshoheit”) gyakorolva lemondjon életmentő vagy életfenntartó kezelésekről, vagy öngyilkosságához harmadik személy segítségét vegye igénybe [...] Döntő jelentőségű, hogy mindenkori döntése szabad akaratelhatározásán alapuljon.”<sup>40</sup> Az öngyilkosságban közreműködés feltétlen, kivételt nem engedő tilalma ellentétben áll továbbá azokkal az egészségügyi döntésekre vonatkozó jogszabályokkal is, amelyek megfelelő eljárási szabályok betartása mellett az érintett rendelkezési körébe utalják a kezeléssel való lemondást akkor is, ha az a beteg halálával jár.<sup>41</sup> Az Alkotmánybíróság utalt az StGB 110. § („Eigenmächtige Heilbehandlung”, önkényes gyógykezelés) büntetendőségére is, mivel az osztrák büntetőjog szerint – jóval szélesebb körben, mint a hazai jogunkban ismert „egészségügyi önrendelkezés megsértése” (Btk. 218.§) büntett esetében – a szakma szabályai szerint végzett kezelés is bűncselekmény, ha a beteg abba nem egyezett bele. Ha az elkövető azért nem szerezte be a beleegyezést, mert az ezzel járó késedelem a beteg életét vagy egészségét súlyosan veszélyeztetné, akkor kizárólag abban az esetben büntethető, ha a vélelmezett veszély valójában nem állt fenn, és ezt az elvárható körülmétekintéssel észlelhette volna. Az orvosilag indikált, *lege artis* beavatkozás tehát akkor is tényállásszerű, ha az a beteg életének megmentésére irányul. Ha a beteg kifejezetten kinyilvánította akaratát arról, hogy nem kívánja a beavatkozást, akkor az ennek ellenére megvalósított kezelés minden esetben, tehát életveszély esetében is megvalósítja a tényállást.<sup>42</sup>

A VfGH az indoklásban felhívta az EJEB irányadó ítéleteit,<sup>43</sup> mindenekelőtt a *Haas*- és a *Koch*-ügyeket, rámutatva arra, hogy különösen vulnérabilis csoportok védelme érdekében az állam pozitív intézményvédelmi kötelezettségének megfelelő eljárási garanciákat tartalmazó szabályozás megalkotásával tehet eleget.<sup>44</sup>

Lényeges kiemelni, hogy a kvázi felbujtói magatartás, tehát az öngyilkosságra rábírás, illetve a kívánságra való ölés büntetőjogi tilalma változatlan formában fennmarad. A magyar büntetőjog nézőpontjából azonban rendkívüli jelentőségű gondolati lépés, hogy az osztrák Alkotmánybíróság az öngyilkossághoz kapcsolódó kvázi bűnsegédi magatartásokat, az öngyilkosságban segítségnyújtást dekriminalizálni rendelte azzal a felhívással a jogalkotó felé, hogy a visszaélések elkerülése érdekében alkosson törvényt.

## 6. AZ ÚJ TÖRVÉNYI SZABÁLYOZÁS

Az osztrák büntetőkódex 78. § tehát a következők szerint módosult 2022. január 1-től: az öngyilkossághoz kapcsolódó felbujtói jellegű részesség, illetőleg a kívánságra ölés általános büntetendőségének fenntartása mellett a fizikai bűnsegély csak akkor válósít meg bűncselekményt, ha (i) a sértett kiskorú, vagy (ii) a segítségnyújtást aljas indokból, vagy (iii) olyan személy sérelmére követik el, aki nem szenvedett a külön törvényben – Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) – meghatározott betegségben, illetőleg nem részesült megfelelő orvosi felvilágosításban. Látható, hogy a szabályozás, a svájci mintát követve a részleges tilalmi modell irányába mozdult el. A keretényállás normatív tartalmát a StVfG mint új törvény<sup>45</sup> és végrehajtási rendeletei<sup>46</sup> nyújtják. A büntetőjogilag releváns újítás lényege abban áll, hogy megfelelő eljárási feltételek megvalósulása esetén a nagykorú, cselekvőképes, gyógyíthatatlan, súlyos betegségben szenvedő beteg – amennyiben szenvedése másképpen nem hárítható el – rendelkezhet arról, hogy öngyilkosságot kíván elkövetni. A rendelkező jogosult halált okozó preparátum gyógyszerári kiváltására, illetve ha a rendelkező erre már nem képes, akkor az általa feljogosított személy – akit a közjegyző vagy betegjogi ügyvéd által szerkesztett rendelkezésben kifejezetten meg kell nevezni – nyújthat (fizikai) segítséget abban, hogy az illető hozzájusson az öngyilkosság elkövetésére alkalmas szerhez. Erre azonban kizárólag

akkor kerülhet sor, ha ezt megelőzően két orvos is felvilágosította az illetőt a betegsége lefolyásáról, illetve az illető tanúsította cselekvőképességét, és eltelte a 12 hetes várakozási idő, továbbá, ha rendelkezését rögzítették a nyilvántartásban.<sup>47</sup>

## 7. ZÁRÓ GONDOLATOK

Álláspontunk szerint a magyar jogfejlődésre meghatározó osztrák büntetőjogot követve sem a strasbourgi joggyakorlat, sem az Alkotmánybíróság eutanáziahatározata nem zárja ki, hogy hazánkban is felmerüljön a Btk. 162. §-ának olyan értelmű módosítása, amely az öngyilkossághoz kapcsolódó kvázi bűnsegélyt *de lege ferenda* dekriminalizálja, mégpedig a osztrák példa alapján a büntetendőség szubjektív feltételeinek szűkítésével, illetőleg megfelelő eljárási természetű rendelkezések beiktatásával. Ennek megfelelően a szabad akaratú szuicidiumot elősegítő kvázi bűnsegédi magatartás annyiban maradna büntetendő, amennyiben azt – igazodva az emberölés minősített eseteinél kialakult dogmatikához – nyereségvágyból vagy aljas indokból, illetőleg célból követik el. A kvázi felbujtói magatartás büntetendőségét változatlanul hagynánk. Ahogy a svájci, illetőleg az osztrák modell és a német reformjavaslatok is rávilágítanak, a pozitív életvédelmi kötelezettség fokozott elvárást ró az államra, hogy az asszisztált öngyilkosságok jogszerűségét biztosítsa. A jogalkotónak ezért választania kell azon adminisztratív megoldások kínálatából amelyek lehetővé teszik, hogy megfelelő ellenőrzést gyakorolhasson az élet végén hozott döntések felett, és az önrendelkezés táguló lehetősége valóban az emberi autonómiát szolgálja. Álláspontunk szerint a fenti módosításokkal az öngyilkosságban közreműködés bűncselekménye nem pusztán az emberi életet oltalmazná, de lehetőséget adna arra is, hogy új utakat nyisson az életvégi döntések fogalomkörébe eső cselekmények megítélésében. Hangsúlyozzuk azonban, hogy az öngyilkosságban közreműködés dekriminalizációja nem pusztán – sőt, megkockáztatjuk: nem elsősorban – a büntetőjog problémája. A büntetőkódex relatíve egyszerű módosítása mellett az érintett országokban ugyanis sokkal inkább figyelemre méltó a társadalmi ellenőrzésnek az a teljes transzparenciára törekvő, eljárási természetű monitoringrendszere, amelyet az élet végén hozott döntések vizsgálatára felállítottak.

## JEGYZETEK

1. FILÓ Mihály: *Az eutanázia a büntetőjogi gondolkodásban*, Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2009, 234.
2. 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, <https://doi.org/10.1001/archinte.162.2.142>.
3. Marianne C. SNIJDEWIND – Dick L. WILLEMS – Luc DANIELS: 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, <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.3978>.
4. *Karsai Magyarország elleni ügye*, 32312/23. számú kérelem, az EJEB 2024. június 13-án kelt ítélete.
5. „Since the Convention is first and foremost a system for the protection of human rights, the Court must, however, have regard to the changing conditions in Contracting States and respond, for example, to any emerging consensus as to the standards to be achieved. One of the relevant factors in determining the scope of the margin of appreciation left to the authorities may be the existence or non-existence of common ground between the laws of the Contracting States.” („Mivel az Egyezmény elsősorban az emberi jogok védelmének rendszerét jelenti, a Bíróságnak figyelembe kell vennie a Részes Államokban a körülmények változását, és például reagálnia kell a kialakítandó normákkal kapcsolatban esetlegesen kialakuló közmegegyezésre. Az egyik releváns tényező a hatóságok számára hagyott mérlegelési mozgástér terjedelmének meghatározásában az lehet, hogy létezik-e vagy sem közös alap a Részes Államok jogszabályait tekintve.”) – *Glor Svájc elleni ügye*, 13444/04. számú kérelem, az EJEB 2009. április 30-án kelt ítélete, 75 §.
6. Filippo VIGLIONE: Comparative Law at the European Court of Human Rights: Does Context Still Matter? in *The European Convention on Human Rights and its Impact on National Private Law. A Comparative Perspective*, eds. Matteo FORMASIER – Maria Gabriella STANZIONE, Cambridge–Antwerp–Chicago, Intersentia, 2023, 285–297. <https://doi.org/10.1017/9781839703898.016>
7. DEÁK Beáta: A tizenhatodik kiegészítő jegyzőkönyv és annak hatása az alapvető jogok védelmére, *Európai Jog* 2016/4, 15–21.
8. DAKA Marija: Az Emberi Jogok Európai Egyezménye és az Európai Unió alapjogvédelmi rendszerének összefüggései – konvergencia és divergencia az európai jogi térben (PhD-értekezés), Pécsi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Doktori Iskolája, 2021.
9. FILÓ Mihály – BUZÁS Péter: Életvégi döntések és a margin of appreciation az Emberi Jogok Európai Bíróságának gyakorlatában, *Állam-és Jogtudomány*, 2016/4, 19–39.
10. DUDÁS Dóra Virág: A mérlegelési mozgástér doktrína természete, különös tekintettel a magyar vonatkozású strasbourgi ügyek tapasztalataira (PhD-értekezés), ELTE Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola, 2013, 12–23, <https://doi.org/10.15476/elte.2014.076>.
11. „Where, however, there is no consensus within the member States of the Council of Europe, either as to the relative importance of the interest at stake or as to the best means of protecting it, particularly where the case raises sensitive moral or ethical issues, the margin will be wider.” („Amennyiben azonban az Európa Tanács tagállamai között nincs egyetértés sem az érintett érdek relatív fontosságát, sem annak védelmének legjobb módját illetően – különösen, ha az ügy érzékeny erkölcsi vagy etikai kérdéseket vet fel –, a mérlegelési mozgástér szélesebb lesz.”) – *Karsai Magyarország elleni ügye* (4. vj.) 139. §.
12. ZWEIGERT, Konrad – Heinz KÖTZ: *Einführung in die Rechtsvergleichung auf dem Gebiete des Privatrechts*, Tübingen, Mohr Siebeck, 31996, 13, <https://doi.org/10.1628/978-3-16-162053-9>.
13. ZWEIGERT–KÖTZ (12. vj.) 42.
14. Franz von LISZT: Tötung und Lebensgefährdung (§§ 211–217, 222 RStrGB), in *Vergleichende Darstellung des deutschen und ausländischen Strafrechts. Bd. V. Verbrechen und Vergehen gegen das Leben. Körperverletzung. Freiheitsdelikte*, hrsg. Karl von BIRKMEYER, Berlin, Verlag von Otto Liebmann, 1905, 5.
15. Alfred N. KLINGER: *Die Strafbarkeit der Beteiligung an einer durch Täuschung herbeigeführten Selbsttötung*. Aachen, Shaker, 1999, 3.
16. FILÓ Mihály: Asszisztált öngyilkosság és az életvégi döntések Európában, *Állam-és Jogtudomány*, 2016/4, 120–134.
17. 11/2009 Sb. Trestní Zákoník.
18. 300/2005 Trestný Zákon.
19. Službeni glasnik Republike Srbije 85/2005, 88/2005, 107/2005, 72/2009, 111/2009, 121/2012, 104/2013, 108/2014, 94/2016 i 35/2019.
20. Službeni list Republike Crne Gore 70/2003, 13/2004, 47/2006, Službeni list Crne Gore 40/2008, 25/2010, 32/2011, 64/2011, 40/2013, 56/2013, 14/2015, 42/2015, 58/2015, 44/2017, 49/2018, 3/2020, 26/2021, 144/2021, 145/2021, 110/2023. A szerb, horvát és montenegrói szabályozás ismertetéséért a szerző köszönetet mond Luka Breneselović (Augsburg) büntetőjogásznak.
21. TÓTH Mihály: Büntetőjog az élet és a halál mezsgyéjén, *Magyar Jog*, 2010, 505.
22. FILÓ Mihály: Ölni vagy halni hagyni? A dogmatika, a valóság és a józan ész, in *Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén*, szerk. FILÓ Mihály, Budapest, Literatura Medica, 2011, 141–153.

23. 3/2013. BJE. III.4.
24. A konkrét ügyben a vádlott azon magatartásával, hogy borotvapengével elmetszette a sértett csuklóját, még a sértett öngyilkossági szándéka esetén is túllépett a bűncselekmény keretein, mert ezzel már az emberölés elkövetési magatartását valósította meg. (Szegedi Ítéltábla Bf.I.231/2018.)
25. „*Wer aus selbstsüchtigen 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.”)
26. Straffelovrådets betænkning om straffastsættelse og strafferammer II, nr.1424, København, 2002. A szerző köszönetet mond Vagn Greve professzornak a szíves közlésért.
27. Narodne novine NN 125/11, 144/12, 56/15, 61/15, 101/17, 118/18, 126/19, 84/21, 114/22, 114/23, 36/24.
28. Mark PIETH – Monika SIMMLER: Strafrecht. Besonderer Teil, Basel, Helbing Lichtenhahn Verlag, <sup>3</sup>2024, 20–24.
29. Urteil des Appellationsgerichts des Kantons Basel-Stadt vom 1. Oktober 2008. A pszichiátert a legfőbb svájci bírói fórum, a Bundesgericht végül gondatlanságból elkövetett emberölés miatt ítélte el. 2010-ben a baseli kantonális parlamenttől (végrehajtási) kegyelmet kapott.
30. BGHSt 32, 38.
31. Jörg EISELE: Strafrecht AT: Abgrenzung Suizid und (versuchte) Tötung in mittelbarer Täterschaft, *Juristische Schulung*, 2024. 891–893.
32. Ulfried NEUMANN: Vorbemerkungen zu § 211, in *Strafgesetzbuch. Nomos Kommentar*. Band 2, hrsg. Urs KINDHÄUSER – Ulfried NEUMANN – Hans-Ulrich PAEFFGEN – Frank SALIGER, Baden-Baden, Nomos, <sup>6</sup>2023, 1511–1582.
33. Egy férfi a későbbi áldozatát (egy fiatal nőt) abban a házban tartotta, hogy a Szíriusról származik, ezért új testet adhat neki – amely 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 csillagalakók 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 szerszám”-ként használta, és pontosan tisztában volt állításai valótlanságával [BGHSt 32, 38].
34. Alois BIRKELBAUER: Vorbemerkungen zu §§ 75–79, in *Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch*, hrsg. Hans HÖPFEL – Eckhart RATZ, Wien, Manz Verlag, <sup>2</sup>2019.
35. Erwin BERNAT: Strafbarkeit der Mitwirkung am freiverantwortlich begangenen Suizid? in *Festschrift Matthias Neumayr*, hrsg. Thomas GARBER, WIEN, Manz Verlag, 2023, 2163–2185.
36. BATÓ *Szilvia*: *Az öngyilkosság a régi magyar büntetőjogtudományban*, in *Halálos bűn és szabad akarat: Öngyilkosság a jogtudomány tükrében*, szerk. FILÓ Mihály, Budapest, Medicina Könyvkiadó, 2013, 74–87.
37. FÖLDVÁRI József: *Magyar büntetőjog. Általános rész*, Budapest, Osiris, 2006, 201.
38. E 1477/2015-10.
39. G 139/2019-71, VfGH 2020. december 1-én kelt ítélete.
40. VfGH 2020. december 1-én kelt ítélete (39. vj.) 92. bek.
41. Bundesgesetz über Patientenverfügungen (PVGv. 8.5. 2006), BGBl. I Nr. 55/2006.
42. DÓSA Ágnes: *Az orvos kártérítési felelőssége*, Budapest, HVG-ORAC, 2004, 44.
43. VfGH 2020. december 1-én kelt ítélete (39. vj.) 68–69. bek.
44. *Haas Svájc elleni* ügye, 31322/07. számú kérelem, a Bíróság 2011. január 20-án kelt ítélete; *Koch Németország elleni* ügye, 497/09. számú kérelem, a Bíróság 2012. július 19-én kelt ítélete.
45. Sterbeverfügungsgesetz (StVfG), BGBl. I Nr. 242/2021.
46. StVf-Präp-V, BGBl II Nr. 16/2022.
47. Henning ROSENAU: Der österreichische Verfassungsgerichtshof zur Suizidhilfe und das österreichische Sterbeverfügungsgesetz. Anmerkungen aus deutscher Perspektive, in *Liberalität und Verantwortung. Festschrift für Jan C. Jordan zum 70. Geburtstag*, hrsg. Eric HILGENDORF – Gudrun HOCHMAYR – Maciej MAŁOLEP-SZY, Berlin, Duncker & Humblot 2023. 627–642.



# AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK LEGÚJABB FEJLEMÉNYEI MAGYARORSZÁGON:

ELEMZÉS A KARSAI-ÜGYBEN HOZOTT ÍTÉLET MENTÉN

## 1. BEVEZETÉS

Az életvégi döntések, helyzetek iránti érdeklődés már évekkel ezelőtt felerősödött. Ennek fő okaiként azonosíthatjuk többek között a viharosan fejlődő orvostudományt, a születéskor várható élettartam, valamint a társadalmi átlagéletkor növekedését.<sup>2</sup> Mindehhez azonban fontos rögtön hozzátennünk, hogy az egészségben leélt évek száma nem ugyanaz, mint a várható élettartam, tehát hosszan tartó, de akár gyógyíthatatlan betegséggel való együttélésre is fel kell készülni.<sup>3</sup> A halállal kapcsolatos attitűdök szintén megváltoztak, nagyobb társadalmi igény mutatkozik az „emberséges halál” olyan módjára, amely él a medikalizáció előnyeivel, de elsődlegesen a beteg kívánságait tartja szem előtt.<sup>4</sup>

További releváns szempont, hogy a betegek túlnyomó többsége érintetté válik a kezeléskorlátozás valamilyen formájában;<sup>5</sup> az intenzív terápiás osztályon elhunytak 72,6%-a érintett ebben.<sup>6</sup> A kórházi ágyak korlátozott száma, az egészségügyben a véges pénzügyi, tárgyi és személyi erőforrások, valamint a beteg oldaláról az elviselhetetlen szenvedés<sup>7</sup> mind magában hordozza az életvégi döntések iránti társadalmi igényt.

A médiában is számos, nagy érdeklődést keltő eset jelent meg. 2022-ben Svédországban nagy visszhangot váltott ki Staffan Bergström esete, akitől visszavonták az orvosi működési engedélyét amiatt, mert segített egy ALS betegnek halálos szerhez jutni, hogy az illető saját akarata szerint véget vethessen az életének. Hollandiában aktuális kérdés a gyógyíthatatlannak minősített major depresszió, valamint Alzheimer-kór esetén az életvégi döntések engedélyezése. Belgiumban a kiskorú gyermekek számára engedélyezett életvégi döntéseket jelentős figyelem övezte és övezi jelenleg is.

Hazánkban mindezek mellett legutóbb egy sajátos és jórészt egy bizonyos személyhez köthető élet-

helyzet révén jelentek meg az életvégi kérdések a társadalmi párbeszédben. Karsai Dániel<sup>8</sup> és betegársai 2023 nyarán az Emberi Jogok Európai Bíróságához fordultak annak érdekében, hogy a hazai – meglehetősen korlátozott – életvégi döntési lehetőségekkel az ALS betegek is élni tudjanak. A *Karsai*-ügy néven ismertté vált eset mentén számos szakmai (orvosi, jogi, etikai és más kérdések körüli) párbeszéd indult meg, továbbá, ami talán ennél is fontosabb, az emberek egymás között beszélni kezdtek korábban egyértelműen tabunak számító témákról: halálról, a szenvedésről, gyógyíthatatlan betegségről és az élet végéről.

A jelen tanulmány az életvégi döntések hazai és nemzetközi megítélését alapjogi szemszögből vizsgálja. Az életvégi döntések és a kapcsolódó fogalmak tisztázása teremti meg az ehhez szükséges kiindulópontot a tanulmányban. Ezt követi a *Karsai*-ügy körülményeinek rövid bemutatása és a Kamara döntésének vázlatos összefoglalása, amelyet a szerzők vizsgálatuk középpontjába emelnek, az abban foglalt érvrendszert vita tárgyává téve. A tanulmány terjedelmi okból nem adhatja a döntés teljeskörű elemzését, így a szerzők az esetjogban újdonságot jelentő diszkriminációs vonalat, valamint a palliatív ellátás és az életvégi döntések kérdései közötti kapcsolatot tárgyalják részletesen.

## 2. AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK FOGALMI ALAPJAI

Az életvégi döntések kérdésköre számos tudományterület keresztmetszetében helyezkedik el. Az orvosi-egészségügyi terület mellett a jog, az etika (bioetika) és a teológia is saját szempontrendszer szerint közelíti meg ezeket az élethelyzeteket. Fontos kiemelni azt is, hogy a jogi megközelítés sem egységes; az alapjogi/alkotmányjogi szemlélet mellett a bünte-

tőjog és a polgári jog, valamint a közigazgatási jog is más-más szemüvegen keresztül vizsgálja a felmerülő kérdéseket.

A kiinduló fogalmak általános meghatározása ennek ellenére lehetséges, és gyakorlati jelentőséggel bír. Az EJEB már az eljárás során – a tárgyaláson és a szakértői meghallgatáson –, valamint a döntésében is különös hangsúlyt fektetett az életvégi döntésekkel kapcsolatos fogalmak pontos használatára. A fogalmak tisztázása azért is célszerű, mert az azonos kiindulópont teszi lehetővé a társszakmák közötti hatékony párbeszédet.

Az alapjogi megközelítés középpontjában az egyén áll. Az egyéni autonómia lényege, hogy az ember életét saját akaratának, vágyainak és preferenciáinak megfelelően, döntési szabadságán keresztül irányítsa. Az egyéni autonómia e tekintetben magában foglalja az önrendelkezési jogot is.

Az életvégi döntések körébe sorolhatjuk az eutanáziát, az asszisztált öngyilkosságot, az (életmentő, életfenntartó) ellátás visszautasítását és az orvosilag haszontalan kezelésen alapuló kezeléskorlátozást.

Az eutanázia fogalma dogmatikai szempontból két fogalmi elemre épül. Az aktív beavatkozás (pl. halálos szer beadása) mellett az eutanázia másik fogalmi eleme, hogy azt nem az egyén, hanem az ő szabad döntése alapján egy másik személy hajtja végre. Meg kell említenünk, hogy az eutanáziát sokszor használják az életvégi döntéseket magában foglaló általános kategóriára.<sup>9</sup>

Az eutanáziával azonos célra – az egyén halálának előidézésére – irányul az asszisztált öngyilkosság. Ennek lényege, hogy az egyén segítséget kap ahhoz, hogy saját életének önmaga véget vethessen (ez történhet például halálos szer rendelkezésre bocsátásával).

Az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság közös gyűjtőfogalma az EJEB által a *Karsai*-ügyben is használt orvos-asszisztált halál (physician-assisted dying vagy physician-assisted death, PAD), melynek lényege, hogy az egyén saját, önkéntes akaratából halálát orvosi segítséggel előidézzi.

Az ellátás visszautasítása kapcsán fontos rögzíteni, hogy az egészségügyi ellátás egyik legfontosabb alapelve a tájékozott beleegyezésen alapuló kezelés, így az autonómia mint az egészségügyi ellátás vezérelve jelenik meg.<sup>10</sup> Ennek alapján minden kezelés, köztük az életmentő és életfenntartó kezelés is visszautasítható, ezzel siettetve vagy előidézve a beteg halálát.

A mai napig gyakran használt, azonban meghaladott (vagy eleve téves) az aktív és passzív eutanázia megkülönböztetése, illetve az utóbbi azonosítása az életmentő, életfenntartó ellátás visszautasításával.<sup>11</sup> Az eutanázia fogalmilag ugyanis kizárólag aktív cselekmény lehet. További jellegadó különbség, hogy az életmentő, életfenntartó kezelés visszautasítása esetén az orvosi kezelésnek szab gátat az egyén önmegtagadása, míg az eutanázia nincs is folyamatban lévő ellátáshoz kötve. Érdemes rámutatni továbbá arra, hogy a folyamatban lévő kezelés (pl. gépi lélegeztetés) abbahagyása, leállítása a valóságban aktív cselekvést igényel (a gép leállítása, a beteg felkészítése a gépi lélegeztetés beszüntetésére, akár tudatot elnyomó fájdalomcsillapító szer adása).

Orvosilag haszontalan kezelésről akkor beszélünk, ha a további kezeléstől eredmény nem várható, a gyógyulásra vagy a felépülésre valós remény nincs (kvantitatív haszontalanság), illetve akkor, ha a beteg képtelen bármiféle javulás megtapasztalására (kvalitatív haszontalanság).<sup>12</sup> A haszontalan kezelés elvégzésétől siker, eredmény, javulás nem várható, így annak elvégzésére az orvos nem köteles, sőt azt nem is végezheti el. Fontos megjegyezni, hogy a kezelés orvosilag haszontalan volta alapvetően orvosszakmai kérdés, amelyben az orvos jogosult dönteni a beteggel való konzultációt követően. Az orvosilag haszontalan kezelés szabályozása, annak

jogi és orvosszakmai keretei jelenleg Magyarországon nem kellőképpen kidolgozottak. A szabályozás pontatlan, helyenként homályos vagy önellentmondó volta tulajdonképpen a teljes, életvégi döntésekkel kapcsolatos hazai szabályozás tekintetében megállapítható.<sup>13</sup>

A palliatív ellátás az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) megfogalmazásában az integrált, emberközpontú egészségügyi ellátás lényeges eleme. A WHO kiemeli, hogy a súlyos betegséggel kapcsolatos szenvedés – legyen az fizikai, lelki, szociális vagy spirituális – enyhítése globális etikai kötelezettség, és a palliatív ellátásnak az egészségügyi ellátás valamennyi szintjén (az alap- és a szakellátásban egyaránt) rendelkezésre kell állnia. A WHO korábban használt definíciójából kiemelhetjük továbbá, hogy a palliatív ellátás “a beteg hatékony és teljes körű ellátása akkor, amikor a betegség nem reagál a gyógyító célú kezelésekre, és amikor a fájdalom és egyéb tünetek enyhítése pszichológiai, szociális és spirituális problémák megoldása kiemelkedő jelentőségű feladat. Átfogó célja a lehető leg-

magasabb életminőség biztosítása a beteg és családja számára.”<sup>14</sup>

A hospice gondozás a palliatív ellátás egyik formájának is tekinthető, amire akkor van szükség, amikor kiderül, hogy a betegség várhatóan rövid időn belül a beteg halálához vezet. A hospice-megközelítés a halált természetes jelenségnek tekinti, azt nem sietteti, és nem is késlelteti.<sup>15</sup> Magyarországon bevett a hospice-palliatív ellátás fogalma, ami a nemzetközi szakirodalomban azonban kevésbé általános.

Fontos megemlítenünk a palliatív (mély) szedáció fogalmát, ami gyógyszerek ellenőrzött alkalmazásával a tudat éberségi szintjének csökkentését jelenti, a más módon nem kontrollálható szenvedés enyhítése érdekében.<sup>16</sup> A palliatív szedáció akár egészen a halálig is alkalmazható.

Releváns orvosi fogalom továbbá a terminális állapot: azt jelenti, hogy a beteg halála elkerülhetetlen, és időben közeli, általában nagyjából 3-6 hónapon belül bekövetkezik.

A témához kapcsolódó orvosi fogalom továbbá a kezeléskorlátozás is: a kezelés meg nem kezdését vagy a már folyó kezelés beszüntetését jelenti.<sup>17</sup>

Az életvégi döntések fajtái és a vonatkozó fogalmak természetesen a fentieknél lényegesen részletesebben is bemutatathatók. A fogalmak legfontosabb elemeinek tisztázása azonban már elegendő ahhoz, hogy a *Karsai*-ügyben felvetett alapjogi problémákat és a Bíróság ezekre adott válaszát (vagy annak hiányát) értelmezni és vizsgálni tudjunk.<sup>18</sup>

### 3. A KARSAI-ÜGY KEZDETE

A *Karsai*-ügy mögötti történet kezdete 2021 nyarára tehető, amikor az első fizikai tüneteket észlelte Dániel, akit később, 2022. augusztus 25-én ALS betegséggel diagnosztizáltak. Ekkor kezdődött számára az a hosszú út, amelynek egy pontján megszületett benne a döntése, hogy az EJEB-hez fordul annak érdekében, hogy a gyógyíthatatlan betegek számára hatékony szabályozás révén az életvégi döntés valódi lehetőségét biztosítsák Magyarországon.

Az ALS (amiotrófiás laterálszklerózis) egy olyan motoneuron-betegség, amely a mozgatóidegek elhalását okozza, végül pedig teljes bénulást idéz elő. A betegség utolsó szakaszában a légzésfunkció elvész, ami a beteg keringésének összeomlásához vezet,

és halált okoz. Ezen utolsó szakaszt hosszas, intenzív szenvedés előzi meg: a légzés leállása előtt a beteg elveszti csaknem valamennyi testi funkcióját, illetve az azok feletti irányítást; nem tud mozogni, ülni, enni vagy beszélni. Az ALS betegek általában nem igényelnek életfenntartó kezelést (gépi lélegeztetést) a betegség legutolsó fázisáig. Az orvostudomány jelen állása szerint a betegség gyógyíthatatlan.

Az ALS sajátossága, hogy nem szükségszerűen érinti a beteg mentális képességét. Ebből következik, hogy az ALS betegek tipikusan teljesen ép elmével élnek meg a testi funkcióik elvesztését, mindvégig tudatában vannak mindannak, ami történik, illetve elkerülhetetlenül történni fog velük. Az elkerülhetetlen halál érzéséből eredő szenvedést létszorongásnak („existential dread”) is nevezi a szakirodalom,<sup>19</sup> ezt a fogalmat használták a *Karsai*-ügyben meghallgatott szakértők is.

Karsai Dániel 2023. augusztusában fordult az EJEB-hez, kérelmét a Bíróság Kamarája sürgősséggel tárgyalta, így 2023. novemberében már szóbeli tárgyalásra<sup>20</sup> és szóbeli szakértői meghallgatásra került sor. Szakértőként hallgattak meg két nemzetközileg is elismert professzort, Sándor Juditot és Régis Aubry-t.

Az ügyben észrevételeiket civil szervezetek is megosztották a Bírósággal, így Magyarországról a Társaság a Szabadságjogokért, a svájci székhelyű, életvégi döntésekkel kapcsolatos szolgáltatást nyújtó Dignitas, továbbá a European Centre for Law and Justice, az Alliance Defending Freedom International, a Care Not Killing szervezetek, valamint az olasz kormány is előterjesztett ún. *amicus curiae*-t.

### 4. AZ ÍTÉLET ÖSSZEFOGLALÁSA<sup>21</sup>

A Kamara 2024. június 13-án kelt ítéletével arra a döntésre jutott, hogy Dániel felhívott egyezményes jogai nem sérültek a hazai szabályozás és a konkrét ügy körülményeit figyelembe véve. A döntés fókuszában az a megállapítás áll, miszerint Dániel nem vitatta, hogy magas színvonalú palliatív ellátás áll rendelkezésére Magyarországon, amely alkalmas arra, hogy enyhítse a szenvedéseit.

A Bíróság fenntartotta, hogy mindenkinek joga van a saját halála idejének és módjának megválasz-

tásához, ezt a Kamara továbbra is a magánélethez való jogból vezette le. Arra is kitért a fórum, hogy az európai trendek egyértelműen az életvégi döntések szélesebb körű legalizálásának irányába mozdultak. Ugyanakkor a Bíróság továbbra is az állam mérlegelési körébe eső kérdéskörként tekint ezen terület szabályozására – tekintetbe véve a döntés révén is megerősített, tág mozgásteret hagyó gyakorlatát.

A döntés arra hivatkozott, hogy az életvégi döntési helyzetekben az orvosi kezelés visszautasítása vagy megszüntetése kérelmezésére való jog szorosan összefügg a szabad és tájékozott döntés jogával, amelyet az Oviedói Egyezmény is biztosít, ugyanakkor rámutatott a fórum arra, hogy az orvos-asszisztált halál (PAD) nem esik e körbe. Erre figyelemmel a bíróság előbb megállapította, hogy az érintett csoportok nincsenek összehasonlítható helyzetben, majd pedig arra következtetett, hogy a különbségtétel tárgyilagossága és észszerű mérlegelés eredménye.

Szükséges kitérni az ítélethez fűzött különvéleményre is, amelyet Gilberto Felici bíró jegyez, és amely más, ugyanakkor az ítélező bíróságtól alapvetően elvárható szemszögből világítja meg az ügyet; jelesül, egyetért Dániellel abban, hogy az ő esete mind a Bíróságtól, mind pedig az államtól reakciót, illetve megoldást igényel. A részletesen alátámasztott különvélemény egyértelmű kritikát fogalmaz meg a többségi döntéssel szemben: „Karsai úr a Kamara által szakszerűen megszervezett, nyilvános meghallgatáson bátorsággal, erővel és lendülettel mutatta be saját helyzetét. Emlékeztette a Bíróságot arra a kötelességére, hogy a konkrét ügyben konkrét, nem pedig csak elvont döntést kell hoznia. A kérelmező testi gyengesége szembevetendő ellenpontja volt érveire. Az a benyomás alakult ki, hogy a kérelmező által megalapozottan felvetett sérelmeket nem vették figyelembe, és hogy jogos kérelme süket fülekre talált.”<sup>22</sup>

Felici bíró finoman és érzékenyen fogalmazta meg kritikáját a többségi döntéssel, vagyis azzal kapcsolatban, hogy a Bíróság egyértelműen kifejezte, hogy nem kötelezheti az államokat az életvégi döntések általános legalizálására. Felici bíró azonban rámutatott, hogy a többség nem adott választ Dániel konkrét helyzetére: arra, hogy saját testében van csapdába esve, anélkül, hogy érdemi döntési lehetősége lenne élete befejezéséről, szemben más gyógyíthatatlan betegekkel Magyarországon.

## 5. ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK A KARSAI-ÜGY TÜKRÉBEN

### 5.1. Az egyenlő bánásmód és a diszkrimináció tilalma tekintetében

A Karsai-ügy egyik nívója, hogy az EJEB elé kerülő korábbi életvégi ügyekben a diszkrimináció tilalma nem merült fel. A Karsai-ügy egyik központi eleme éppen az, hogy Magyarországon jelenleg a gyógyíthatatlan betegségben szenvedő, önellátásra képtelen betegek számára a jog biztosít életvégi döntést az életmentő, életfenntartó ellátás visszautasításának jogán keresztül, amellyel szenvedésüket és egyúttal életüket megrövidíthetik (életfenntartó ellátás visszautasítása).<sup>23</sup> Ezt az életvégi döntést előzetes rendelkezésben vagy az ellátás felmerülésekor is megtehetik.<sup>24</sup>

Magyarország tehát jelenleg egyetlen életvégi döntést biztosít, amelynek feltétele, hogy a beteg életmentő vagy életfenntartó ellátásra szoruljon. Ebből az életfenntartó ellátás az, ami tervezhető, hiszen az életmentő beavatkozás szükségességét ritkán lehet pontosan előre jelezni, azzal tervezni. A diszkriminációs teszt első lépéseként azt szükséges mérlegelni, hogy egymással összehasonlítható helyzetben vannak-e az életfenntartó kezelést igénylő és nem igénylő gyógyíthatatlan betegek. Ezt követően szükséges vizsgálni második lépcsőben, hogy van-e különbségtétel a két csoport tekintetében, és ha igen, a különbségtétel milyen objektív és észszerű indokon alapul.

Az EJEB döntésében arra a következtetésre jut, hogy az életfenntartó ellátás visszautasítása és az orvos-asszisztált halál eredendően különböznek céljukban, így azok a gyógyíthatatlan betegek, akik életfenntartó ellátásra szorulnak, nincsenek összehasonlítható helyzetben azokkal, akik bár gyógyíthatatlan betegek, de nem szorulnak ilyen ellátásra.

Az EJEB rögzíti azt is, hogy a csoportképzés vizsgálata tulajdonképpen szükségtelen, mivel eleve objektív és észszerű a különbségtétel indoka, amelyet abban jelöl meg a Bíróság, hogy az ellátás visszautasítása széles körben elismert, a tájékozott beleegyezésen alapuló jog, míg az orvos-asszisztált halál esetében ilyen nem azonosítható.

A szerzők álláspontja szerint az EJEB érvelése erősen vitatható. Az összehasonlítható helyzet vizsgálatá-

nak lefolytatása során a Bíróság tulajdonképpen felmenti magát indokolási kötelezettsége alól. A döntés rögzíti, hogy az ellátás visszautasítása és az orvos-asszisztált halál eltérő célból és indokból történik, ennek kifejtésével azonban adós marad. Eleve meglepő lehet az is, hogy az összehasonlítható helyzetet nem az egyén helyzete, állapota alapján ítélte meg a Bíróság, hanem a két jogintézményt összehasonlítva.

Nézzünk egy konkrét példát. Egy kissejtes tüdő- vagy hasnyálmirigyirák esetén a beteg dönthet úgy, hogy kemoterápia útján lassítja a betegség lefolyását, vagy azt visszautasítva megrövidíti életét és szenvedését. ALS beteg esetében ilyen ellátás nem elérhető, így azt visszautasítani sem lehet; az ALS betegek életének utolsó időszaka jellemzően eltér más gyógyíthatatlan betegektől.

A két csoport álláspontunk szerint relevánsan hasonló helyzetben van. Mindkét beteg betegsége gyógyíthatatlan és bizonyosan a halálát okozza. Az elkerülhetetlen haláluk és betegségük okozta szenvedés is hasonló. A magyar jog mindezek ellenére eltérően kezeli ezt a két beteget és csak egyikük számára teszi lehetővé, hogy szenvedését megrövidítse.

Az EJEB döntéséből nem derül ki, hogy milyen eltérő célt azonosít az ellátás visszautasítása és az orvos-asszisztált halál esetében. A fenti példából is jól látható, hogy egy kissejtes daganatos beteg esetében igazából lényegtelen, hogy szenvedése lerövidítése a kemoterápia visszautasítása vagy más módon történik. A beteg célja a szenvedés és egyúttal életének rövidítése, annak módja az ő szempontjából másodlagos. Vitathatatlanul azonosíthatók különbségek a két jogintézmény között, a céljuk ebben az esetben azonban pont egybeesik: emiatt lett volna fontos, hogy az EJEB részletesen indokolja döntését, ez azonban sajnálatos módon elmaradt.

Más szemszögből, de ugyanerre a következtetésre jut Felici bíró is különvéleményében. Érvelése szerint az EJEB döntésével azt fogadta el, hogy a biológiailag túlélni képes egyénnek joga van az életét megrövidíteni az ellátás visszautasítása által, míg a biológiai szempontból túlélésre nem képes egyént ez a jog – a halálát közvetlenül megelőző időszak kivételével – nem illeti meg. Felici bíró azt is kiemeli, hogy álláspontja szerint az ALS betegséggel járó teljes kiszolgáltatottság, az önellátásra való képtelenség miatt szükségessé váló állandó ápolás, gondozás is életfenntartó ellátásnak tekinthető; az életfenntartó ellátás nem szűkíthető le a gépekkel történő életben tartásra.

Az EJEB döntésével kapcsolatos kritika elsődlegesen nem annak konklúziójára irányul, hiszen ismert, hogy az EJEB gyakorlata a tagállamoknak rendkívül széles mérlegelési jogkört biztosít az életvégi döntések terén, ez pedig a diszkriminációs teszt elvégzését is befolyásolja. Ugyanakkor nem hagyható figyelmen kívül, hogy a *Karsai*-ügy volt az első olyan életvégi ügy, amely a diszkrimináció tilalma felől közelítette a kérdést, és azt a problémát vetette fel, hogy amennyiben egy tagállam biztosít életvégi döntést, a szabályozás tehet-e különbséget a gyógyíthatatlan betegek csoportjai között.

Az EJEB döntésében nem adott választ arra a kérdésre, hogy ha Magyarországon a jogszerű életvégi döntésekkel egy ALS beteg nem élhet, akkor milyen módon gyakorolhatja a halála idejének és módjának megválasztásához való jogát, amely autonómiája részét képezi az EJEB gyakorlata szerint. Mindezekre tekintettel fennáll a veszélye annak, hogy az ALS betegek életük utolsó szakaszának néma megfigyelőivé válnak, akik emberi méltóságuk romjain ülve várják az elkerülhetetlen halált.

## 5. 2. A magánélethez való jog sérelme tekintetében

A magánélethez való jog sérelme kapcsán az EJEB javarészt megerősítette korábbi gyakorlatát, azon nem kívánt túllépni.

Előremutató ugyanakkor, hogy döntésében az EJEB rögzíti, hogy vitathatatlanul elmozdulás érzékelhető az Európa Tanács tagállamaiban a gyógyíthatatlan betegek esetében az orvos-asszisztált halál dekriminalizálására. A Bíróság azonban továbbra is az egyes tagállamok széles mérlegelési joga részeként tekint az életvégi döntésekre és hivatkozott arra is, hogy a tagállamok többsége büntetőjog által tiltja az öngyilkosságban való közreműködést (ideértve az orvos-asszisztált halált).

Alapvetően helytálló és helyeselhető az EJEB következetes álláspontja, miszerint az életvégi döntések komplex és igen érzékeny terület, amelyet a tagállamok is különböző módokon közelítenek meg, így a tagállamok számára széles mozgásteret kell biztosítani. Fontos azonban vizsgálni időről időre, hogy történt-e változás az életvégi döntések tagállami megítélésében. A *Karsai*-ügy beadványai részletes statisztikákkal alátámasztva szemléltették, hogy Európában egyértelműen elmozdulás érezhető az életvégi döntések és az orvos-asszisztált halál lehetővé

tétele irányában. A tagállami szabályozások változása mellett a társadalmi attitűdök is jelentősen változtak, egyrésztől megnőtt az igény az emberek részéről, hogy maguk dönthessenek a halálukat érintő kérdésekben, másrésztől pedig ahol már korábban lehetővé tették az orvos-asszisztált halált, ott a társadalom magas és emelkedő bizalommal van a jogintézmény iránt.<sup>25</sup>

Érdemes figyelembe venni azt is, hogy az orvos-asszisztált halált lehetővé tevő tagállamok (Ausztria, Belgium, Finnország, Németország, Olaszország, Liechtenstein, Luxemburg, Hollandia, Portugália – folyamatban –, Spanyolország, Svédország és Svájc) lakossága az Európa Tanács tagállamai összességének jelentős részét teszi ki. Az Európa Tanács teljes lakosságának közel 43%-a számára biztosított saját országában az orvos-asszisztált halál valamely formája.<sup>26</sup> Ebből a szemszögből vizsgálva még jobban látható, hogy az életvégi döntések biztosítása egyértelmű európai folyamat, annak ellenére, hogy Nyugat-Kelet irányú különbség érzékelhető.

A 8. cikk sérelme kapcsán fontos kiemelni azt is, hogy az EJEB eltért korábbi gyakorlatától. A *Haas v. Svájc*,<sup>27</sup> *Koch v. Németország*<sup>28</sup> és a *Mortier v. Belgium*<sup>29</sup> ügyekben következetesen kiforrott az EJEB gyakorlatában, hogy az egyénnek joga van arra, hogy maga döntsön élete végének idejéről és módjáról. Ezzel szemben a *Karsai*-ügyben a Bíróság az egyén ezen jogára egyáltalán nem hivatkozik, sőt, a döntés 138. §-ában nem is jogként, hanem egyszerű érdeként fogalmazza meg a panaszos jogát. Az egyén alapvető jogának érdeként történő megjelölése álláspontunk szerint nem egyszerű megszövegezés vagy formai eltérés, hanem érdemi jelentőséggel bír és ellentétben áll az EJEB eddigi gyakorlatával.<sup>30</sup>

Az EJEB döntésében nem tért ki egy további, a panaszos által felvetett diszkriminációval kapcsolatos érvre sem. A tárgyaláson is elhangzott a magyar állam képviselője részéről, hogy az egyén bármikor szabadon dönthet úgy, hogy életének véget vet, az öngyilkosság nem büntethető, tehát a panaszos is elkerülheti a nem kívánt szenvedést. Ugyanígy nem büntethető, amennyiben maga külföldre utazik, olyan államba, ahol az orvos-asszisztált halál legális. Egy ALS beteg esetén azonban ez korántsem ilyen egyszerű.

Az ALS betegség lényege, hogy a beteg fokozatosan elveszti a mozgás képességét, mentális képességét azonban a betegség tipikusan nem érinti. A járás, helyváltoztatás, ülés, beszéd stb. képességek

elvesztése hosszabb folyamat, amely egyre fokozódó szenvedést és romló életminőséget okoz. Az életvégi döntések lényege, hogy a beteg számára elviselhetetlen életminőségből kiutat biztosítson saját szabad akarata alapján. Ezzel szemben a saját kezű öngyilkosság esetén egy ALS betegnek nem azt kell mérlegelnie, hogy aktuális életminőségéhez hogyan viszonyul, hanem hogy önállóan egyáltalán még képes-e azt kivitelezni vagy külföldre utazással orvos-asszisztált halált igénybe venni.

Akár cinikusnak is tekinthetjük azt a javaslatot, hogy egy ALS beteg megszabadulhat a szenvedéstől öngyilkosság útján, mivel ezt csak addig teheti meg, amíg betegsége az ehhez szükséges mozgásképeségtől még nem fosztotta meg. Ez a pont pedig egyáltalán nem biztos, hogy egybeesik azzal az állapottal, amelyet a beteg már elviselhetetlennek tart. Azt, hogy az egyén maga ítélhesse meg, mi számára az elfogadható életminőség nem szabad az önálló utazás képességének merőben technikai mérlegelésére cserélni.

A legjobban talán úgy érthetjük meg ezt a gondolatmenetet, ha visszatérünk egy ALS beteg és egy kissejtes tüdődaganatos beteg példájára. A kissejtes daganatos betegek az ellátás visszautasítása mellett vagy helyett szabadon dönthetnek úgy, hogy más államba (például Svájcba vagy Belgiumba) utaznak, ahol életüknek orvosi segítséggel véget vehetnek. Az ALS betegek erre önállóan csak egy ideig képesek, utána már mások segítségére szorulnak. Míg a külföldre utazó daganatos betegek döntésének nincsenek büntetőjogi következményei, addig az ALS betegek csakis akkor tudnak elutazni, ha valaki ebben segít nekik, a segítő személy viszont már büntetendő cselekményt valósít meg a magyar jog szerint. Különbség van tehát abban is, hogy az egyén a döntésének maga érvényt tud-e szerezni, vagy ahhoz más személy közreműködése szükséges.

Pontosan erre figyelemmel hivatkozott Karsai Dániel arra, hogy ő olyan fogyatékossgal élő embernek minősül, akinek szüksége van más személy közreműködésére, illetve segítségére szinte minden egyes döntése érvényre juttatásában. Úgy is megragadhatjuk ezt a helyzetet, hogy az autonómiájának mások közreműködése a garanciája. Hiába döntene úgy, hogy öngyilkos lesz, vagy orvos-asszisztált halál igénybe vétele céljával külföldre utazik, ha ezt önállóan képtelen végrehajtani. Felmerül tehát annak a kérdése, hogy az egyén autonómiája magában foglalja-e más személy közreműködését, segítségét abban

A KAMARA DÖNTÉSÉNEK KÖZPONTI ÉRVE, HOGY A PALLIATÍV ELLÁTÁS ÉS A PALLIATÍV SZEDÁCIÓ MEGFELELŐ ALTERNATÍVÁJA AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEKNEK ALS BETEGEK ESETÉBEN. EZ AZ ÉRV AZONBAN ÁLTALÁNOSÁGBAN [...] NEHEZEN TARTHATÓ

az esetben, ha az egyén döntése más módon nem tud érvényesülni. Vagyis, az egyén autonómiájának védelme kiterjed-e az autonómia megvalósulásához feltétlenül szükséges másik személy részvételére is? Az EJEB döntésében erre a felvetésre nem reagált.

### 5. 3. Palliatív ellátás mint az életvégi döntések alternatívája

A Kamara döntésének központi érve, hogy a palliatív ellátás és a palliatív szedáció megfelelő alternatívája az életvégi döntéseknek ALS betegek esetében. Ez az érv azonban általánosságban – a gyakorlatra vonatkozó adatok tükrében pedig különösképpen – nehezen tartható.

Először is azt szükséges tisztázni, hogy hol kezdődik a palliatív ellátás egy ALS beteg esetében. Az ALS gyógyíthatatlan, halálos betegség, amelynek nincs jelenleg ismert gyógymódja (kuratív kezelése). Ebből következik, hogy a diagnózis után a beteg voltaképpen rögtön palliatív ellátásba kell, hogy kerüljön. A palliatív ellátás célja a szenvedés csökkentése, ide értjük például a gyógytornát, a beszédterápiát, a pszichés támogatást, a fájdalomcsillapítást, a masszázst.

A palliatív ellátás három okból sem alkalmas arra, hogy Dániel és betegtársai szenvedését megoldja. Először is, a palliatív ellátás fogalmilag nem képes a teljes szenvedés megszüntetésére. Ezen túlmenően a hazai palliatív ellátás strukturális hiányosságai következtében még azon tünetek enyhítésére sem alkalmas, amelyre egyébként alkalmas lehetne. Végül a palliatív ellátás esetén is érvényesülnie kell a tájékozott beleegyezésen alapuló egészségügyi ellátás alapelveinek, miszerint (a döntési képesség elvesztésének sajátos eseteit kivéve) senki sem vethető alá akarata ellenére kezelésnek, ellátásnak.<sup>31</sup>

Magyarországon jelenleg nincsen hatályban olyan palliatív szakmai irányelv, amely kitérne az ALS betegek helyzetére. Jelenleg egyetlen hatályos szakmai irányelv van a palliatív területen,<sup>32</sup> ennek címe „A daganatos felnőtt betegek teljes körű hospice és palliatív ellátásáról”. A szakmai irányelv a neurológiai tagozat bevonása nélkül készült, és említés szintjén sem vonatkozik az ALS betegsége. Az irányelv egyetlen helyen, a 13. számú ajánlásban említi a palliatív szedációt, ahol is kiemeli, hogy amennyiben nem krízishelyzetről van szó, a palliatív szedáció bevezetése a páciens által már korábban kinyilvánított, előzetes rendelkezés szerint történjen.

Egy hazai palliatív orvosi tankönyv is kiemeli ugyanakkor, hogy „Magyarországon a palliatív szedáció fogalma, protokoll szerinti gyakorlata szinte egyáltalán nem ismert. Természetesen a mindennapi klinikai gyakorlatban jelen van, de nincsenek eljárásrendek, ajánlások, hogy mikor, hogyan, hol, milyen feltételek esetén lehet, szükséges alkalmazni, melyek a lépései, folyamata.”<sup>33</sup> Jól látható, hogy a palliatív szedáció Magyarországon jelen van, azonban teljesen eshetőséges annak alkalmazása, amely a betegbiztonságot bizonyosan nem szolgálja. A szakmai irányelvek elfogadása biztosítja az egészségügyi ellátás általános minőségét és szakszerűségét, emellett az Eütv. 150. § (1) bekezdés k) pontja alapján a felelős miniszter kötelezettsége.

Az ALS betegek palliatív ellátása kapcsán a szakirodalom kiemeli azt is, hogy multidiszciplináris teamre (orvos, gyógytornász, dietetikus, pszichikai segítséget nyújtó szakember, szociális munkás és ápoló) van szükség, mivel az ALS betegség maga is rendkívül komplex.<sup>34</sup> Neurológus részvétele alapvető jelentőségű, a multidiszciplinaritás pedig az ALS betegek ellátásának jelenlegi standardja.<sup>35</sup> Egyes tanulmányok az életvégi döntések biztosítását is az ALS betegek palliatív ellátásának részeként tekintik.<sup>36</sup>

Magyarországon jelenleg semmilyen minőségi kritérium nincs meghatározva az ALS betegek palliatív ellátását illetően. A súlyos normatív hiányosságokból fakadó alapjogsérelmet pedig fokozzák az ellátórendszer strukturális hiányosságai.

A palliatív ellátásnak megkülönböztethetjük két típusát az alapján, hogy az ellátás a beteg otthonában történik, vagy egy intézményben érhető el. Ami az utóbbit illeti, az Egészségügyi Világszervezet (WHO) ajánlása szerint az egyes országoknak 80-100 palliatív férőhelyet szükséges biztosítani egy millió lakosonként.<sup>37</sup> Az európai ajánlásokban is hasonló számok szerepelnek.<sup>38</sup> Magyarország körülbelül 9,6 milliós lakosságával számolva nagyjából 800-1000 palliatív férőhelyre lenne szükség ahhoz, hogy a nemzetközi, illetve európai palliatív ellátási standardoknak megfeleljünk. Jelenleg ennek nagyjából 50%-a biztosított hazánkban, és az elmúlt 13 évben érdemi kapacitásbővítésre nem került sor, miközben a területen dolgozó szakemberek száma csökkent.<sup>39</sup>

Az otthoni palliatív ellátás helyzete még ennél is problémásabb. Az otthoni hospice ellátás összesen 150 napra rendelhető el finanszírozott módon.<sup>40</sup> Egy ALS beteg jellemzően akár évekig is ápolásra és gon-

dozásra szorul, a 150 nap felhasználását követően azonban ilyen jellegű szolgáltatás már nem biztosított számára társadalombiztosítási finanszírozás keretében. Az ALS betegek helyzetét alapvetően meghatározza, hogy milyen mértékű anyagi forrásokkal rendelkeznek, mivel saját ápolásukat jelentős részben maguknak kell finanszírozniuk, piaci alapon.

A palliatív ellátás strukturális problémáit (alulfinanszírozottság, illetve anyagi és humán erőforrások, komplex képzések és átfogó tervezés hiánya) a szakirodalom is kiemeli.<sup>41</sup> A palliatív ellátáshoz való hozzáférés országszerte problémás.<sup>42</sup> A Szöllösi-Tátrai szerzőpáros rámutatott például, hogy a 2018-as évben voltak olyan járárok az országban, ahol nem történt otthoni hospice ellátás, illetve, az ellátáshoz való hozzáférésben lakóhely szerint jelentős egyenlőtlenségek mutatkoztak, valamint a szolgáltatói gyakorlatban további elemzésre váró, viszáélészerű diszfunkcionalitás érhető tetten.<sup>43</sup>

Fontos felhívunk a figyelmet arra is, hogy a palliatív ellátás eleve nem alkalmas arra, hogy egy ALS beteg szenvedésének valamennyi aspektusát kezelje. Talán a legfontosabb, hogy az ALS betegek által megélt létszorongást („existential dread”) palliatív eszközökkel nem lehet semlegesíteni. Kutatások eredményeiből világosan látszik, hogy a gyógyíthatatlan betegek leggyakrabban autonómiájuk és emberi méltóságuk elvesztésének érzésére hivatkozva élnek életvégi döntéssel azon államokban, ahol jogszzerűen biztosított az orvos-asszisztált halál (PAD).<sup>44</sup>

A Karsai-ügyben meghallgatott szakértők is megerősítették, hogy az ALS betegek által átélt lelki szenvedést a palliatív ellátás nem képes hatékonyan megszüntetni, így különösen azt nem, hogy a beteg világosan tudatában van annak, hogy halála elkerülhetetlen, és fizikális állapota folyamatosan, megállíthatatlanul rosszabbodni fog.

A palliatív ellátás igénybe vétele valójában nem igazi alternatívája az életvégi döntéseknek. A gyógyíthatatlan betegek haldoklása egy folyamat, ami ALS betegek esetén gyakran éveket jelent. A palliatív ellátás ebben az időszakban a beteg szenvedését csillapítja, azonban erre korlátlanul és teljesen nem képes. Az életvégi döntések, az orvos-asszisztált halál választása egy hosszú és szenvedéssel teli út végét jelent a beteg számára, amire a beteg szabad és tájékozott döntése alapján kerül sor; akkor, amikor a beteg a palliatív ellátás ellenére is úgy ítéli meg, hogy életminősége olyan mértékben megromlott, hogy az számára már nem elfogadható. A palliatív ellátásnak

és az életvégi döntéseknek megvan a maguk helye ebben a folyamatban; valójában kiegészítik egymást, nem pedig ellentétben állnak egymással.

Összefoglalva az eddigieket, a palliatív ellátás eleve nem alkalmas arra, hogy egy ALS beteg szenvedését teljes mértékben megszüntesse. Az átélt szenvedés idővel fokozódik, felgyülemlik az emberben. A hazai palliatív ellátás rendszerszintű hiányosságai miatt a gyakorlatban még a lehetséges mértékben sem

ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK NAP MINT NAP SZÜLETNEK: AZ EGYEDÜLI KÉRDÉS, HOGY KI HOZZA MEG AZOKAT. HA AZ EGYÉN SZÁMÁRA A DÖNTÉS JOGA NINCS BIZTOSÍTVA, AZ AZT JELENTI, HOGY – A DÖNTÉSI JOG ELVONÁSA ÁLTAL – AZ ÁLLAM MÁR MEGHOZTA A DÖNTÉST AZ EGYÉN HELYETT

tud érvényesülni a szenvedés csillapítása: ez nem a palliatív ellátásban dolgozók szaktudásának hiányosságára, hanem az állami kötelezettségek teljesítetlenségére vezethető vissza. A gyógyíthatatlan betegek életének utolsó szakasza egy folyamat, amelyben a palliatív ellátás mellett is eljuthat a beteg arra a pontra, amikor az életminősége már nem elfogadható számára; ekkor merülnek fel az

életvégi döntések és az orvos-asszisztált halál.

Nehezen tartható mindezekre tekintettel az EJEB álláspontja, miszerint az ALS betegek számára nincs szükség életvégi döntés biztosítására, mert palliatív ellátás révén a szenvedésük kellő mértékben enyhíthető. Az EJEB ezzel éppen az egyént fosztja meg attól, hogy saját szenvedését és életminőségét maga ítélhesse meg.

## 6. ZÁRÓ GONDOLATOK ÉS A KARSAI-ÜGY TOVÁBBÉLÉSE

Alapjogi szempontból a legfontosabb, hogy az egyén miként tudja érvényre juttatni életvégi preferenciáit alapjogi gyakorlása útján. Fontos kitérnünk arra, hogy bár szűk körben, de van kihasználatlan lehetőség a hazai rendszerben. Az életmentő, életfenntartó ellátás visszautasítása hazánkban évtizedek óta jelen van, akár előzetes rendelkezés<sup>45</sup> útján, akár a kezelés felmerülésekor ún. *on the spot*<sup>46</sup> módon. Ennek ellenére elenyésző számban került sor ilyenre dokumentált módon.<sup>47</sup>

A Karsai-ügy talán legfontosabb eredménye, hogy a mai magyar közbeszédben gyakori témává vált a gyógyíthatatlan betegek helyzete és az életvégi döntések. Észlelhető, hogy a közvélemény, valamint az egészségügyi szolgáltatók egyaránt fokozott érdeklődést mutatnak a hazai jogi környezet iránt. Az előzetes rendelkezést készítő közjegyzők részéről is számos jó gyakorlat jött létre. Érezhető a szakmák közötti fokozott együttműködés is, ami jól tetten érhető a konferenciák és kerekasztal-beszélgetések



megnövekedett számában. A nyilvános események mellett pedig informális kapcsolatfelvétel, tájékoztató és segítségkérés is folyik a társszakmák képviselői között. A hazai szabályozás tudatos és jogszerű működtetése lehetővé teszi, hogy a korábbi „szürke zóna” helyett reális képet kapjunk az életvégi helyzetek valóságáról Magyarországon.

A palliatív ellátás strukturális hiányosságai kapcsán fontos hangsúlyozni azt is, hogy az nem az ellátásban dolgozók felelőssége vagy hibája. Ők már jelenleg is rendszerint erőn felül teljesítenek, azért, hogy ezeket a hiányokat megpróbálják betapasztani a betegek érdekében.

A rendszerszintű hiányosságokat azonban nem egyéni áldozatok révén kellene pótolni. Egyrészt, az ellátásban dolgozóknak számos elemre egyáltalán nincsen, vagy csak csekély mértékben van ráhatásuk (finanszírozás, kapacitás, területi eltérések stb.), így még rendkívül súlyos személyes áldozat (önként vállalt túlmunka, többszörös betegszám ellátása) is csak kis mértékben tudja pótolni a rendszer hiányosságait. Másrészt, az ellátásban dolgozó szakemberek feladata a betegellátás, aminek a rovására is mehet (kiégés, kimerültség, stressz, egy betegre jutó kevesebb idő), ha a szakemberek rendszerszintű hiányosságokat igyekeznek helyrehozni, akár csak időlegesen is.

A Karsai-ügy az életvégi döntéseket a magyar társadalmi és szakmai párbeszéd középpontjába helyezte. Az EJEB elutasító döntése nem jelenti a már mások által megkezdett és Karsai Dániel által jelentősen előremozdított ügy végét; sokkal inkább egy mérföldkő az úton. A társadalmi igény jelen van arra, hogy az életvégi döntésekről beszéljünk, és a szabályozást időről-időre újragondoljuk. A társadalmi igény mellett azonban kérdéses, hogy a jogalkotó erre milyen módon reagál, az egyén számára lehetővé teszi-e az életvégi döntés meghozatalát, vagy az egyén helyett az állam dönti el, hogy milyen körülmények között fog véget érni az ember élete.

Életvégi döntések nap mint nap születnek; az egyedüli kérdés, hogy ki hozza meg azokat. Ha az egyén számára a döntés joga nincs biztosítva, az azt jelenti, hogy – a döntési jog elvonása által – az állam már meghozta a döntést az egyén helyett.

## JEGYZETEK

1. Stánicz Péter Karsai Dániel jogi képviselőjeként járt el az Emberi Jogok Európai Bírósága előtt. A jelen tanulmányban megjelenő gondolatok a szerzők önálló gondolatai, azok nem tekinthetők sem Karsai Dániel, sem a jogász team többi tagjának álláspontjaként.

2. Lásd az OECD adatait: Life expectancy at birth, <https://www.oecd.org/en/data/indicators/life-expectancy-at-birth.html?oecdcontrol-f42fb73652-var3=2023>.
3. Lásd az EuroStat adatait: Healthy life years statistics, [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy\\_life\\_years\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics); a módszertanról lásd: EU Statistics on Income and Living Conditions (SILC), [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health\\_variables\\_in\\_SILC\\_-\\_methodology&oldid=619619](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health_variables_in_SILC_-_methodology&oldid=619619).
4. BUSA Csilla – ZELLER Judit – CSIKÓS Ágnes: Életvégi kívánalmakkal és döntésekkel kapcsolatos vélemények és ismeretek a magyar társadalomban, *Kharón Thanatológiai Szemle*, 2018/3, 9–26.
5. Thomas J. PRENDERGAST – Michael T. CLAESSENS – John M. LUCE: A national survey of end-of-life care for critically ill patients, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 1998, 1163–1167, <https://doi.org/10.1164/ajrccm.158.4.9801108>.
6. Charles L. SPRUNG – Simon L. COHEN – Peter SJOKVIST et. al.: End-of-life practices in European intensive care units; The Ethicus Study. *JAMA*, 2003. augusztus 13., 790–797, <https://doi.org/10.1001/jama.290.6.790>.
7. HEGEDŰS Katalin: Létezik-e jó halál? *Lege Artis Medicinae*, 2012/12, 703–706, 703.
8. Karsai Dániel maga is ügyvéd, alkotmányjogász, korábban az Emberi Jogok Európai Bíróságán dolgozott 2005 és 2009 között. Több ezer magyarországi ügyfelet képviselt az Alkotmánybíróság és az EJEB előtt.
9. Az eutanázia általános fogalmára épülő rendszerezésért részletesen lásd: KUSSINSZKY Anikó – STÁNICZ Péter: Életvégi döntések itthon és Európában – az Emberi Jogok Európai Egyezményéből fakadó alapkövetelmények, *Közjogi Szemle*, 2021/2, 35–42.
10. Tom BEAUCHAMP: The Origins and Evolution of the Belmont Report, In *Belmont Revisited: Ethical Principles for Research With Human Subjects*, eds. James CHILDRESS – Eric MESLIN – Harold SHAPIRO, Washington D.C., Georgetown University Press, 2005, 12–25, <https://doi.org/10.1353/pbm.2020.0016>. Bővebben: Tom BEAUCHAMP – James CHILDRESS: *Principles*, New York, Oxford University Press, 2008.
11. Ezzel azonos álláspontot fejtett ki a Karsai-ügyben meghallgatott egyik szakértő is, aki maga is kiemelte a pontos fogalomhasználat alapvető jelentőségét.
12. ÉLŐ Gábor: Az újraélesztés újraértelmezése – autonómia és megbízhatóság, *Állam- és Jogtudomány*, 2016/4, 100.
13. KUSSINSZKY Anikó – STÁNICZ Péter: Van-e döntésünk az élet végén? Lehetőségek és kompetenciák a gyakorlat tükrében. *Autonómia, életvédelem, jogbiztonság: az életvégi döntések szabályozása*, szerk. FILÓ Mihály, Budapest, Magyarország, ELTE Eötvös Kiadó, 2022,

- 133–144; ZUBEK László – SZABÓ Léna – GÁL János – ÖLLŐS Ádám – ÉLŐ Gábor: A kezeléskorlátozás gyakorlata a hazai intenzív osztályokon, *Orvosi Hetilap*, 2010/38, 1530–1536, 1531.
14. Lásd: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.
15. HEGEDŰS Katalin: *Az emberhez méltó halál*, Budapest, Osiris Kiadó, 2000, 21.
16. CSIKÓS Ágnes: Palliatív szedáció, in *Palliatív ellátás*, szerk. Cs. Á., Budapest, Medicina Kiadó, 2022.
17. Részletesen lásd: ZUBEK László: Ki és hogyan dönt az élet-halál kérdésében? Életvégi döntéshozatal a magyarországi intenzív osztályokon, *Állam- és Jogtudomány*, 2016/4. szám 105–119, 106.
18. A fogalomhasználat részletesebb bemutatásáért lásd: SOMODY Bernadette – STÁNICZ Péter: A tények tükröződése az életvégi döntések alapjogi dogmatikájában: Elemzés a német Alkotmánybíróság asszisztált öngyilkosságra vonatkozó döntésének apropóján. *Fundamentum*, 2020/4, 34–46; KUSSINSZKY–STÁNICZ (9. vj.); KUSSINSZKY–STÁNICZ (13. vj.). A fogalmak időbeli fejlődéséhez lásd: KUSSINSZKY Anikó – STÁNICZ Péter: Az életvégi döntések jelentésének és jogintézményének fejlődése, *Kaleidoscope*, 2024/28, 245–261, <https://doi.org/10.17107/kb.2024.28.14>.
19. Francesco PAGANINI – Christian LUNETTA – Gabriella ROSSI – Paolo BANFI et. al.: Existential well-being and spirituality of individuals with amyotrophic lateral sclerosis is related to psychological well-being of their caregivers. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, 2011/2, 105–108, <https://doi.org/10.3109/17482968.2010.502941>.
20. A tárgyalás felvétele elérhető: <https://prd-echr.coe.int/web/echr/w/karsai-v-hungary-no-32312/23>.
21. Az ítélet részletesebb összefoglalóját lásd a jelen számban.
22. Részlet Gilberto Felici bíró különvéleményéből a szerzők fordításában.
23. Ezt nevezhetjük kezeléshez kötött életvégi döntésnek is. Lásd: Eütv. 22. § (1) bekezdés c) pontjára is figyelemmel Eütv. 20. § (1) és (3) bekezdései.
24. Az életmentő, életfenntartó ellátás visszautasításának részletes szabályai és elemzése kapcsán ld.: KUSSINSZKY–STÁNICZ (13. vj.).
25. Judith A. RIETJENS – Paul J. VAN DER MAAS – Bergje D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN – Johannes J. M. VAN DELDEN – Agnes VAN DER HEIDE: Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain? *Journal of Bioethical Inquiry*, 2009/3, 271–283, <https://doi.org/10.1007/s11673-009-9172-3>.
26. Forrás: a *Karsai*-ügyben a Nagykamarához benyújtott újratárgyalás iránti kérelem melléklete.
27. *Haas Svájc elleni* ügye, 31322/07. számú kérelem, a Bíróság 2011. január 20-án kelt ítélete.
28. *Koch Németország elleni* ügye, 497/09. számú kérelem, a Bíróság 2011. május 31-én kelt ítélete.
29. *Mortier Belgium elleni* ügye, 78017/17. számú kérelem, a Bíróság 2022. október 4-én kelt ítélete.
30. Az észrevétel Kazai Viktor Zoltánnak az újratárgyalás iránti kérelemhez megfogalmazott javaslatain alapul.
31. A szerzők köszönetüket fejezik ki Busa Csilla és Szöllösi Melinda részére a palliatív ellátással kapcsolatos értékes segítségükért.
32. Elérhető: <https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek>.
33. CSIKÓS (16. vj.).
34. CSEH Tamás – KOMOLY Sámuel: Egyes neurodegeneratív kórképek palliatív ellátása: amyotrophiás lateralsclerosis, Parkinson-kór és Parkinson-plusz szindrómák, Creutzfeldt-Jakob kór, progresszív sclerosis multiplex, in *Palliatív ellátás*, szerk. CSIKÓS Ágnes, Budapest, Medicina Kiadó, 2022.
35. David OLIVER – Idris BAKER – Gian Domenico BORASIO – Patrick CRAS et. al: The involvement of palliative care with neurology – a comparison of UK, Switzerland and Italy, *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration*, 2023/3–4, 256–262, <https://doi.org/10.1080/21678421.2022.2136993>; Anish SETHI et al.: The Role of Specialty Palliative Care for Amyotrophic Lateral Sclerosis. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 2022/7, 865–873, <https://doi.org/10.1177/10499091211049386>.
36. Heather M. YOUNG – Tina R. KILABERIA – Robin WHITNEY – Benjamin M. LINK et al: Needs of persons living with ALS at home and their family caregivers: A scoping review, *Muscle & Nerve*, 2023/3, 240–249, <https://doi.org/10.1002/mus.27849>.
37. World Health Organization: *National Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines*, Geneva, WHO, 2002.
38. Sheila PAYNE et al: Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study, *Palliative Medicine*, 2022/4, 680–697, <https://doi.org/10.1177/02692163221074547>.
39. Hospice betegellátás 2023 a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő és a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület adatai alapján, összeáll. HEGEDŰS Katalin – FARKAS Attila – LUKÁCS Miklós. A jelentés és a korábbi évek adatait tartalmazó jelentések elérhetőek a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület honlapján: <https://hospice.hu/hospice-jelentesek>.
40. Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet, 35. § (10) bekezdés.
41. BENYÓ Gábor – LUKÁCS Miklós – BUSA Csilla – MANGEL László – CSIKÓS Ágnes: A magyarországi

- palliatív-hospice ellátás helyzete, kihívásai, kitörési pontjai, *Magyar Onkológia*, 2017, 292–299; CSIKÓS Ágnes – BUSA Csilla – MUSZBEK Katalin: Hospice Palliative Care Development in Hungary, *Journal of Pain and Symptom Management*, 2018/2, 30–35; <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.034>; RADVÁNYI Ildikó – NAGY Lajos – Balogh Sándor – CSIKÓS Ágnes: Nem daganatos, krónikus progresszív betegségek palliatív ellátása, *Orvosi Hetilap*, 2015/42, 1703–1709, <https://doi.org/10.1556/650.2015.30272>; SZÖLLŐSI Melinda – DÓZSA Csaba: A palliatív és hospice ellátás fejlesztése a progresszív krónikus betegek minőségi ellátásáért, *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 2020/3, 21–28.
42. A területi eloszlással kapcsolatos részletes elemzésért lásd: SZÖLLŐSI Melinda – TÁTRAI Annamária: Az otthoni hospice ellátás magyarországi egyenlőtlenségei – adminisztratív adatok feltáró elemzésének első járási szintű eredményei, *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 2024/2, 52–73, <https://doi.org/10.58701/mej.9626>.
43. Uo. 67.
44. Kifejezetten ALS betegek körében végzett kutatás: Remko M. VAN EENNENNAAM et al.: Frequency of euthanasia, factors associated with end-of-life practices, and quality of end-of-life care in patients with amyotrophic lateral sclerosis in the Netherlands: a population-based cohort study, *Lancet Neurology*, 2023/22, 59–601, [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(23\)00155-2](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(23)00155-2).
45. Eütv. 22. §.
46. Eütv. 20. § (3) bekezdés.
47. KUSSINSZKY–STÁNICZ (13. vj.).

## KANADA: „EGÉSZSÉGÜGYI HALÁLBA SEGÍTÉS”

A kanadai büntető törvénykönyv megalkotása a szövetségi törvényhozás hatásköre, az egészségügyi szolgáltatások azonban tartományi hatáskörbe tartoznak.<sup>1</sup> Ez tette lehetővé Québec számára, hogy sajátos – és a világon egyedülálló – módon az eutanáziát ún. „megfelelő kezelés”-ként („appropriate care”) határozhassa meg, és beiktathassa az egészségügyi szolgáltatások közé. 2009-ben a Québec-i Orvosi Kollégium elfogadta a klinikai etikai munkacsoportjának azt az álláspontját, hogy az eutanázia összhangban állhat az orvosi etikai kódexszel, ennek folytán orvosilag megfelelő kezelési módnak tekinthető.<sup>2</sup> A québec-i kormány ezzel a támogatással a háttérben bizottságot hozott létre, amely széles körű társadalmi konzultációt követően az „egészségügyi halálba segítés” legalizálásának javaslatával állt elő. A törvényjavaslatot 2014. június 5-én fogadták el, és 2015. december 10-én lépett hatályba.

A törvény az „egészségügyi halálba segítés”-t („medical aid in dying”) igénybe venni kívánó beteggel szemben feltételeket támaszt, többek közt, hogy súlyos és gyógyíthatatlan betegségben szenvedjen („suffer from a serious and incurable illness”), és az élete végén járjon („be at the end of life”). Az utóbbi kritérium azonban különösen éles vitát váltott ki, nem meglepő módon a követelmény alkotmányosságát is megkérdőjelezték: Nicole Gladu és Jean Truchon québec-i lakosok 2016-ban bírósághoz fordultak, mellyel megkezdődött a *Truchon*-ügy. Az ebben az ügyben hozott bírósági döntés megértéséhez azonban a Kanadai Legfelső Bíróság *Carter v. Kanada* ügyben hozott 2015-ös döntését is ismerünk kell, amely hozzájárult az „egészségügyi halálba segítés” („medical assistance in dying”) dekriminalizálásához Kanadában.

### A CARTER V. CANADA-ÜGY

„Kanadában bűncselekménynek számít, ha valaki segítséget nyújt egy másik személynek öngyilkosság elkövetéséhez. Ennek következtében azok az emberek, akik súlyos és gyógyíthatatlan betegségben szenvednek, nem fordulhatnak orvoshoz segítséget kérve éle-

tük befejezéséhez, és ezáltal előfordulhat, hogy súlyos és kibírhatatlan szenvedéssel teli hátralévő életre ítéltetnek. Akinek ezzel a helyzettel kell szembenéznie, két lehetősége van: vagy idő előtt önmagával véget vet az életének – gyakran erőszakos és veszélyes módon –, vagy szenvednie kell egészen addig, amíg a halál természetes ok folytán be nem következik. Ez a választási helyzet azonban kegyetlen.”<sup>3</sup> Ezzel a megállapítással indítja a Kanadai Legfelső Bíróság a *Carter v. Kanada* ügyben hozott 2015-ös döntésének bevezető részét. A választási helyzetre alkalmazott „kegyetlen” jelzőt eredetileg nem a bíróság alkalmazta, hanem Gloria Taylor, az az amiotrófiás laterálszklerózissal (ALS) diagnosztizált nő, aki az ügy közvetlen kezdeményezőinek egyike volt. Gloria betegségét 2009-ben diagnosztizálták, a kezdeti tünetek azonban már évekkel korábban jelentkeztek nála. 2010-re Gloria állapota már jelentősen leromlott, erős fájdalomtól szenvedett, nagyobb távolság megtételéhez kerekesszékre volt szüksége. Megpróbált ugyan továbbra is autonóm, teljes értékű életet élni, azonban egyre inkább azt érezte, hogy elveszíti az erre való képességét. Kifejezésre juttatta, hogy nem kíván „ágyhoz kötötten, méltóságtól és függetlenségtől megfosztott állapotban élni”<sup>4</sup>. A bírósági döntés idézi is Gloria saját szavait: „Nem szeretnék erőszakos halált halni. Nem szeretném, hogy a halálom módja traumatizálja a családomat. Jogszerű lehetőséget szeretnék arra, hogy nyugodtan halhassak meg, az általam megválasztott időpontban, családtagjaim és barátaim között.”<sup>5</sup>

### *A felperesek álláspontja*

Az ügynek több felperese volt. Először is Gloria Taylor, továbbá Lee Carter és Hollis Johnson (akik segítették Carter édesanyját, Kathleen Cartert a 2010-ben Svájcban elkövetett öngyilkosságában), valamint William Shoichet orvos és a Brit Columbiai Szabadságjogi Egyesület (British Columbia Civil Liberties Association). A felperesek két állítást fogalmaztak meg. Az első szerint az „orvos által asszisztált halál” tilalma a belátóképes felnőtt személyeket, akik olyan súlyos és gyógyíthatatlan betegségben szenvednek,

amely az érintettnek folyamatos, elviselhetetlen fizikai vagy lelki szenvedést okoz, megfosztja az Alapvető jogok és szabadságjogok kanadai kartája (a továbbiakban: Karta) 7. szakaszában nevesített élethez, szabadsághoz és biztonsághoz való joguktól. A felperesek második állítása az volt, hogy a tilalom a fizikai fogyatékossgal élő személyeket megfosztja a Karta 15. szakaszában nevesített egyenlő bánásmódhoz való joguktól.

A Karta, amire a felperesek hivatkoztak, 1982-ben lépett hatályba, a Kanadai Alkotmány részeként. A Karta, melynek célja az egyéni jogok és szabadságok védelme, az egyik legfontosabb jogi dokumentum Kanadában, amely azt hivatott biztosítani, hogy a kormányzati intézkedések összhangban legyenek az alapvető emberi jogokkal.

A bíróság, elemezve a felperesek állításait, a következő kérdésben összegezte az ügyet: A büntető törvénykönyv 241(b) szakaszában szereplő orvos által asszisztált halál tilalma<sup>6</sup> megsérti-e a felpereseknek a Karta 7. és 15. szakaszaiban nevesített jogait? A kérdésben szereplő „orvos által asszisztált halál” („physician-assisted death”, „physician assisted dying”) kifejezés jelentését illetően a bíróság – a felperesek által használt jelentéssel egyetértve – arra az orvosi gyakorlatra utalt, amikor az orvos a beteg kérésére olyan szert juttat a beteg szervezetébe, vagy olyan szert bocsájt a beteg rendelkezésére, ami a beteg halálát idézi elő.<sup>7</sup>

#### *A büntető törvénykönyv és a Karta*

A kanadai büntető törvénykönyv hivatkozott szakaszai (az ügy megértésének szempontjából meghatározott sorrendben): „241.: aki [...] (b) másnak öngyilkosságra bír rá, függetlenül attól, hogy az öngyilkosságot megkísérik vagy elkövetik-e, bűncselekményt követ el, és legfeljebb tizennégy év börtönnel büntethető”; „14.: senki sem adhatja beleegyezését ahhoz, hogy előidézzék a halálát, és az ilyen beleegyezés nincs hatással annak a személynek a büntetőjogi felelősségére, aki előidézi másnak a halálát, az illető beleegyezésével”.

A Karta 7. szakasza kimondja, hogy: „Mindenkinek joga van az élethez, a szabadsághoz és a személyi biztonsághoz, és azoktól nem fosztható meg, csak olyan eljárás révén, amely összhangban áll az alapvető igazságosság elveivel.” A Karta 15. szakaszának első pontja pedig a következőképpen rendelkezik az

egyenlőségről: „Minden egyén egyenlő a törvények előtt és a törvények alkalmazása során, és joga van arra, hogy a törvények másokkal egyenlő védelmet és kedvezményeket biztosítsanak számára minden megkülönböztetés nélkül, különösen pedig olyan megkülönböztetés nélkül, ami faji, nemzeti vagy etnikai származáson, bőrszínen, valláson, nemen, életkoron, vagy szellemi vagy fizikai fogyatékossgon alapul.”

#### *Az alkotmányellenes helyzet bizonyítása*

A Karta a kanadai alkotmány része, a felperesek így a büntető törvénykönyv nevezett szakaszainak alkotmányellenes voltát kívánták bizonyítani. Az ügy még 2011-ben Brit Columbia tartomány bírósága előtt indult, ám 2013-ban a Brit Columbiái Fellebbviteli Bíróság (Court of Appeal for British Columbia) hatályon kívül helyezte az alsóbb szintű bíróság azon döntését, mely alapjogsértőnek és ezáltal alkotmányellenesnek nyilvánította az öngyilkosságban közreműködés teljes körű tilalmát. A fellebbviteli bíróság arra hivatkozott, hogy az elsőfokú döntés elmentes a Kanadai Legfelső Bíróság korábbi, hasonló ügyben hozott precedensértékű döntésével.<sup>8</sup> A fellebbviteli bíróság döntését azonban a felperesek jogi képviselői megfellebbezték, az ügy ennek következtében került a Kanadai Legfelső Bíróságra (Supreme Court of Canada).

Ahhoz, hogy a felperesek bizonyíthassák a Karta 7. szakaszának megsértését, első lépésben azt kellett kimutatniuk, hogy a törvény megfosztja őket az élethez, szabadsághoz és biztonsághoz való joguktól, majd pedig bizonyítaniuk kellett, hogy a megfosztás nincs összhangban az alapvető igazságosság elveivel.<sup>9</sup> Az alapvető igazságosság elvei Kanadában az alkotmányos rend részét képezik, amiben hangsúlyos szerepet kap a jogállamiság, az egyenlő bánásmód, illetve a tisztességes eljáráshoz való jog. Szoros kapcsolatban állnak a brit közjogi hagyománnyal, melyből a kanadai jogrendszer származik.

A felperesek által feltett kérdés lényegét a bíróság a következő egymással versengő értékek konfliktusaként jellemezte: az autonómia és a méltóság értékei *kontra* az élet szentsége, illetve a sérülékeny személyek védelmének követelménye. Ebben a helyzetben a bíróság feladata a szóban forgó értékek közötti „egyensúly” megtalálása volt.<sup>10</sup> Hasonló alapjogi mérlegelési feladattal már évtizedekkel korábban is szembesült a Kanadai Legfelső Bíróság. A *Rodriguez v.*

*British Columbia* ügyben a felperesek azt állították, hogy a kanadai büntető törvénykönyv 241(b) szakasza alkotmányellenes, mivel sérti a Karta 7. szakaszát. A Kanadai Legfelső Bíróság 1993-ban hozott döntésében még elutasította a felperesek indítványát.<sup>11</sup>

Azt a kérdést kell tehát megválaszolni, hogy melyek azok az események, melyek a Kanadai Legfelső Bíróságot a *Carter*-ügyben a korábbi álláspontjától eltérő, azzal ellentétes következtetés levonására készítették. Olyan eseményekről kell szót ejteni, melyek a két ügy között eltelt időszakban történtek – részben Kanadában, részben más országokban. A határozat egyik megállapítása, hogy „a nyilvánosságban folyó vita tükrözi a törvényhozás területén zajló vitát”.<sup>12</sup> A megállapítás fordítva is megállíthatja a helyét: a törvényhozás területén zajló vita tükrözi a társadalmi nyilvánosságban folyó vitát. A társadalmi értékszemlélet változása éppúgy hatással lehet a törvényhozásra és az ítélezési gyakorlatra, mint fordítva; a két terület nem egymástól elszigetelt térben létezik. Ebből is következően a bíróságok két esetben eltérhetnek a felsőbb bíróságok döntéseitől: (1) amikor új jogi kérdés merül fel; és (2) amikor a körülményekben vagy a bizonyítékokban olyan változás áll be, ami alapvetően megváltoztatja a vita paramétereit.<sup>13</sup>

A Kanadai Legfelső Bíróság szerint mind a visszaélések kockázatának kontrollálási lehetősége, mind pedig a Karta 7. szakaszának értelmezése (a túlzó korlátozás és a túlzott aránytalanság interpretációja) megváltozott a *Rodriguez*-ügy óta eltelt időszakban.<sup>14</sup> Tulajdonképpen számos, a *Rodriguez*-ügyben nevesített körülmény – melyek az asszisztált öngyilkosság kriminalizálásának fenntartását indokolták – jelentősen megváltozott már a 2000-es évek második felére: az öngyilkossági kísérlet büntetését már sem a kanadai parlament, sem a kanadai társadalom többsége nem tartotta indokoltnak; már nem volt minden orvosszövetség álláspontja egyhangúan elítélő az asszisztált öngyilkosság dekriminalizálását illetően; már nem lehetett azt állítani, hogy az asszisztált öngyilkosság egyetlen országban sem legális; adatok voltak arra vonatkozóan, hogy a sérülékenyek tekintett személyeknek nem csupán az asszisztált öngyilkosság teljes tiltása nyújthat védelmet; és az elérhető adatok azt sem támasztották alá, hogy az eutanázia legalizálása – mintegy „csúszos lejtőként” – a nem önkéntes eutanázia előfordulásának jelentős mértékű növekedését idézné elő.<sup>15</sup>

Az is jelentős esemény volt továbbá, hogy a Kanadai Legfelső Bíróság az *R. v. Marmo-Levine* ügyben hozott 2003-as döntésében az alapvető igazságosság elveinek új megközelítését kezdte kidolgozni, melyet 2004-ben fejezett be a *Canadian Foundation for Children, Youth and the Law v. Canada (Attorney General)* ügyben hozott döntésével.<sup>16</sup> Az alapvető igazságosság legfontosabb elvei közé tartozik az önkényesség („arbitrariness”) kerülése, a túlzottan széles hatókörű („overbreadth”) és a súlyosan aránytalan („gross disproportionality”) jogalkalmazás megakadályozása. Különösen jelentős tanulmányunk szem-

pontjából az, hogy a Kanadai Legfelső Bíróság az *R. v. Heywood* ügy döntésében bevezette a „széleskörűség” doktrínáját.<sup>17</sup> A túlzottan széles hatókörű szabályozásra irányuló elemzés az állam által választott eszközöket vizsgálja az állami céllal összefüggésben. A bíróságnak figyelembe kell vennie, hogy ezek az eszközök szükségesek-e az állami cél eléréséhez. Ha az állam egy legitim cél

elérése érdekében olyan eszközöket használ, amelyek szélesebb hatókörűek, mint amilyenre szükség lenne a cél megvalósításához, akkor az alapvető igazságosság elvei sérülnek, az egyén jogainak indokolatlan korlátozása révén.<sup>18</sup>

A Brit Columbiái Legfelső Bíróság 2012-es álláspontja szerint,<sup>19</sup> melyet osztott a Kanadai Legfelső Bíróság is, az a helyzet, melyben az orvos által asszisztált halál tilalma arra kényszerítheti a beteget, hogy a saját kezével, idő előtt véget vessen az életének, érinti az élethez való jogot. (A *Rodriguez v. British Columbia* ügyben a Sopinka bíró által jegyzett többségi döntés még nem vizsgálta az élethez való jog érintettségét.) A bíróság azt azonban nem látta megalapozottnak, hogy megközelítésében az élethez való jog kvalitatív értelmezése érvényesülhessen. A kvalitatív megközelítésben az élethez való jog nem csupán az élet védelmét jelenti, hanem ennél többet. Az életminőség védelmét is tartalmazva magában foglalja a méltó halálhoz való jogot. Amennyiben azonban a személyes autonómia védelmét öleli fel, az abban kifejeződő önrendelkezési jog életvégi helyzetekben azt a jogot jelenti, hogy eldönthetjük, elvetjük-e a saját életünket.<sup>20</sup> A Kanadai Legfelső Bíróság azonban, a Brit Columbiái Legfelső Bírósággal egyetértésben, az élethez való jog értelmezése során a jog jelentéstartományát leszűkítette azokra a helyzetekre, melyekben állami beavatkozás fenyegeti halállal az egyént: „az élethez való jog csak abban az esetben érintett, amikor kormányza-

ti intézkedés vagy jogszabály folytán fenyegeti halál az egyént”.<sup>21</sup> Ebben az értelmezési keretben „az élethez való jog a »meg nem haláshoz való jog«-ra korlátozódik”.<sup>22</sup> A Kanadai Legfelső Bíróság az önrendelkezés kérdését az élethez való jog kvalitatív értelmezéséből kivonva – a Brit Columbiái Legfelső Bíróság álláspontjával egyetértésben – a személyes szabadság és a személyes biztonság fogalmaival összefüggésben tárgyalta: „az autonómiát és az életminőséget érintő kérdéseket hagyományosan a szabadsághoz és a biztonsághoz való jog kérdéseiként értelmezik. Nem látunk indokot arra, hogy ebben az ügyben változtassunk ezen a megközelítésen.”<sup>23</sup> A bíróság álláspontja az élethez való jog és a Karta 7. szakaszának kapcsolatát illetően a következő (összhangban a korábbi *Rodriguez*-ügy döntésében szereplő állásponttal): „A mondtak alapján nem értünk egyet azzal az állásponttal, mely szerint az élethez való jog egzisztenciális formulája a halálba segítés abszolút tilalmát kívánná meg, hogy az egyének nem »mondhatnak le« az élethez való jogukról. Ez ugyanis az »élet élésének kötelességét« teremtené meg, nem pedig az »élethez való jogot«, és kérdésessé tenné az életmentő vagy életfenntartó kezelése visszautasításához [„withdrawal or refusal”] adott bármifajta beleegyezést. Az élet szentsége az egyik legalapvetőbb társadalmi értékünk. A 7. szakasz azonban a haldokló személy életét, szabadságát és biztonságát is magában foglalja. Ez az, ami miatt az élet szentségére »már nem tekintünk úgy, mint ami az összes emberi élet bármi áron történő védelmét követelné meg« (*Rodriguez*, 595. par.). És ez az, ami miatt a jognak fel kell ismernie, hogy bizonyos körülmények között az egyén élete végén meghozott döntése tiszteletet érdemel.”<sup>24</sup>

A szabadság elve védelmezi „az alapvető személyes döntések állami beavatkozástól mentes meghozatalához való jogot”.<sup>25</sup> A biztonság elve védi „a személyes autonómia olyan felfogását, amely magában foglalja [...] a saját testi integritás feletti, állami beavatkozástól mentes kontrollt”,<sup>26</sup> mely elv érintetté válik azokban az esetekben, amikor az állami beavatkozás az egyén testi vagy lelki integritásával kerülhet összeütközésbe; ilyennek minősül a komoly fizikai vagy lelki szenvedést okozó állami gyakorlat. Noha a szabadság és a biztonság elveit a Kanadai Legfelső Bíróság két külön érdekként kezelte, úgy ítélte meg, hogy jelen esetben a kettőt együtt lehet tárgyalni.<sup>27</sup> A bíróság megítélése szerint az egyén súlyos és gyógyíthatatlan állapotra adott válasza lény-

ges a méltósága és az autonómiája vonatkozásában,<sup>28</sup> és miközben a törvény számos lehetőséget bocsát az egyén rendelkezésére – például palliatív szedálás, a mesterséges táplálás visszautasítása –, az orvos általi halálba segítés nem teszi lehetővé. Ez a törvényi tiltás azonban – a bíróság álláspontja szerint – ütközik a betegnek azon kompetenciájával, hogy saját testi integritását és az orvosi kezeléseket érintően döntéseket hozzon, ennél fogva a törvény sérti a szabadság elvét. Azáltal pedig, hogy az olyan állapotú személyeket, mint amilyen Gloria Taylor, hagyja elviselhetetlen szenvedéseket átélni, a törvény összeütközésbe kerül a személyi biztonság elvével.<sup>29</sup> Ezzel az értelmezéssel a bíróság kimutatta, hogy a törvény az érintetteket megfosztja az élethez, a szabadsághoz és a biztonsághoz való joguktól.

A felpereseknek ugyanakkor, második lépésként, azt is bizonyítaniuk kellett, hogy a törvény jogfosztottságot eredményez, így nincs összhangban az igazságosság alapelvével. A *Rodriguez*-ügyben Soppinka bíró azt az álláspontot képviselte, hogy a kanadai büntető törvénykönyv 241(b) szakaszának célja azon sérülékeny személyek védelme, akik elgyengült pillanataikban öngyilkossághoz folyamodhatnak.<sup>30</sup> A nevezett szakasz azonban nem közvetlenül az élet megóvására irányul, vagy az öngyilkosság minden körülmények között történő megakadályozására. Az öngyilkosságot a kanadai büntető törvénykönyv már nem értelmezi bűncselekményként. A 241(b) szakasz megalkotása azt a szűkebb cél volt hivatott szolgálni, hogy a sérülékeny személyeket óvja.<sup>31</sup> Ebből következően a jelenlegi jogkorlátozás nem önkényes ugyan, de mivel nem mindenki tekinthető sérülékenynek, aki öngyilkosságot tervez elkövetni – azok, akik az egészségügyi ellátásuk vonatkozásában képesek döntést hozni, akiknek a döntése önkéntes, kényszerből mentes (a sérülékeny személyek esetében ezek a feltételek azonban nem állnak fenn) –, ezért a korlátozás túl széles hatókörű, állapította meg a Kanadai Legfelső Bíróság. A törvény olyan helyzetekre is kiterjed, amelyekre a jogalkotó szándéka szerint nem kellene. Ezzel a bíróság bizonyította, hogy a törvény túl széles körben tilt bizonyos magatartásokat, így megsérti az igazságosság egyik alapelvét.

A súlyos aránytalanság kérdését a bíróság már nem vizsgálta, arra hivatkozva, hogy a túl széles hatókörű korlátozás ténye már megállapításra került. A tiltásnak a Karta 15. szakaszát érintő sérelmével szintén nem foglalkozott, arra hivatkozva, hogy a 7. szakasz sérelme már megállapításra került.

AMELLETT, HOGY KANADÁBAN 1993 ÓTA EGYRE EMELKEDETT AZ ORVOS ÁLTAL ASSZISZTÁLT HALÁL TÁRSADALMI TÁMOGATOTTSÁGA, 2010-RE AZ ASSZISZTÁLT HALÁL VALAMILYEN FORMÁJA NYOLC JOGRENDszerben IS ENGEDÉLYEZETTÉ VÁLT

*A bíróság határozata  
és a kanadai szövetségi kormány válasza*

A fentebb kifejtettek alapján a Kanadai Legfelső Bíróság 2015. február 6-án a következő álláspontot fogalmazta meg: „Azt a következtetést vontuk le, hogy az élet megszakításához orvosi segítség nyújtását tiltó törvény olyan formában sérti meg Gloria Taylornek a Karta 7. szakaszában nevesített, élethez, szabadsághoz és biztonsághoz való jogát, ami nincs összhangban az alapvető igazságosság elveivel, és ez a jogsérelem nem igazolható a Karta 1. szakaszával.”<sup>32</sup>

A bíróság a Gloria Taylor esetére vonatkozó következtetést más, belátóképességgel rendelkező felnőtt betegek vonatkozásában is érvényesnek tekintette, akik megfelelnek a következő két feltételnek: (1) egyértelmű hozzájárulást adnak az életük megszakításához, és (2) olyan súlyos és gyógyíthatatlan állapotban vannak (értve ez alatt betegséget, kóros állapotot vagy a fogyatékosságot), ami számukra tűrhetetlen, folyamatos szenvedést okoz.<sup>33</sup>

Az érvénytelenséget kimondó határozatát a bíróság 12 hónapra – 2016. február 6-ig – felfüggesztette, amivel elegendő időt kívánt adni a jogalkotónak arra, hogy az alkotmányellenes helyzetet megfelelő módon rendezze. A bíróság a határozat felfüggesztését 2016 januárjában további 4 hónapra, 2016. június 6-ig meghosszabbította.

Az orvos által asszisztált halál vonatkozásában nemzetközi szinten is jelentős változásokra került sor az 1993-ban lezárult *Rodriguez-ügy* óta, és ezek szintén lényeges szerepet játszottak a most ismertett ügy során. Amellett, hogy Kanadában 1993 óta egyre emelkedett az orvos által asszisztált halál társadalmi támogatottsága,<sup>34</sup> 2010-re az asszisztált halál valamilyen formája nyolc jogrendszerben is engedélyezetté vált: Hollandiában, Belgiumban, Luxemburgban, Svájcban, Kolumbiában, továbbá az USA államai közül Oregonban, Washingtonban és Montanában. A Kanadai Legfelső Bíróság szerint „[e]zek a rendszerek megmutatták az orvos által asszisztált halállal kapcsolatos gyakorlati és jogi feladatokat, illetve a sérülékeny személyek védelmére létrehozott eszközök hatékonyságát.”<sup>35</sup> Az, hogy a törvénybe iktatott garanciák kellően hatékonyak lehetnek, nagyon fontos megállapítása volt a Brit Columbiai Legfelső Bíróságnak, és ezzel a Kanadai Legfelső Bíróság egyetértett. Az ügy során a kanadai kormánynak ugyanis nem sikerült bizonyítania, hogy azon sérülékeny embereket, akik öngyilkosságot fontolgatnak,

csak akkor lehet megvédeni – ez lenne ugyanis a jogalkotó célja –, amennyiben teljes tiltást alkalmaznak.

A kanadai szövetségi kormány válasza a legfelső bírósági határozatra a C-14-es törvényjavaslat volt,<sup>36</sup> amelyet a kanadai parlament 2016. június 17-én fogadott el. A törvény módosításokat vezetett be a büntető törvénykönyvbe is, melyben a „egészségügyi halálba segítés” („Medical Assistance in Dying” [MAiD]/„aide médicale à mourir”) meghatározásra került. „Egészségügyi halálba segítés” alatt két gyakorlatot kell értenünk: (a) egy személynek kérésére olyan szer beadása orvos vagy kiterjesztett hatáskörű ápoló („nurse practitioner”)<sup>37</sup> által, ami az illető halálát okozza; vagy (b) egy személynek orvos vagy kiterjesztett hatáskörű ápoló által kérésére olyan szer felírása vagy rendelkezésére bocsajtása, amit az illető a saját szervezetébe

juttathat, és így előidézheti a saját halálát. Világosan kivehető itt az orvostikai irodalomban hagyományosan aktív eutanáziának és asszisztált öngyilkosságnak nevezett gyakorlatok különválasztása, illetve egy új ernyőfogalom, „az „egészségügyi halálba segítés” megalkotása. Megjegyzendő, hogy mivel nemcsak orvosok, hanem kiterjesztett hatáskörű ápolók is szerepet kapnak, nem fordíthatjuk a kifejezést „orvos által asszisztált halálba segítés”-nek.

A törvény a segítség ezen formájához való hozzáférés feltételül szabta többek között, hogy a beteg „súlyos és gyógyíthatatlan állapotban” legyen, a súlyos és gyógyíthatatlan állapot egyik kritériumául pedig azt, hogy a „természetes halál észszerűen előre látható” legyen. A halál észszerű módon előre látható voltának kritériuma azonban nem szerepelt a Kanadai Legfelső Bíróság *Carter v. Canada* ügyben hozott döntésében, ezért nem meglepő, hogy a törvény hatályba lépését követően megtámadták ennek a kritériumnak a jogosságát, illetve megkérdőjelezték az alkotmányosságát.

A TRUCHON V. CANADA-ÜGY  
ÉS A SZÖVETSÉGI KORMÁNY  
VÁLASZA

Nicole Gladu és Jean Truchon, degeneratív betegséggel élő québec-i lakosok alkotmányellenesnek tartották Québec állam vonatkozó jogszabályát<sup>38</sup> és a kanadai büntető törvénykönyvet is. Az előbbi illetően kifogásolták azt a kritériumot, miszerint a betegnek már az élete végén kell járnia. A kanadai büntető törvénykönyvnek pedig a 241.2 szakasz (2)(d) pontját



támadták, amely a betegtől megköveteli az „egészségügyi halálba segítés” igénybevételéhez, hogy természetes halála észszerűen előre látható<sup>39</sup> legyen. Álláspontjuk szerint ezek a feltételek indokolatlanul korlátozzák a kanadai Karta 7. szakaszában szereplő élethez, szabadsághoz és biztonsághoz, valamint a Karta 15. szakaszában szereplő egyenlő bánásmódhoz való jogukat.

A québeci felsőbb bíróság döntése 2019. szeptember 11-én született.<sup>40</sup> A bírósági ügy vélte – a kanadai legfőbb ügyész álláspontjával egyezően –, hogy az érintett törvények egyik fő célja

a sérülékeny személyek védelme, viszont arra az álláspontra helyezkedett – eltérve a legfőbb ügyésztől –, hogy önmagában egy adott csoporthoz való tartozás (legyen szó mozgáskorlátozottságról vagy diagnosztizált lelki betegségről)

még nem tesz valakit automatikusan sérülékennyé, ugyanis nem foszt meg egy személyt attól, hogy egészségügyi ellátásával kapcsolatos döntések tekintetében – így például az „egészségügyi halálba segítés” igénybe vételének megfontolásában és megítélésében – döntésképesnek legyen minősíthető. A bíróság a legfőbb ügyész álláspontjától eltérően a kollektív sérülékenység koncepciója helyett az egyéni sérülékenység koncepciója mellett foglalt állást:<sup>41</sup> egy orvosnak a halálba segítés lehetőségét igénybe venni kívánó beteg döntésképesességének értékelése során azt a személyt kell sérülékenynek tekinteni, aki nem képes a hozzájárulását kinyilvánítani, aki az ellátását illető döntés meghozatalában mások segítségére szorul, aki nyomásgyakorlás vagy abúzus elszenvedője lehet.<sup>42</sup> Az „egészségügyi halálba segítés” kapcsán tehát minden esetben egyénileg kell elbírálni a döntésképeséget.

A bíróság következőképpen úgy ítélte meg, hogy a kanadai büntető törvénykönyv 241.2 szakasz (2)(d) pontjában szereplő korlátozás, amely a betegtől megköveteli, hogy természetes halála észszerűen előre látható legyen, túl széles és aránytalan is egyúttal, indokolatlanul korlátozza a felpereseknek a Karta 7. szakaszában szereplő élethez, szabadsághoz és biztonsághoz való jogát, valamint a Karta 15. szakaszában szereplő egyenlő bánásmódhoz való jogát.<sup>43</sup> Továbbá, a québec-i törvény 26. szakasz 1. paragra-

fusának (3) pontja, amely a betegtől megköveteli, hogy élete végén járjon, indokolatlanul korlátozza meg a betegeknek a Karta 15. szakaszában szereplő egyenlő bánásmódhoz való jogát.<sup>44</sup> A québec-i kormány nem fellebbezte meg ezt a döntést, és 2020. március 11-én a québec-i törvényből kikerült az életvégi állapot kritériuma.

A Truchon-ügyben hozott bírósági döntésre válaszul a szövetségi kormány 2020 februárjában előterjesztette a C-7-es törvényjavaslatot.<sup>45</sup> A szövetségi kormány különböző indokok miatt – választások, a

koronavírus-járvány – többször is haladékat kért a bíróságtól, végül az új szabályozás 2021. március 17-én lépett hatályba. A jelenlegi szabályozás „kétutas”: külön kezeli azokat a személyeket, akik esetében a természetes halál észszerűen előre látható és azokat

a személyeket, akik esetében a természetes halál észszerűen nem látható előre.<sup>46</sup> Azokat a személyeket, akiket kizárólag lelki betegséggel diagnosztizáltak, elzárta az „egészségügyi halálba segítés” igénybevételének lehetőségétől, első körben 2024. március 17-ig, majd a határidő meghosszabbításával egészen 2027. március 17-ig.

## ZÁRSZÓ

A kanadai szabályozás láthatóan folyamatosan „fejlődik”, mivel a jogalkotók és az egészségügyi szakemberek rendszeresen értékelik a jogszabályok hatékonyságát és a társadalmi hatásokat. Már a jelenlegi szabályozás első formáját is rendkívül széles társadalmi vita előzte meg, ez példaértékű lehet minden olyan ország számára, amely a jelenlegi tiltó szabályozás valamilyen mértékű feloldása felé kíván elmozdulni. A jogalkotói szándék arra irányul, hogy a magasra értékelt személyes autonómia életvégi helyzetekben is jelentős szerepet kapjon. A jelenlegi kanadai társadalmi diskurzusban ugyanakkor rendkívül intenzív kritikai hang is jelen van – ami különösen erős a lelki betegséggel diagnosztizált személyek védelméről folytatott vitákban –, vagyis a halálba segítés dekriminalizációját követő kanadai gyakorlat igen mélyreható és tanulságos „kritikai olvasata” tárul elénk.

1. Jocelyn DOWNIE – Kate SCALLION: The path from Rodriguez to Bill C-14 and beyond: Lessons about MAiD law reform from Canada, in *International perspectives on end-of-life law reform*, eds. Ben P. WHITE – Lindy WILLMOTT, Cambridge, Cambridge University Press, 2021, 17–18, <https://doi.org/10.1017/9781108779364.005>.
2. Mona GUPTA: The medical regulator as law reformer. Québec’s act respecting end-of-life care, in *International Perspectives on End-of-Life Law Reform. Politics, persuasion and persistence*, eds. Ben P. WHITE – Lindy WILLMOTT, Cambridge, Cambridge University Press, 2021, 169–174, <https://doi.org/10.1017/9781108779364.011>; Marie-Eve BOUTHILLIER – Catherine PERRON – Delphine ROIGT et al.: The implementation of assisted dying in Québec and the interdisciplinary support groups: what role for ethics? *HEC Forum*, 2022, 355–369, 356–357, <https://doi.org/10.1007/s10730-022-09484-w>.
3. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [1].
4. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [12].
5. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [12].
6. A nevezett szakasz általánosságban is tiltotta az asszisztált öngyilkosságot, az asszisztált öngyilkosság egyik esete az orvos által asszisztált öngyilkosság.
7. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [40]. A bíróság fogalomértelmezése jelentős kritikát kapott, lásd például: John KEOWN: *Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argument against Legalisation*. Cambridge, Cambridge University Press, 2018, 398–400. Keown nehezményezte az eufémisztikus szóhasználatot, kiemelve, hogy tulajdonképpen az orvosi közreműködéssel elkövetett öngyilkosság és az emberölés bűncselekményeiről van itt szó. Azt sem tartotta elfogadhatónak, hogy a halálos mennyiségű szert a felperesek is „gyógyszer”-nek (*medication*) nevezték.
8. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2013 BCCA 435.
9. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [55].
10. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [2].
11. *Rodriguez v. British Columbia (Attorney General)* 1993 SCR 519.
12. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [10].
13. *Canada (Attorney General) v. Bedford* 2013 SCC 72, 42. par.; *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [44].
14. Jocelyn Downie és Simone Bern már 2008-ban azt az álláspontot képviselték, hogy az asszisztált öngyilkosság kanadai tiltása a Büntető törvénykönyv révén alkotmányellenes. Lásd: Jocelyn DOWNIE – Simone BERN: Rodriguez Redux. *Health Law Journal*, 2008, 27–54.
15. DOWNIE–BERN (14. lj.) 31–41.
16. *Canadian Foundation for Children, Youth and the Law v. Canada (Attorney General)* 1 SCR 76 [8].
17. *R. v. Heywood* [1994] 3 SCR 761.; DOWNIE–BERN (14. lj.) 40–41.
18. A fundamentális igazságságosság elveinek részletesebb elemzéséhez lásd például: Peter W. HOGG: *Constitutional Law of Canada*, Scarborough, Thomson Carswell, 2007; Nader R. HASAN: Three Theories of “Principles of Fundamental Justice”, *The Supreme Court Law Review: Osgoode’s Annual Constitutional Cases Conference*, 2013.
19. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2012 BCSC 886.
20. Az élethez való jog különböző interpretációit tekintve lásd például: Elizabeth WICKS: *The Right to Life and Conflicting Interests*, Oxford, Oxford University Press, 2010; *The Right to Life and the Value of Life. Orientations in Law, Politics and Ethics*, ed. Jon YORKE, London, Routledge, 2016. Az élethez való jog kvalitatív és kvantitatív interpretációkra való felosztása a bíróság értelmezése.
21. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [61].
22. Uo., *Carter v. Canada (Attorney General)* 2012 BCSC 886 [1322].
23. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [62].
24. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [64].
25. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [64]; *Blencoe v. British Columbia (Human Rights Commission)* 2000 SCC 44, [2000] 2 S.C.R. 307 [54].
26. Uo.; *R. v. Morgentaler* [1988] 1 SCR 30.
27. Uo.
28. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [66].
29. Uo.
30. *Rodriguez v. British Columbia (Attorney General)* [1993] 3 SCR 519, 595.
31. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [78].
32. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [126].
33. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 (Held) [334], ill. [127].
34. Udo SCHÜKLENK – Johannes J. M. VAN DELDEN – Jocelyn DOWNIE et al.: End-of-life decision-making in

- Canada: the report by the Royal Society of Canada expert panel on end-of-life decision-making, *Bioethics*, 2011/November (Suppl 1), 17–20. A jelentés 1. fejezetének 8. része a kanadaiaknak az önkéntes eutanáziával és az asszisztált öngyilkossággal kapcsolatos attitűdjeit tárgyalja, számos kutatás eredményét ismerteti; külön alfejezetekben ismerteti a közvélemény, az egészségügyben dolgozó szakemberek, valamint a betegek álláspontjait. A jelentés a Royal Society of Canada honlapján is elérhető: <https://rsc-src.ca/en/end-life-decision-making>.
35. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [8].
  36. C-14 Törvényjavaslat a Büntető Törvénykönyv és egyéb kapcsolódó jogszabályok módosításáról („egészségügyi halálba segítés”).
  37. A „nurse practitioner” Kanadában önállóan diagnosztizálhat és kezelhet betegségeket, elrendelhet különféle tesztek, valamint kiértékelheti azokat, gyógyszereket írhat fel, illetve orvosi beavatkozásokat végezhet. A „nurse practitioner” a kiterjesztett hatáskörű ápoló egyik formája; lásd erről a Canadian Nurses Association honlapját: <https://www.cna-aic.ca/en/nursing/advanced-nursing-practice/nurse-practitioners>.
  38. A québec-i „tisztelettel életvégi ellátás”-ról szóló törvény („Act respecting end-of-life care”) jelenleg hatályos változata elérhető: <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/en/document/cs/S-32.0001>.
  39. Az „ésszerűen előre látható” (immár korábbi) törvényi kritérium kimerítő elemzéséhez lásd Jocelyn DOWNIE – Kate SCALLION: Foreseeably unclear: The meaning of the „reasonably foreseeable” criterion for access to medical assistance in dying in Canada, *Dalhousie Law Journal* 2018/1, 23–57, <https://doi.org/10.2139/ssrn.3126871>.
  40. *Truchon v Canada (Attorney General)* 2019 QCCS 3792.
  41. A sérülékenység kérdése nem elválasztható a társadalmi egészségdeterminánsok és az „egészségügyi halálba segítés” közötti kapcsolat kérdésétől; ehhez lásd pl. Jocelyn DOWNIE – Udo SCHUKLENK: Social determinants of health and slippery slopes in assisted dying debates: Lessons from Canada, *Medical Ethics*, 2021/10, 662–669, <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107493>; William ROONEY – Udo SCHUKLENK – Suzanne VAN DE VATHORST: Are concerns about irremediableness, vulnerability, or competence sufficient to justify excluding all psychiatric patients from medical aid in dying?, *Health Care Analysis*, 2018/4, 326–343, <https://doi.org/10.1007/s10728-017-0344-8>.
  42. *Truchon v Canada (Attorney General)* 2019 QCCS 3792 [253].
  43. *Truchon v Canada (Attorney General)* 2019 QCCS 3792 [638], [690], [734].
  44. *Truchon v Canada (Attorney General)* 2019 QCCS 3792 [735].
  45. C-7 Törvényjavaslat a Büntető Törvénykönyv módosításáról („egészségügyi halálba segítés”).
  46. A kétutas szabályozásról áttekintő infografika található a kanadai kormány portálján: [https://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/ad-am/docs/MAID\\_Infographic\\_EN.pdf](https://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/ad-am/docs/MAID_Infographic_EN.pdf).

# DÖNTÉS UTÁN

Rovatunkban ezúttal az Emberi Jogok Európai Bíróságának *Karsai Dániel Magyarország elleni* ügyében hozott ítéletét ismertetjük

# AZ EMBERI JOGOK EURÓPAI BÍRÓSÁGÁNAK LEGUTÓBBI DÖNTÉSEIBŐL

AZ EGYEZMÉNY 8. CIKKE ÉS  
AZ EGYEZMÉNY 14. CIKKE A 8.  
CIKKEL ÖSSZEFÜGGÉSBEN  
MAGÁN- ÉS CSALÁDI ÉLET  
TISZTELETBEN TARTÁSÁHOZ  
VALÓ JOG, MEGKÜLÖNBÖZTETÉS  
TILALMA

*Karsai Dániel Magyarország elleni ügye<sup>1</sup>*

*Az ügy körülményei.* Karsai Dániel emberi jogi ügyvédet 2022 augusztusában diagnosztizálták amiotrófiás laterálszklerózissal (ALS), és a kérelem benyújtásakor a betegség előrehaladott fázisában volt. Az ALS egy gyógyíthatatlan, progresszív, neurodegeneratív betegség, és minden esetben végzetes kimenetelű. Jellemzően légzésbénulás következtében, 3-5 éven belül következik be a halál. A kérelmező előadta, hogy hamarosan teljesen lebénu, és képtelen lesz kommunikálni; ahogy ő fogalmazott, „saját testébe zárják, és nincs más kilátása a szabadulásra, mint a halál”, léte szinte kizárólag fájdalomtól és szenvedéstől áll majd. Betegségének ezt a szakaszát szeretné elkerülni vagy minimálisan rövidre csökkenteni azáltal, hogy igénybe veszi az orvos általi halálba segítés valamilyen formáját. Magyarországon azonban az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság is törvénybe ütközik. Így pedig – érvelt Karsai Dániel – a testi és lelki integritásának megőrzése érdekében még azelőtt kellene öngyilkosságot elkövetnie, hogy elviselhetetlen állapotba kerülne. Amint ugyanis a betegsége elérné ezt a stádiumot, mozgásképtelensége miatt nem tudna véget vetnie saját életének, és meg kellene várnia, míg végül életfenntartó kezelésre fog szorulni (amit legálisan visszautasíthat), ez azonban az ő esetében csak – ha egyáltalán – közvetlenül a halála előtt következik be.

*A döntés.*<sup>2</sup> A Bíróság a releváns hazai jogszabályok közül először is a Büntető Törvénykönyv (2012. évi C. törvény) releváns szakaszait idézi: az emberölést (160. §), az erős felindulásban elkövetett emberölést (161. §), az öngyilkosságban közreműködést (162. §), illetve ezek extraterritoriális üldözendőségét is, vagyis azt, hogy a magyar jog az elkövetés helyétől és az érintettek állampolgárságától függően – külföldi cselekmény, elkövető vagy áldozat esetén – mikor rendeli üldözni ezeket a bűncselekményeket. Az egészségügyről szóló törvényből (1997. évi CLIV.

törvény) az ellátás visszautasításának jogát, tehát a passzív eutanáziáról szóló szakaszokat (20–22. §) idézi a Bíróság, és leszögezi, hogy a törvény nem engedélyezi az asszisztált öngyilkosságot vagy az aktív eutanáziát, ugyanakkor szabályozza a palliatív ellátás kérdését (a haldokló beteg gondozása, 99. §). A döntés idézi a Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexének<sup>3</sup> azokat a pontjait, melyek megkülönböztetik a palliatív ellátás során alkalmazott eljárásokat az eutanáziától, illetve leszögezik, hogy az „ember életében kioltását célzó tevékenység mind az orvosi hivatással, mind az orvosi etikával összeegyeztethetetlen, egyben kirívóan súlyos etikai vétség” (II.2.2. (16) és (17)).

A Bíróság, a releváns magyar jogszabályok beidézése után az a magyar Alkotmánybíróság gyakorlatát idézte fel. Az Alkotmánybírósághoz a kilencvenes években és a kétezres évek elején számos indítvány érkezett az aktív eutanázia, illetve az asszisztált öngyilkosság témakörében, melyeket az AB az élethez való jog és az emberi méltóságból levezetett önrendelkezéshez való jog kontextusában tárgyalt. Az Alkotmánybíróság álláspontja szerint a méltó halálhoz való jog ebben a kontextusban nem áll összhangban az élethez való joggal, éppen ellenkezőleg: e jog érvényesülése az élethez való jog korlátozását eredményezheti. Ezért az emberi méltósághoz való jog abszolút jellege az élethez való joggal összefüggésben nem érvényesül. A halálos beteg azon vágya, hogy halálát orvos idézze elő, például megfelelő szer átadásával vagy beadásával, meghaladja a beteg önrendelkezési jogának azon részét, amely abszolút, mivel ilyen esetekben a halálhoz egy másik személy aktív hozzájárulása, tevékenysége szükséges. Az Alkotmánybíróság megállapította, hogy az élethez való jog kiemelkedő alkotmányos értékére tekintettel indokolható és nem alkotmányellenes a büntetőjogi szankció alkalmazása az öngyilkossághoz való segítségnyújtás esetében, illetve az élet kioltásának tilalmával szemben cselekvő személyekkel szemben.<sup>4</sup>

A Bíróság külön fejezetben foglalja össze az irányadó nemzetközi dokumentumokat és szakmai előírásokat, így idézi az Oviedói Egyezményt, és abból elsősorban a „szabad és tájékozottságon alapuló beleegyezés” követelményét emeli ki.<sup>5</sup> Ezen kívül az ET Parlamenti Közgyűlésének néhány releváns ajánlásából is idéz.<sup>6</sup> Az ajánlások szerint a palliatív ellátásnak a halálos betegségben szenvedők méltósága

megőrzésének célját kell szolgálnia, és a palliatív ellátás még akkor sem tekinthető eutanáziának, ha a gyógyszeres kezelés, fájdalomcsillapítás az élet rövidüléséhez, a halál korábbi bekövetkezéséhez vezet,<sup>7</sup> a kezelés visszautasításához való jog szerint pedig „senkit nem lehet akarata ellenére gyógykezelésre kényszeríteni”.<sup>8</sup> Az ajánlások emellett fenntartják a súlyosan beteg vagy haldokló személyek életének szándékos kioltására vonatkozó tilalmat: „egy gyógyíthatatlan beteg vagy haldokló személy halálvágya önmagában nem jelenthet jogi igazolást a halált előidéző cselekmények végrehajtására”.<sup>9</sup> Idézi az ítélet továbbá a Európa Tanács Bioetikai Bizottsága (DH-BIO) által összeállított útmutatót az életvégi helyzetekben végzett orvosi kezelésre vonatkozó döntéshozatali eljáráshoz.<sup>10</sup> Az útmutató az eutanáziáról és az asszisztált öngyilkosságról nem ejt szót, szögezi le a bíróság, de elfogadhatónak találja olyan nyugtató gyógyszerek használatát, sőt, akár szedációt (éber altatást) is, melyek elsődleges célja a szenvedés enyhítése, nem pedig az élet lerövidítése, de hatásában az utóbbihoz is hozzájárulhatnak.

Az ENSZ keretében született dokumentumok közül két általános magyarázatot idéztek. Az ENSZ Emberi Jogi Bizottság által elfogadott 36. számú általános magyarázatot a Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmányának 6. cikkéhez (élethez való jog), melyből a páciensek szabad, tájékozott, kifejezett és egyértelmű döntésének biztosítását emelték ki, illetve az ENSZ Gazdasági Szociális és Kulturális Jogok Bizottsága által a Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya 12. cikkéhez (az egészség elérhető legmagasabb szintjéhez való jog) fűzött 14. számú általános magyarázatot, amely egyebek mellett a kezelés visszautasításának jogát tartalmazza.

Az Amerika-közi egyezmény az idősek emberi jogainak védelméről (Inter-American Convention on Protecting the Human Rights of Older Persons) a palliatív (szenveddéssel járó tünetek enyhítését célzó) ellátás elérhetőségének fontosságát hangsúlyozza, valamint azt, hogy a részes államok lépéseket tegyenek arra, hogy „megakadályozzák a szükségtelen szenvedést, valamint a hiábavaló és haszontalan eljárásokat, összhangban a tájékozott beleegyezés kifejezéséhez való joggal”.

Az Európai Palliatív Szövetség (EAPC) ajánlása is idézi a döntés, miszerint a „palliatív szedáció célja a szenvedés enyhítése, nem pedig az élet lerövidítése”; az enyhe szedációtól lehet eljutni az erősebbig, és mindig meg kell fontolni a páciens interakciós képességének valószínű elvesztését és a további lehetséges kockázatokat. Az ajánlásokban kifejtik,

hogy az élet utolsó szakaszában a palliatív szedáció célja a komfort biztosítása a halálig, és a monitorozás során elsősorban a komfortérzetre kell figyelmet fordítani. A nem várt sürgősségi helyzetektől eltekintve a tájékozott beleegyezés elvét érvényesíteni kell.

A Kamara úgy döntött, hogy szakértőket is meghallgat. Régis Aubry<sup>11</sup> arról beszélt, hogy az ALS egy olyan halálos betegség, amely rendkívül gyorsan jelentkezik, és rohamos fizikai állapotromláshoz vezethet, miközben a beteg végig tudatánál marad: a mentális, kognitív képességeket nem érinti az állapotromlás. A betegség előrehaladtával a beteg végül eléri azt a stádiumot, amikor már nem tud segítség nélkül lélegezni. Régis Aubry véleménye szerint a palliatív ellátás fontos része annak tisztázása, hogy a beteg mit preferálna a légzésbénulás stádiumában. El akarja-e utasítani az életfenntartó kezelést (asszisztált mesterséges lélegeztetést), mély és folyamatos szedációval kombinálva? Aubry megemlítette, hogy Franciaországban azok, akik a betegség nagyon előrehaladott stádiumában vannak, és várható élettartamuk nagyon rövid, jogosultak a folyamatos és mély szedációra a halál beálltáig. Az ilyen szedáció a beteget eszméletlenné teszi, lényegében mesterséges kómában tartja. Ez az állapot néhány órától néhány napig terjedhet. Így a beteg nyugodtan tud meghalni, viszont nem a szedáció okozza a halálát. A kérelmező kérdésére, hogy mi történne, ha valaki visszautasítaná ezt az ellátást, a professzor kifejtette, hogy a beteg eszméleténél maradva, fulladás által halna meg. Kérdésre elmagyarázta az orvos által segített öngyilkossággal („physician-assisted dying”, PAD) kapcsolatos fogalmakat. Az orvosi segítséggel történő öngyilkosság esetén az illető halálát az orvosi beavatkozás okozza. Ide tartozik az eutanázia, valamint az asszisztált öngyilkosság is, ami történhet úgy is, hogy az orvos csak felírja a halált okozó szert, és azt a beteg maga veszi be. A passzív eutanázia kifejezés – amely Aubry szerint kezd kikopni a használatból – az életmentő vagy életfenntartó kezelés visszautasítását, beszüntetését jelenti („refusal or withdrawal of life-sustaining intervention”, RWI). Aubry kiemelte, hogy a PAD és a hippokratészi eskü között morális feszültség áll fenn, illetve a PAD magában hordozza a visszaélések kockázatát is, különösen olyanok esetében, akik az átlagnál kiszolgáltatottabb helyzetben vannak. Aubry ezen kívül arról beszélt, hogy az ALS-ben szenvedő betegek preferenciája változhat a betegség lefolyása során. Az egyesült államokbeli Oregon államban (ahonnan leginkább elérhető adatok) az asszisztált öngyilkosságok száma nem nőtt az 1997-es dekriminalizációt követően, ugyanakkor az is látszik, hogy az orvos által támo-

gatott öngyilkosságra jogosultak közül sokan végül nem vették be a halálos gyógyszereket.

Sándor Judit<sup>12</sup> ismertette az 1997-es magyarországi egészségügyi törvény elfogadásának hátterét. A törvény rögzíti a betegek jogait, egyebek mellett a tájékoztatáshoz, a kezeléshez (beleértve a fájdalomcsillapítást), a kezelés megtagadásához (bizonyos feltételek fennállása esetén, életfenntartó beavatkozásoknál) és az életvégi döntések meghozatalához, illetve előírja az emberi méltóság tiszteletben tartását az egészségügyi ellátás során. Nem született azonban olyan rendelkezés, amely a súlyosan szenvedő, de életének – a betegség lefolyásának módja miatt arra nem rászoruló, így – az életfenntartó kezelés visszautasításával véget vetni nem tudó, végstádiumban lévő beteg helyzetére vonatkozna. Az RWI-vel kapcsolatban Sándor Judit kifejtette, hogy az eljárás bonyolult, és legfőbb hiányossága, hogy nem hoztak létre nyilvántartást az életvégi döntésekről, végrendeletekről. A Magyarországon elérhető palliatív ellátással kapcsolatban megjegyezte, hogy a hospice ellátást 2005 óta a társadalombiztosítás finanszírozza, de nincs elegendő kapacitás minden rászoruló beteg számára. Ami a büntetőjogot illeti, Sándor megerősítette, hogy a 2012. évi magyar büntető törvénykönyv szerint az asszisztált öngyilkosság és az eutanázia is büntetendő. Mindez még az 1878-as Btk.-ból származik, amely dekriminalizálta az öngyilkosságot, de kriminalizálta az ahhoz nyújtott segítséget. Rámutatott a más jogrendszerekben is megfigyelhető feszültségre, hogy a betegjogi törvények komoly fejlődésen mentek keresztül a 20–21. században, de az asszisztált öngyilkosság büntetőjogi tényállása változatlan maradt.

Sándor Judit úgy vélte, hogy az élet vége mindig is fontos pontja az etikai vitáknak, összefüggésben az önrendelkezéssel, a tájékozott beleegyezéssel, valamint a kiszolgáltatottak és a fogyatékkal élők védelmével. Az emberi méltóság elsőbbsége a kiindulópont, de eltérnek a megközelítések a tekintetben, hogy hogyan kell ezt biztosítani. Hangsúlyozta, hogy a PAD-t nem szabad „kiútként” használni a szegénységben vagy jogfosztottságban élő emberek számára. Első lépésként a palliatív ellátást kell fejleszteni a vonatkozó irányelvek alapján, nemcsak a testi, hanem a lelki szenvedésekre vonatkozóan is, illetve az orvosok utóbbival kapcsolatos feladataira is. A professzor a tájékozott beleegyezés jogának fontosságát hangsúlyozta. A kezelésbe való beleegyezés elve, illetve abból következően a passzív eutanázia elfogadása után kerültek elő azok a problémák, amelyek abból fakadnak, hogy bizonyos betegek nem tudnak RWI-vel véget vetni az életüknek, hiszen az életük nem függ aktív támogató kezeléstől. Sándor véleménye

szerint az Európában megfigyelhető tendencia a PAD szélesebb körű elfogadása felé három szakaszban ment végbe. Először is, a második világháborút követő időszakban a nácik eugenikus gyakorlata és eutanáziaprogramjai nyomán „dermesztő hatás” érvényesült. 1980 után erős bioetikai és betegjogi mozgalom alakult ki, amelyet a PAD bizonyos formáinak legalizálása követett a Benelux-államokban, valamint a palliatív szedációhoz való jog Franciaországban. A harmadik hullám a Covid-19 világjárvány után jött, amikor egyes országok – mint Portugália, Spanyolország és bizonyos mértékig Ausztria – legalizálták a PAD-t, helyenként nagyon részletes jogi szabályozás révén. Hogy ez a legutóbbi szakasz valójában a Covid-19 világjárvány tapasztalataihoz kapcsolódik-e, vagy egy szélesebb körű tendenciát jelez előre, még nem eldönthető.

A Bíróság az Európa Tanács 42 államából gyűjtött információt az eutanázia jogi helyzetére vonatkozóan. Az életfenntartó kezelés visszautasításához való jog – feltételekkel – huszonhét tagállamban legális. Az eutanázia és orvos által asszisztált öngyilkosság a következő öt tagállamban legális: Belgium, Luxemburg, Hollandia mellett Spanyolországban 2021-től, illetve Portugáliában, ahol az elfogadott jogszabály még nem került hatályba. A PAD bizonyos feltételek mellett nagykorúsított kiskorúak számára is elérhető Belgiumban és Luxemburgban. Hét tagállamban – Ausztriában, Finnországban, Németországban, Olaszországban, Liechtensteinben, Svédországban és Svájcban – (valamint Skóciában) az asszisztált öngyilkosság bizonyos formái törvényesek, de az eutanázia törvénytelen. Egyes országokban, például Olaszországban és Németországban az asszisztált öngyilkosság bizonyos formáit bírósági határozat eredményeként dekriminalizálták, de jogszabály révén a PAD-t nem fogadták el. Másol konzultációs folyamat indult, vagy éppen kísérlet indult a PAD-t engedélyező jogszabályok bevezetésére (például Franciaországban, Angliában és Walesben).

Az orvos által asszisztált öngyilkosság az Európa Tanács tagállamainak többségében bűncselekményként büntetendő, ugyanakkor a büntetőjogi szankciók mértéke jelentősen eltérő, illetve annak függvénye, hogy a nemzeti jog hogyan határozza meg a bűncselekményt, milyen enyhítő/súlyosbító tényezőket ismer el. Úgy tűnik, hogy a büntetőjog szinte minden vizsgált tagállamban extraterritoriális hatályú, tehát az országhatáron kívül is üldözendő a bűncselekmény, különösen akkor, ha a bűncselekmény áldozata és/vagy az elkövető az adott állam állampolgára. Ami az Egyesült Államokat illeti, az asszisztált öngyilkosság tizenegy államban legális: Kalifornia, Kolorádó, Oregon, Washington, Vermont,

New Jersey, Új Mexikó, Maine, Montana és Hawaii, valamint Columbia Szövetségi Kerület (Columbia District). Az elmúlt években a PAD legálissá és elérhetővé vált minden ausztrál államban, valamint Új-Zélandon. Kanadában az eutanáziát és az asszisztált öngyilkosságot is legalizálták a kanadai legfelsőbb bíróság *Carter kontra Kanada* ügyben hozott ítéletét követően.

Ahol a PAD legális, különféle érdemi előfeltételek párosulnak hozzá. Ilyenek például a döntéshozatalra való képesség, az önkéntes és tartós vagy ismételt kérés, valamint a betegség jellege (gyógyíthatatlan, halálos betegség, belátható maximális élettartam és/vagy csillapíthatatlan szenvedés). További korlátot jelenthet még egy meghatározott (minimális) életkor, a lakóhelyhez kötöttség, valamint olyan eljárási szabályok, melyek a PAD-val való visszaélés kockázatát hivatottak visszaszorítani.<sup>13</sup>

A kérelmező az Egyezmény 8. cikkében rögzített magánéletéhez való jog sérelmét panaszolta, tekintettel arra, hogy a magyar jogszabályok szerint nem volt lehetősége életének segítségével véget vetni.

A magyar kormány vitatta, hogy az Egyezményből következik önrendelkezési jog a halál kapcsán, mivel a kérelmező által hivatkozott ügyek<sup>14</sup> esetében a tagállami jog biztosította az asszisztált halálhoz való jogot. A kormány azzal is érvelt, hogy a 8. cikk nem alkalmazható, hiszen a kérelmezőnek esetlegesen segíteni kívánó harmadik felekkel szembeni vádemelés kérdése nem a kérelmező saját érdekeit sérti. Az a követelése, hogy másoknak biztosítsanak jogot arra, hogy részt vehessenek az ő életének bevezetésében, nem a „magánéleté”-nek része, érvelt a kormány: „hogyan is lehetne a személyes autonómia részének tekinteni egy olyan döntést, amely nem a saját maga, hanem mások cselekedetére (méghozzá bűncselekedetre) vonatkozik?”

A kérelmező azzal érvelt, hogy a 8. cikk releváns az ő esetében. Tekintettel arra, hogy betegsége milyen stádiumba jutott, fizikailag képtelen mások segítségével nélkül kioltani a saját életét, tehát öngyilkosságot elkövetni. Valaki más segítségével tehát előfeltétele annak, hogy gyakorolhassa az önrendelkezésen alapuló halálhoz („self-determined death”) való jogát. Segítség nélkül legfeljebb betegségének korai stádiumában olthatta volna ki a saját életét, de ez azt jelentette volna, hogy akaratával ellentétben, idő előtt hal meg.

A Bíróság, elfogadva a kérelmező ezen érveit, úgy ítéli meg, hogy a kérelmezőnek a PAD-hez való hozzáféréshez fűződő érdeke az Egyezmény 8. cikkében rögzített, magánélete tiszteletben tartásához való jogának alapvető szempontjaihoz kapcsolódik. Autonómiáját, testi és lelki integritását, valamint az em-

beri méltóság tiszteletben tartását érinti, vagyis az Egyezmény lényegi részét.<sup>15</sup> A magyar büntetőjog, amelynek értelmében tilos a kérelmezőt öngyilkosságban segíteni, korlátozza a kérelmezőnek az önrendelkezésen alapuló halálhoz való jogának gyakorlását. Az öngyilkossághoz történő segítségnyújtás büntetőjogi felelősségének kérdését több nemzeti joghatóság legfelső bíróságai, köztük a magyar Alkotmánybíróság, az öngyilkosságot elkövetni szándékozó személyek jogát érintő kérdésnek tekintették. Ezért azon az alapon, hogy a szóban forgó rendelkezések nem közvetlenül magára a kérelmezőre vonatkoznak, a panasz nem utasítható el. Ez a megközelítés összhangban van azzal az elvvel, miszerint az „Egyezmény célja nem elméleti vagy illuzórikus jogok garantálása, hanem gyakorlati és hatékony jogokat kell biztosítani”. A Bíróság döntése szerint a kérelem befogadható, és érdemben kell vizsgálni a kérdést, hogy az Egyezmény 8. cikke védi-e a panaszos által kívánt jogot.

Az ügy érdemével kapcsolatban a kérelmező előadta, hogy bár döntéshozatali képessége teljében van, a magyarországi szabályok nem teszik lehetővé számára, hogy az elkerülhetetlenül bekövetkező halálát elviselhetetlen szenvedést lerövidítse. Érvelése szerint ez az eset három szempontból különbözik a korábban elbírált *Pretty Egyesült Királyság elleni* ügyétől, amelyben egy mozgatóneuron-betegségben szenvedő kérelmező esetében az öngyilkossághoz nyújtott segítséget kriminalizáló szabályozást a Bíróság nem találta Egyezménybe ütközőnek. Először is, ez az ügy az asszisztált öngyilkosság magyarországi tilalmának extraterritoriális hatályával is kapcsolatos, másodsor, az asszisztált öngyilkosság bűncselekménye miatti büntetőeljárás lefolytatásának kötelező jellege miatt, és harmadszor pedig azért, mert a *Pretty*-ügyben hozott ítélet óta az európai jogi és társadalmi környezet megváltozott, és az orvos által asszisztált öngyilkosság legalizálása felé mutató tendencia rajzolódik ki.

Előadta, hogy betegségének természetére és lefolyására tekintettel a palliatív ellátás igénybevétele és az életfenntartó kezelés visszautasításának lehetősége elviselhetetlen szenvedést jelentene számára. A betegség előrehaladtával „bezáródna saját testébe”, miközben teljesen tudatánál maradna, így értelmetlen létezés nélkül kellene várnia a halált. Az ebből az állapotból fakadó egzisztenciális rettegés élményét az életfenntartó kezelés visszautasítása nem tudja kiküszöbölni vagy időben érdemben lerövidíteni. Ezzel összefüggésben azzal érvelt, hogy egy ALS-betegnek legfeljebb csak a betegség legutolsó szakaszában van szüksége életfenntartó kezelésre. Bár a palliatív ellátás enyhítheti a fizikai szenvedés egy részét, az eg-



zisztenciális rettegés megélésében nem segít. Ezzel kapcsolatban a kérelmező kijelentette, hogy nem akarja, hogy elaltassák, mivel ez éppen az autonómiájának egyetlen megmaradt részétől fosztaná meg, attól, hogy „saját kezében tudja tartani a sorsát”. Érvelése szerint a magyar jog figyelmen kívül hagyja az életminőség aspektusát mint az életvégi döntések meghozatalának egyik szempontját, és életben maradásra kényszerít embereket még akkor is, ha az élet számukra elviselhetetlen. A nyilvános meghallgatás után benyújtott beadványában a kérelmező kifejtette, hogy ha meg akarja rövidíteni az életét, csak két lehetőség áll rendelkezésére: az orvos által segített öngyilkosság, illetve az életfenntartó kezelés visszautasítása, ami ez esetben azt jelenti, hogy vagy éhen hal, vagy megfullad.

Az orvos által asszisztált öngyilkosság büntetőjogi tilalmával kapcsolatban a kérelmező előadta, hogy számára az ideális megoldás az lenne, ha Magyarországon halhatna meg orvosi segítséggel, mivel kötődik a hazájához. Ha ez nem teljesülhet, akkor külföldre utazna e célból. Ez a lehetőség azonban nem áll rendelkezésére, mert aki Magyarországon vagy azon kívül élete befejezésében segíti, az Magyarországon büntetőeljárás alá vonható. Nem akarna meghalni abban a tudatban, hogy az orvosai, a barátai vagy a családtagjai vádemelést kockáztatnak magukkal szemben. Vitatta azt az állítást, hogy a büntetőeljárás megindításával kapcsolatban van mozgáster. A szóban forgó büntetőeljárás megindítása hivatalból történik Magyarországon, így az ő esete e tekintetben eltér a *Pretty*-ügytől, ráadásul a fokozott médiaérdeklődés miatt még valószínűbb, hogy az eljárás tényleg megindulna. Továbbá csak 2023 januárja és októbere között 483 külföldön elkövetett cselekmény ellen indítottak büntetőeljárást a magyar hatóságok, így nem lehet azt mondani, hogy az extraterritoriális hatály a gyakorlatban nem érvényesülne. Véleménye szerint indokolatlan az a hazai jogi keret, amely teljesen, mind Magyarországon, mind külföldön ellehetetleníti számára a PAD igénybevetését.

A kérelmező azt is előadta, hogy az ügye nem a PAD-hez való általános jogról mint az önrendelkezés és autonómia kifejezéséről szól, hanem a végstádiumban lévő, elviselhetetlen szenvedésnek kitett betegek jogairól, akik fel akarják gyorsítani ezt az elkerülhetetlen szakaszt. Ennek megfelelően tehát a Bíróságtól nem azt kéri, hogy új pozitív kötelezettséget rójon az államra, csak egy szűk kivétel megállapítását kéri az öngyilkossághoz való segítségnyújtás abszolút büntetőjogi tilalma alól. Ugyanakkor az önrendelkezéshez és a méltó halálhoz való jog pozitív kötelezettségeket ró az államra, hogy valódi és

hatékony lehetőséget teremtsen e jog gyakorlására. Az asszisztált öngyilkosság minden formáját szabályozni kell, megfelelő jogi keretre és szilárd biztosítékokra van szükség a visszaélések elkerüléséhez, hasonlóan ahhoz, ahogy ezek az életmentő és életfenntartó kezelés visszautasításához való jog esetében jelen vannak Magyarországon. Elismeri, hogy e tekintetben jelentős mérlegelési mozgásteret lehetne hagyni a tagállamokra, de úgy véli, hogy az, hogy egyáltalán nem dönthet úgy, hogy saját feltételei szerint fejezi be az élet, aránytalan korlátozás: a visszaéléseket másképp is el lehet kerülni.

A kérelmező vitatta a kormánynak az ableizmus (a betegségben szenvedőkkel, fogyatékkal élőekkel szembeni előítéletes szemlélet és kapcsolódó hátrányos megkülönböztetés) relevanciájára vonatkozó érveit. Nem helyesli, hogy egy ember életének minőségét külső szempontok alapján ítélik meg, tiszteletben kell tartani a gyógyíthatatlan betegek önálló döntéshez való jogát. Az ableizmussal kapcsolatos aggályok nem merülnének fel, ha a vonatkozó jogszabályok objektív kritériumokat határoznának meg, például a terminális stádiumú betegséget mint feltételt, valamint biztosítékokat arra, hogy a döntés azon alapuljon, hogy az érintett maga elviselhetetlennek tartja a szenvedést. A kérelmező fenntartotta, hogy a halálra vonatkozó döntést tiszteletben kell tartani, még akkor is, ha az illető ezt a döntést fizikailag nem tudja érvényesíteni, és azzal érvelt, hogy pont az fakad ableizmusból, hogy a kormányzat megtagadja tőle a döntése érvényesítését.

A kérelmező ezenkívül rámutatott arra, hogy több mint húsz év telt el a hivatkozott *Pretty*-ügy óta. A *Haas*- és *Mortier*-ítéletekre is hivatkozva a kérelmező azzal érvelt, hogy a Bíróság joggyakorlata fejlődött az elmúlt évtizedekben, valamint számos tagállam releváns jogszabályai is, az életvégi döntésekhez való jog elismerésének irányába. A kérelmező azzal érvelt – a közelmúltban Olaszországban, Németországban, Ausztriában és Kanadában hozott ítéletekre, valamint azon országok jogszabályaira hivatkozva, ahol az öngyilkosság segítését jogalkotás révén dekriminalizálták – hogy konszenzus van kialakulóban a tekintetben, hogy az asszisztált öngyilkosság minden formájának teljes tilalma aránytalan korlátozás azon végstádiumban lévő betegek tekintetében, akik mentálisan teljesen kompetensek, de nem tudnak az életüknek segítség nélkül véget vetni. A kérelmező szerint az európai konszenzus alakulása a PAD-ot illetően tetten érhető az orvosi szakma és a lakosság hozzáállásában is. Több közvélemény-kutatás eredményére is hivatkozott, melyek a PAD magyarországi elfogadottságát mutatták.

A kormány, vitatva a kérelmező állításait, azon az állásponton van, hogy a jelen ügy nem követeli meg a Bíróság *Pretty*-ügyben kifejtett álláspontjának megváltoztatását. A kormány szerint nem terhelheti az államot pozitív kötelezettség, hogy jogszabály révén biztosítsa a halálba segítséget. Az orvos által asszisztált öngyilkosság csak az Egyezményhez csatolt jegyzőkönyv elfogadásával vagy módosításával legalizálható.

A kormány előadta továbbá, hogy ha az állam mérlegelési jogköre „elérhetné az Egyezménytől való eltérés szintjét”, akkor annak az „élethez való jog tiszteletben tartására” is ki kellene terjednie. A kormány szerint a Bíróságnak nem szabadna kötelezővé tennie a 2. cikktől való eltérést. Az egyéni autonómia elve nem adhat alapot a PAD-hez, mivel az előbbiből nem következik „jog a megöletéshez”, tekintettel az Egyezmény 17. cikkében szereplő jogok megsértésének, lerontásának tilalmára.

A kormány hivatkozott is hivatkozott *Pretty*-ügyben hozott ítéletre, és előadta, hogy a PAD biztosítása esetében egyértelműen fennáll a visszaélés veszélye, illetve hivatkoztak a „csúszós lejtő” érvre: a PAD engedélyezése után nehéz lesz korlátozni annak használatát, mivel az állítólagosan analóg helyzetben lévő személyek egyenlő bánásmódot követelnek majd.

A kormány szerint következtetés, hogy az egyéni szabadság nevében engedélyezik a PAD-t, majd azt korlátozzák a gyógyíthatatlan betegekre vagy testi fogyatékkal élőkre. Továbbá, a PAD legalizálásából az a kötelezettség is következne, hogy az arra jogosult betegeket tájékoztassák a lehetőségről, ez viszont arra készítheti az érintetteket – azokat, akiknek nincs vallási kifogásuk az öngyilkossággal szemben – hogy gyakorlati okokból vessenek véget életüknek, például az ellátásukkal kapcsolatos költségekre tekintettel.

A kormány rámutatott a PAD visszafordíthatatlanságára is. Előadta, hogy a halálos betegek kívánsága, döntése megváltozhat a palliatív ellátás során, ahogy megtanulják, hogyan tudnak megbirkózni a jelentkező nehézségekkel. Az orvos által asszisztált öngyilkosság mint kezdeti preferencia nem tükrözheti a hozzáállásnak azt a változását, amely ezen megküzdési folyamat során kialakulhat.

A kormány részletesen érvelt az „ableizmus” mint a fogyatékkal élőkkel szembeni diszkrimináció és az orvos által asszisztált öngyilkosság kapcsolatáról. Érvelésük szerint a gyógyíthatatlan betegek vagy fogyatékkal élők számára elérhető PAD végső soron életminőségre vonatkozó előfeltevésekhez kapcsolódik, tehát ableizmuson alapul, és így sérti a fogyatékos-sággal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény 10. cikkét. Ahhoz a felfogáshoz társul, mely

szerint a betegek és fogyatékkal élők terhet jelentenek a társadalom számára, és az életük kevésbé értékes. A kormány szerint eleve az a helyzetértékelés, miszerint egyes betegek számára észszerű lehet, hogy orvos által asszisztált öngyilkosság révén véget vessenek az életüknek, az ableizmusban gyökeredzik.

A kormány tanulmányokra hivatkozva azt állította, hogy a PAD-re vonatkozó szabályok enyhítése aránytalanul következményekkel jár a sérülékeny csoportok számára. Az öngyilkosság segítésének magyarországi tilalma a gyógyíthatatlan betegek és a fogyatékos emberek védelmét szolgálja, akik kiszolgáltatottak a valós vagy vélt társadalmi vélekedéseknek és elvárásoknak, valamint a függőség, a haszontalanság és a kilátástalan érzéseinek, ezért mentális képességeiktől függetlenül különleges védelemre szorulnak. A magyar társadalom nem arra ösztönzi a betegeket, hogy meg akarjanak halni, hanem gondozást és támogatást nyújt számukra.

Az életmentő és -fenntartó kezelések visszautasítása, illetve a palliatív ellátás kapcsán a kormány előadta, hogy nem az orvos által asszisztált öngyilkosság az egyetlen módja a méltóságteljes halálnak. Az RWI jellemzően a mesterséges (enterális vagy parentális) táplálás és a légzéstámogatás leállítása jelenti. Ezeknek a kezeléseknak a megvonása lerövidítheti a betegség lefolyását, és az ekkor jelentkező szenvedés enyhítésére, illetve megszüntetésére bármilyen eszközzel, beleértve a nyugtató alkalmazását vagy a mélyaltatást, törekedni kell. A légszomj okozta szenvedést opiátszármazékok, kábító és fájdalomcsillapító szerek alkalmazásával lehet enyhíteni. Az RWI-re vonatkozó döntés – ellentétben a PAD-vel – bármikor visszavonható; a döntés nem az élet, hanem a haszontalan kezelés befejezésére vonatkozik, tehát nem tekinthető az eutanázia vagy az asszisztált öngyilkosság egy formájának.

A kormány azon az állásponton van, hogy az asszisztált öngyilkosság tilalma összhangban áll az Egyezménnyel. A PAD bármilyen formáját legalizáló államok száma nem nőtt jelentősen, az Európa Tanács negyvenhat tagállamának töredékében van jelen, így európai konszenzusról nem lehet beszélni, és egyébként sem lehet a nemzetközi jog forrása a közvélemény. Továbbá, a kérelmező által bemutatott közvélemény-kutatási eredmények nem tükröztek tájékozottságot a PAD kockázatait és következményeit illetően.

Az államoknak széles mérlegelési jogkört kell hagyni a kérdéskörben. A nemzeti hatóságok egyébként is jobb helyzetben vannak a lakosság alapvető, kollektív erkölcsi és társadalmi értékeinek felméréséhez, és annak eldöntéséhez, hogy szükséges-e (illetve milyen eszközökkel szükséges) megvédeni a ki-

szolgáltatottakat attól a nyílt vagy burkolt nyomástól, ami az öngyilkosság felé tereli őket.

Az extraterritoriális büntetőjogi hatályról szólva a kormány előadta, hogy a passzív személyi elv ebben az esetben nem bír különösebb relevanciával, mivel ennek hiányában is büntetőeljárás alá vonhatók azok, akik segítenek a kérelmezőnek elhagyni Magyarországot területét, hogy külföldön PAD-ot vegyen igénybe, illetve azok a magyar állampolgárok, akik ebben külföldön nyújtanak segítséget neki. A PAD-t engedélyező országban magyar állampolgárt kiszolgáló külföldi– passzív személyi joghatóság alá tartozó – egészségügyi dolgozók büntetőjogi felelősségével kapcsolatban a kormány előadta, hogy az ilyen országok hatóságai semmiképp sem lennének hajlandóak bűnügyi együttműködésre, vagyis ezeket a személyeket a gyakorlatban nem fenyegetné magyarországi büntetőeljárás, még akkor sem, ha Magyarországon hivatalból előzetes eljárást indítanának velük szemben.

A kormány ezen túlmenően azzal érvelt, hogy a magyar büntetőjog nem tiltja, hogy magyar állampolgárok külföldön igénybe vegyék a PAD-t (amennyiben ott ez a szolgáltatás külföldi állampolgárok, illetve külföldön élők számára elérhető – ami a fogadó ország döntése), mindaddig, amíg ezt magyar állampolgárok, illetve Magyarországon tartózkodók közreműködése nélkül teszik. A kormány azt is előadta, hogy a kérelmező nem állította, hogy megakadályozták abban, hogy PAD-ért folyamodjon külföldön, miközben még segítség nélkül tudott (volna) utazni.

Mindazonáltal, a passzív személyi joghatóság megszüntetése megfosztaná a magyar állampolgárokat a büntetőjogi védelemtől, beleértve annak preventív hatását is. Nem lenne észszerű, ha az állam olyan cselekedeteket ösztönözne külföldön, amelyek Magyarországon a közrenddel ellentétesnek minősülnek. Ezenkívül az utazás lehetőségével csak azok tudnának élni, akik megengedhetik maguknak a kapcsolódó költségeket, és ez diszkriminatív hatással járna az anyagilag rosszabb helyzetben lévőkre.

Végül a kormány azzal érvelt, hogy az előzetes hatósági engedély a PAD külföldön történő elvégzésére ellentétes lenne az Egyezmény 2. cikkével. Álláspontjuk szerint azonban az ilyen bűncselekmények üldözését és büntetését illetően van tere a rugalmasságnak, figyelembe lehet venni az elkövető motivációját, az áldozat szenvedését és kívánságait, valamint a cselekmény által a társadalomra jelentett veszélyt.

Az eljárásba több harmadik fél is beavatkozott.

Az olasz kormány előadta, hogy a 8. cikk rögzíti az önrendelkezési jogot a terápiával kapcsolatos döntéseket illetően, beleértve az életvégi döntéseket is,

mint például a passzív eutanáziát. Nem tartalmazza azonban a PAD-hez való jogot, illetve a halálhoz való jogot, mivel az ütközne az Egyezmény 2. cikke szerinti életvédelmi kötelezettséggel. Azzal érveltek, hogy a tagállamoktól nem lehet megkövetelni „az emberi méltóság tisztán szubjektív felfogását”.

Az European Centre for Law and Justice nevű nem kormányzati szervezet előadta, hogy az Egyezmény 8. cikke szerinti védelem kiterjed ugyan az eljárásra olyan országokban, ahol a belső jog biztosítja az orvos által asszisztált öngyilkosság lehetőségét, de nem keletkeztet jogot ezzel összefüggésben. Azt is előadták, hogy a Bíróság kifejezetten az Egyezmény 2. cikkével ellentétesen döntött, amikor a *Mortier*-ügyben engedélyezte az eutanázia alkalmazását.

Az Alliance Defending Freedom (ADF) International és a Care Not Killing (CNK) nevű szervezetek azzal érveltek, hogy az Egyezmény nem tartalmazza a halálhoz való jogot. Véleményük szerint a 2. cikk *lex specialis*, ezért az Egyezmény 8. és 9. cikke nem használható fel olyan jog létrehozására, amely homlokegyenest ellentétes lenne a 2. cikkel. Álláspontjuk szerint az öngyilkosság vagy az eutanázia normalizálása olyan orvosi kultúrához vezethet, amelyben a PAD válik az elsődleges megoldássá kislátástalan egészségügyi, társadalmi és gazdasági problémák esetén.

A Társaság a Szabadságjogokért azzal érvelt, hogy a gyógyíthatatlan betegeknek lehetőséget kell biztosítani a PAD igénybevételére, feltéve, hogy a döntésüket alapos mérlegelés után hozták meg, és a PAD-ról szóló jogszabály tartalmaz visszaélések elleni biztosítékokat. A magyar kormány nem értékelte, hogy a kiszolgáltatottak védelmének célja elérhető-e a teljes tiltásnál kevésbé korlátozó eszközökkel. Az ableizmusra hivatkozó érv kapcsán rámutattak, hogy a PAD kifejezetten személyes döntés kérdése.

A TASZ hivatkozott egy 2023-as holland kutatásra, amely kimutatta, hogy az ALS-ben szenvedő fiatalabb és iskolázottabb betegek nagyobb valószínűséggel vesznek igénybe PAD-t, függetlenül a palliatív ellátással való elégedettségüktől. A TASZ hivatkozott továbbá egy 2023-ban Magyarországon, 923 fő – 16–59 évesek – megkérdezésével végzett országos online felmérés eredményére, amely szerint a válaszadók többsége „meghatározott feltételek mellett” támogatja az eutanáziát.

A TASZ kritikát fogalmazott meg az életvégi döntések jelenlegi magyarországi rendszerének működését és átláthatóságát illetően. Megjegyezték, hogy a betegek előzetes kéréseiről kevés információ áll rendelkezésre, a kórházak és a mentőszolgálatok nem vezetnek nyilvántartást az RWI-re vonatkozó döntések-

ról. Azzal érveltek, hogy számos példa mutatja, hogy végső soron az egészségügyi dolgozók hozzák meg az életvégi döntéseket. A TASZ továbbá azzal érvelt, hogy a magyarországi palliatív ellátás több szempontból is – tekintettel a szűkös forrásokra, a munkaerőhiányra és a regionális egyenlőtlenségekre – elégtelen.

A Dignitas azzal érvelt, hogy az asszisztált öngyilkosság büntetőjogi tilalma nem megfelelő módszer az öngyilkosságok és az öngyilkossági kísérletek megelőzésére. Ha egy súlyosan szenvedő beteg nem fér hozzá az orvos által asszisztált öngyilkosság lehetőségéhez, akkor fennáll annak a veszélye, hogy felügyelet nélkül kísérel meg öngyilkosságot. Ezek a kísérletek gyakran kudarcot vallanak és további negatív következményekkel járnak az illetőre és szeretteire nézve is. A Dignitas szerint nem elfogadható, hogy belátóképességük teljében lévőket embertelen mértékű szenvedésre kényszerítsenek, olyanokat, akik véget vetnének a szenvedéseiknek, ha biztonságos, fájdalommentes, orvos által támogatott öngyilkosság révén megtehetnék.

A Dignitas előadta, hogy az Egyezmény 2. cikke nem ír elő kötelezettséget a PAD betiltására, és a PAD elfogadására irányuló tendencia egész Európában megfigyelhető. A fent hivatkozott *Haas*-ügy, valamint a *Gross Svájc elleni* ügye (67810/10. számú kérelem, a Bíróság 2013. május 14-én kelt ítélete) és a Lambert és társai Franciaország elleni ügyekre (46043/14. számú kérelem, a Bíróság 2015. június 5-én kelt ítélete) hivatkozva kijelentették, hogy a PAD magyarországi büntetőjogi tilalma nem tartható fenn.

A Bíróság, saját értékelése részeként először felidézte kapcsolódó esetjogát. A *Pretty*-ügyben az öngyilkosságban való segítségnyújtás általános büntetőjogi tilalma állt a középpontban. A kérelmező ebben az ügyben a mozgatóneuron-betegség előrehaladott stádiumában volt, és öngyilkosságot akart elkövetni, hogy elkerülje az élete méltatlan és kínzó végszakaszát. Ebben azonban az öngyilkosságban való közreműködést, segítségnyújtást tiltó törvény, és így a (segítséget nyújtani kész) férjével szemben indítható büntetőeljárás veszélye megakadályozta. 2002-es döntésében a Bíróság megállapította, hogy a szóban forgó törvény az élet védelmét szolgálja azzal, hogy megvédi a gyengéket és kiszolgáltatottakat, azokat, akik nincsenek olyan állapotban, hogy valóban tájékozott döntést hozzanak ilyen kérdésben. A visszaélések kockázata fennáll, és az államok feladata felmérni e kockázatok és visszaélések valószínűsíthető előfordulását, ha az általános tilalmat enyhítenék. Tehát a Bíróság nem tartotta aránytalannak az asszisztált öngyilkosságra vonatkozó tilalom általános jellegét.

A *Haas Svájc elleni* ügyében<sup>16</sup> a Bíróság egy olyan panaszt vizsgált ki, mely arra vonatkozott, hogy a súlyos bipoláris affektív zavarban szenvedő kérelmező számára nem bocsátottak rendelkezésre nátrium-pentobarbitált (lényegében méreginjekciót), hogy ezzel segítsenek neki öngyilkosságot elkövetni. A 8. cikk esetleges megsértésének vádjával szemben Bíróság helyénvalónak találta az Egyezmény 2. cikkére való hivatkozást, amely a hatóságokat kötelezi a kiszolgáltató személyek védelmére, az olyan cselekményekkel szemben is, amelyekkel saját életüket veszélyeztetik. A Bíróság úgy határozott, hogy ez a rendelkezés kötelezi a nemzeti hatóságokat arra, hogy megakadályozzák, hogy egy személy megölje saját magát, ha a döntést nem szabadon és az azzal járó következmények teljes tudatában hozta meg. A Bíróság leszögezte, hogy ha egy állam (itt Svájc) elősegíti az asszisztált öngyilkossághoz való hozzáférést, az Egyezmény 2. cikkében biztosított élethez való jog akkor is kötelezi az államot arra, hogy olyan eljárást hozzon létre, amely képes biztosítani, hogy valóban az illető szabad akaratát tükrözze a döntés, hogy véget vet az életének.

*Koch Németország elleni* ügyében,<sup>17</sup> amelyben a kérelmező egy olyan nő férje volt, akinek a halálos nátrium-pentobarbitál adagra vonatkozó kérelmét elutasították, a Bíróság megállapította, hogy ez a döntés, valamint az ezt követő hazai bírósági döntések az illetőnek a magánélet tiszteletben tartásához való jogába történő beavatkozást jelentettek. A Bíróság végül a 8. cikk megsértését az eljárás vonatkozásában állapította meg, mivel a hazai bíróságok nem vizsgálták ki érdemben a kérelmező panaszát.

*Lings Dánia elleni* ügyében<sup>18</sup> a panaszost – egy nyugdíjas orvost, aki egy eutanáziát támogató egyesület tagja volt – öngyilkosságban való segítségnyújtás kísérlete és öngyilkosságban való segítségnyújtás miatt ítélték el. A kérelmező az Egyezmény 10. cikkének sérelmét panaszolta, a Bíróság azonban úgy ítélte meg, hogy az Egyezmény alapján nem létezik az öngyilkossághoz nyújtott segítséghez való jog, és ez vonatkozik az öngyilkosságról való tájékoztatásra, illetve az öngyilkossággal kapcsolatos általános tájékoztatáson túlmutató segítségnyújtásra is. A panaszos elítélése tehát „egy demokratikus társadalomban szükségesnek” tekinthető, arányos az elérni kívánt célokkal, nevezetesen az egészség és az erkölcs, valamint mások jogainak védelmével, és Dánia a mérlegelési jogkörén belül járt el.

A legfrissebb asszisztált öngyilkossággal kapcsolatos ügy a már említett *Mortier Belgium elleni* ügye. A panaszos édesanyja közel négy évtizedig szenvedett depresszióban, és a törvény által engedélyezett eutanázia következtében halt meg. A kérelmező azt kifogá-

solta, hogy az állam nem teljesítette az édesanya életének védelmére vonatkozó pozitív kötelezettségeit, és ennek következtében megsértette a magán- és családi élet tiszteletben tartásához való jogát is. A Bíróság, idézve a fenti döntéseket, a következőket állapította meg: az „élet végének, és különösen az eutanáziának a területe összetett jogi, társadalmi, erkölcsi és etikai kérdéseket vet fel. E kérdéskör vonatkozásában az Egyezményben részes államok álláspontjai és jogi válaszai igen eltérőek, és nincs konszenzus az egyén azon jogát illetően, hogy az élete befejezésének módjáról és idejéről döntsön”. Tehát arra, hogy hogy miként lehet egyensúlyt teremteni a beteg élethez való joga és a magánéletének, illetve személyes autonómiájának tiszteletben tartásához való jog védelme között, az államok számára széles (de nem korlátlan) mérlegelési mozgásteret kell biztosítani. A Bíróság megjegyezte, hogy az eutanázia dekriminalizálásának célja az volt, hogy az egyéneknek szabad választási lehetőséget biztosítson annak érdekében, hogy elkerülhessék a szerintük méltatlan és fájdalmas halált. Az élethez való jog tehát nem értelmezhető úgy, hogy az eleve kizárja az orvos által asszisztált öngyilkosság szóban forgó formájának feltételes dekriminalizálását. Ahhoz azonban, hogy a 2. cikkel összeegyeztethető legyen, a dekriminalizációval párhuzamosan megfelelő és kielégítő biztosítékokat kell bevezetni a visszaélések megelőzése, ezáltal az élethez való jog tiszteletben tartásának biztosítása érdekében. Az ügyben az Egyezmény sérelmét kizárólag eljárási szempontból állapította meg a Bíróság, mivel a szakosított felülvizsgálati bizottság függetlensége nem volt biztosított, és a büntetőeljárás túlságosan hosszúvá nyúlt. A Bíróság ugyanakkor megállapította, hogy a kérelmezőnek az Egyezmény 8. cikke szerinti jogait nem sértette sem az eutanázia aktusa maga, sem pedig az a körülmény, hogy kihagyták az eljárásból.

A *Karsai*-ügy kapcsán a Bíróság először is megállapította, hogy a kérelmező kívánsága, hogy halála időpontját maga választhassa meg, betegségének degeneratív jellegével és végzetes kimenetelével van összefüggésbe: azzal, hogy mozgásképtelen, tehetetlen állapothoz, illetve fájdalomhoz vezet, és „egzisztenciális félelmet”, szorongást okozhat számára. Ahelyett, hogy a természetes módon bekövetkező haláláig ilyen elviselhetetlen szenvedéssel teli életre legyen ítélve, azt szeretné, hogy élete békében érjen véget az általa választott időpontban és módon.

Másodszor, noha a kérelmező nem volt teljesen világos azzal kapcsolatban, hogy milyen típusú segítséget szeretne igénybe venni, a beadványai lényegében PAD-re utalnak. Harmadszor, a kérelmező (egybehangzóan az egyik szakértő véleményével) azt állítja, hogy kognitív képességei valószínűleg egészen

a haláláig megmaradnak. Valószínű, hogy továbbra is teljes mértékben képes lesz arra, hogy saját maga hozza meg az életével kapcsolatos döntéseit, bár az ilyen döntések közlése egy bizonyos ponton túl már kihívást jelenthet.

A Bíróság szerint tehát a panaszt, miszerint a kérelmezőt akadályozzák abban, hogy mások segítségével véget vessen az életének, és ezáltal önrendelkezési jogát gyakorolja egy számára nagyon fontos kérdésben, a fenti elemek fényében, kontextusában kellett megvizsgálni. A kérelmező panasa egyrészt arra vonatkozik, hogy nem tud Magyarországon PAD-t igénybe venni, másrészt arra, hogy külföldön sem. A Bíróság mindkét aspektust vizsgálja. Végül a Bíróság megjegyezte, hogy a kérelmező a PAD elérhetőségének hiányára panaszkodott, ami magában foglalja mind az eutanáziát, mind az asszisztált öngyilkosságot. A büntetőjogi tilalommal kapcsolatos panasa azonban lényegében az öngyilkosságban történő segítségnyújtás bűncselekményére vonatkozik.

A Bíróság megjegyezte, hogy bárki, aki Magyarországon vagy külföldön magyar állampolgárnak segítséget nyújt öngyilkossághoz, a magyar büntetőjog szerint büntethető. Tekintettel a kérelmező fizikai állapotára és arra, hogy Magyarországon tartózkodik, ez gyakorlatilag azzal egyenlő, hogy megtagadják tőle a lehetőséget, hogy saját feltételei szerint fejezze be az életét, akár otthon, akár külföldön, és ezzel beavatkoznak a magánélet tiszteletben tartásához való jogába.

Mindezek alapján a Bíróság rámutatott, hogy maga a kérelmező érvelt amellett, hogy az államnak pozitív kötelezettséget kell vállalnia az önrendelkezéshez és a méltóság teljes halálhoz való jog hatékony gyakorlása feltételeinek biztosítására. A PAD esetében ez szükségszerűen magában foglalná az orvosi beavatkozáshoz való hozzáférés pozitív biztosítását is, például az élet kioltását szolgáló szerekhez való hozzáférést. A kérelmező panasa tehát túlmutat a pusztá beavatkozás tilalmán, és az állam pozitív kötelezettségeit is érinti.

A központi kérdés jelen ügyben az, hogy Magyarországnak sikerült-e megfelelő egyensúlyt teremteni a kérelmező azon érdeke, hogy életének PAD segítségével véget vethessen, és a szóban forgó szabályozás legitim céljai között, figyelembe véve a PAD dekriminalizálásával járó pozitív kötelezettségeket, valamint az állam e területen fennálló mérlegelési jogkörét.

A Bíróság megismételte, hogy a kérelmezőnek a PAD-hez való hozzáféréshez fűződő érdeke a magánélet tiszteletben tartásához való joga lényegét érinti. Továbbá vitathatatlannak tartja, hogy ez különös jelentőséget kap azon halálos betegek esetében,

akik a PAD-ben látják szenvedéseik befejezésének egyetlen eszközét.

Ami az asszisztált öngyilkosság abszolút tilalma, illetve a PAD magyarországi elérhetőségének ebből következő hiánya kapcsán az érdekek közötti egyensúlyt illeti, a Bíróság szerint amennyiben az érdekek az egészségpolitika kérdéseivel kapcsolatosak, akkor azok a nemzeti hatóságok mérlegelési mozgásterébe tartoznak, mivel az utóbbiak képesek a leginkább a prioritások, az erőforrások és a társadalmi igények felmérésére. A Bíróság továbbá következetesen úgy ítélte meg, hogy az Egyezményt egészében kell értelmezni, és így a 8. cikk esetleges megsértésének vizsgálatával összefüggésben helyénvaló az Egyezmény 2. cikkére hivatkozni, amely a hatóságok számára kötelezettséget teremt a kiszolgáltatottak védelmére, még akkor is, amikor az illetők a saját életüket veszélyeztetik.

A Bíróság a PAD-hez való hozzáféréssel kapcsolatos korábbi ügyek vizsgálata során arra a megállapításra jutott, hogy az Európa Tanács tagállamai messze nem jutottak konszenzusra az egyén azon jogát illetően, hogy eldöntse, hogyan és mikor fejezze be az életét, azt ugyanakkor elismeri, hogy az elmúlt néhány évben egyes európai országokban, például Ausztriában, Olaszországban, Németországban, Spanyolországban és Portugáliában fontos jogi fejlemények történtek a PAD bizonyos formáihoz való hozzáférés biztosítását illetően.<sup>19</sup> A Bíróság tehát elismeri a dekriminalizáció irányába mutató tendencia létét, ugyanakkor megállapítja, hogy az országok többsége továbbra is tiltja, és büntetni rendeli az öngyilkosságban való segítségnyújtást, beleértve a PAD-t is. Ezzel kapcsolatban a Bíróság megjegyzi azt is, hogy a vonatkozó nemzetközi dokumentumok, köztük az Európa Tanács Oviedói Egyezménye, nem adnak alapot arra a következtetésre, hogy a részes államoknak javasolt vagy kötelező lenne a PAD-hez való hozzáférés biztosítása.

Tekintettel a kormány és egyes harmadik felek által felhozott érvekre, a Bíróság rámutatott arra, hogy már megállapította: a 2. cikk nem akadályozza a nemzeti hatóságokat abban, hogy engedélyezzék vagy biztosítsák az orvos által segített öngyilkosság lehetőségét, amennyiben az utóbbihoz megfelelő és elégséges biztosítékokat társítanak a visszaélések megelőzése és ezáltal az élethez való jog tiszteletben tartásának biztosítása érdekében. A Bíróságnak jelen ügyben azt kellett megvizsgálnia, hogy a 8. cikkel és az sajátos körülményeivel összefüggésben a magyar állam azzal túllépte-e az említett mérlegelési mozgásteret azzal, hogy a kérelmező számára megakadályozta, hogy a PAD bármely formáját igénybe vehesse.

A jelen ügyben, szögezte le a döntés, nem vitatott, hogy a kérelmező szellemi képességeinek teljes birtokában van, és arra vonatkozóan valós kívánságot fogalmazott meg, hogy PAD-hez jusson, ha szenvedései elviselhetetlen mértékűvé válnak. A kormány érvei nem arra vonatkoznak, hogy hogyan lehetne megvédeni a kérelmezőt (az „önsértés” általa igényelt lehetőségétől), hanem arra, hogy a kifogásolt jogszabály kívánt enyhítése milyen következményekkel járna a kiszolgáltatott helyzetben lévő egyénekre, illetve a társadalom egészére nézve.

A kormány szerint a PAD nem elfogadható lehetőség, mivel azon az előfeltevésen alapul, hogy a betegséggel vagy fogyatékossgal élő emberek terhet jelentenek a társadalom számára, és az életük csökkent értékű. A Bíróság ezzel kapcsolatban megjegyzte, hogy bár a PAD legalizálásának lehetnek bizonyos szélesebb körű társadalmi következményei, semmi sem utal arra, hogy szükségszerűen diszkrimináció alapulna.

A Bíróság úgy vélte, hogy a nemzeti jogszabályokban a PAD-re vonatkozóan gyakran szereplő kritériumok, mint a betegség gyógyíthatatlan jellege vagy halálos kimenetele, semmiképpen sem tekinthetők úgy, mintha azok kevesebb értéket tulajdonítanak az érintettek életének. Ezek a kritériumok éppen azt a kényes egyensúlyt tükrözik, amelyet meg kell teremteni az emberi méltóság és az mentális képességeknek teljében lévő, ám meghalni akaró betegek önrendelkezési jogának tiszteletben tartása, valamint a PAD szűken meghatározott kereteken túli engedélyezésével járó kockázatok között.

A kormány azzal is érvelt, hogy a kifogásolt jogszabály enyhítése a kiszolgáltatott embereket az életük befejezésére irányuló nyílt vagy közvetett nyomásnak teheti ki, befolyásolhatja önértékelésüket, alááshatja az orvosi szakmába vetett bizalmat, és „csúszós lejtő” hatása lehet. A kérelmező megkérdőjelezte az ezen érvek alapjául szolgáló bizonyítékokat. A Bíróság szerint e területen valóban hiányosak az adatok, ahogy azt a szakértőként meghallgatott Régis Aubry is jelezte, ez azonban önmagában nem jelenti az érvek megalapozatlanságát. Ezek az érvek nem dönthetők el kizárólag statisztikai vagy más bizonyítékok alapján. A PAD legalizálásának számos szélesebb körű társadalmi következménye elkerülhetetlenül érzékeny hatással lehet a kollektív erkölcsi értékekre, amelyek társadalmanként eltérőek lehetnek, és idővel változhatnak. Az ilyen következmények kétségtelenül relevánsak és fontosak. Továbbá, mivel ezek a hatások az adott ország társadalmi viszonyait érintik, csak a nemzeti hatóságok tudják megfelelően értékelni azokat.

A Bíróság megjegyezte továbbá, hogy a PAD körül akkor is szigorú szabályozási keret kell kialakítani, ha az gyógyíthatatlan tünetekkel küzdő halálos betegekre korlátozódik. A PAD igénybevételére vonatkozó döntésnek valódinak, külső befolyástól mentesnek kell lennie, illetve biztosítani kell a kérés „folyamatos érvényességét”: a beteggel folytatott kommunikációs folyamatnak alkalmasnak kell lennie arra, hogy figyelembe vegye annak valós lehetőségét, hogy a beteg a betegség előrehaladtával megváltoztatja a PAD-ot illetően az álláspontját. Ez persze különösen nehéz lehet olyan betegségek esetében, mint például az ALS, ahol a beteg egy ponton elveszítheti kommunikációs képességét. A beteggel való hatékony kommunikáció tehát különleges készségeket, időt és jelentős elkötelezettséget igényel az orvosok és más szakemberek részéről, csakúgy, mint a megfelelő palliatív ellátás biztosítása, amelyet mindkét szakértő a PAD igénybevételének megfontolásához szükséges előfeltételnek tart. A Bíróság ezzel kapcsolatban megjegyzi, hogy az ilyen erőforrások felmérése és elosztása elvben a nemzeti hatóságok mérlegelési jogkörébe tartozó kérdés.

A fentiekre tekintettel a Bíróság megjegyezte, hogy a PAD elérhetővé tételével járó szélesebb körű társadalmi következmények, valamint a visszaélések és tévedések kockázata komolyan mérlegelendő annak megítélésakor, hogy figyelembe kell-e venni a halálba segítséget igénylők érdekeit, és ha igen, hogyan. Az államok jelentős mérlegelési mozgástérrel rendelkeznek e téren az egyensúly megteremtését illetően.

A kérelmező ezt elvben nem vitatta, és azzal érvelt, hogy az öngyilkosságban való segítségnyújtás büntetőjogi tilalma, amennyiben az a hozzá hasonló helyzetben lévő betegek esetében sem tesz kivételt – sajátos körülményeikre tekintettel –, indokolatlan.

A kérelmező azzal is érvelt, hogy a betegsége jellegére és lefolyására tekintettel a palliatív ellátás, illetve kezelés visszautasításának lehetősége nem küszöböli ki számára az elviselhetetlen, hosszan tartó szenvedést, miközben ez idő alatt nem lenne életfenntartó kezelésre szorulva, amit a magyar jog szerint megtagadhatna, és ezzel siettetni tudná a halálát. A kérelmező tehát a PAD melletti érvként azt hozta, hogy a szenvedését illetően szerinte nincs alternatív megoldás.

A Bíróság úgy vélte, hogy a magas színvonalú palliatív ellátás, beleértve a hatékony fájdalomcsillapításhoz való hozzáférést, sok esetben – és kétségtelenül a kérelmező esetében is – alapvető fontosságú a méltóságteljes életvég biztosításához. A meghallgatott szakértői bizonyítékok szerint a palliatív ellátás, amely az Európai Palliatív Szövetség (EAPC) felülvizsgált ajánlásaihoz igazodik, beleértve a palliatív

szedáció alkalmazását is, általában megkönnyebbülést hozhat a kérelmező helyzetében lévő betegeknek, és lehetővé teheti számukra a békés halált.

A Bíróság szerint a kérelmező nem terjesztett elő semmilyen konkrét érvet arra vonatkozóan, hogy a palliatív ellátás Magyarországon ne lenne megfelelő, vagy hogy a rendelkezésre álló palliatív szolgáltatók részeként nem kaphatott volna palliatív szedációt a refrakter (a kezelés visszautasítása miatt fellépő) szenvedés enyhítésére. A kérelmező azt sem vitatta, hogy képes lenne saját halálát meggyorsítani azzal, ha nem járulna hozzá a légzéstámogatás alkalmazásához, illetve, ha annak beszüntetését kérné, amikor az szükségessé válik. Azt sem állította, hogy ne kapna megfelelő kényelmi ellátást a végstádiumban, amikor a légzéstámogatás hiánya miatt kényelmetlenség és szorongás jelentkezik. A kormány megerősítette, hogy ez a lehetőség is nyitva áll a kérelmező előtt.

A kérelmező ehelyett azzal érvelt, hogy elutasítaná az ilyesmi alkalmazását, mivel a gyógyszeres szedáció révén elveszítené az autonómiája maradékát is. A Bíróság megjegyzi, hogy ez egy legitim személyes – és nagy horderejű – döntés. A Bíróság úgy látja azonban, hogy az egyébként megfelelő és rendelkezésre álló eljárásokról személyes szemponton alapulóan, önkéntesen lemondás önmagában nem kötelezheti a hatóságokat alternatív megoldások biztosítására, így a PAD legalizálására sem. Az ellenkező értelmezés a gyakorlatban azt jelentené, hogy az orvos által asszisztált öngyilkosság a rendelkezésre álló alternatíváktól függetlenül az Egyezmény 8. cikke alapján érvényesíthető jog.

A kérelmező továbbá azt állította, hogy az ismertett körülmények miatt az RWI túl későn válna csak elérhetővé számára: addigra már hosszabb ideje élne „a testébe zárva”, és elviselhetetlen „egzisztenciális szenvedés”-nek lenne kitéve, miközben teljesen a tudatánál van.

A Bíróság elismerte, hogy az ALS-ben szenvedő betegek számára különösen nehéz lehet reményt vagy célt találni az életben, tekintettel a folyamatos fizikai leépülésre és a végzetes kimenetel elkerülhetetlenségére. Nem biztos, hogy az „egzisztenciális szenvedés” orvosilag kezelhető – jegyzi meg továbbá. A Bíróság szerint az emberi létállapot része, hogy az orvostudomány valószínűleg soha nem fogja tudni a halálos betegek szenvedéseit minden szempontból kiiktatni. Továbbá, bár valóban súlyos gyötrelmről van szó, az egzisztenciális szenvedés alapvetően a helyzet személyes megéléséből fakad, ami változhat, és így egyszerű objektív értékeléssel nem is mérhető fel.

A Bíróságnak nem feladata, hogy meghatározza a PAD-ben rejlő kockázat elfogadható szintjét ilyen

körülmények között; elegendő megjegyezni, hogy az objektív értékelés nehézségei fokozhatják az eleve meglévő kockázatokat. A Bíróság tehát nem tudta elfogadni a kérelmező érvét olyanként, mint ami a PAD legalizálására vonatkozó kötelezettséget alátámasztja az Egyezmény 8. cikke alapján. Az érintettek fokozott kiszolgáltatottságára tekintettel azonban a hatóságoknak humánusan kell közelíteniük az ilyen helyzetekhez, amely megközelítésnek szükségszerűen magában kell foglalnia az együttérzés és magas szintű orvosi normák által vezérelt palliatív ellátás biztosítását. A kérelmező nem állította, hogy ilyen ellátás ne állna rendelkezésére, vagyis nem tekinthető úgy, hogy a hazai hatóságok e tekintetben megsértették volna az Egyezmény 8. cikkéből eredő pozitív kötelezettséget.

A Bíróság szerint a büntetőjogi tilalom kérdése nem vizsgálható külön a PAD pozitív szabályozásának kérdésétől, mellyel a döntés már foglalkozott. A kérelmezőnek az a panasza azonban, hogy ez a tilalom megakadályozta őt abban is, hogy külföldön vegyen igénybe PAD-t, egy alapvetően negatív állami kötelezettséget érint: az egyén 8. cikk szerinti jogaiba való beavatkozástól való tartózkodás kötelezettségét. Ezzel kapcsolatban, tekintettel a magyar jog rendelkezéseire, a Bíróság megjegyzi, hogy minden olyan nem magyar állampolgár, aki segítene a kérelmezőnek abban, hogy külföldön öngyilkosságot kövessen el, azt kockáztatná, hogy Magyarországon büntetőeljárás indul ellene. Ugyanakkor kétségtelen, hogy az önálló mozgásra képtelen kérelmezőnek a külföldre jutáshoz már Magyarország területén is segítségre lenne szüksége, és ezzel büntetőeljárásnak tennék ki magukat azok, akik Magyarországon segítenek neki.

A Bíróság megjegyezte továbbá, hogy az Európa Tanács tagállamainak többségében a PAD továbbra is nemcsak hogy nem elérhető, hanem büntetendő is. Az öngyilkosságban történő közreműködés, asszisztencia büntetőjogi tilalma az életet veszélyeztető cselekményektől való elrettentést, valamint erkölcsi-etikai jellegű megfontolásokból eredő érdekek védelmét szolgálja. Semmi szokatlan vagy túlzó nincs abban, hogy az állami tilalom azokra az esetekre is vonatkozik, amikor az öngyilkosságot végül külföldön hajtják végre, különösen, ha az bűncselekmény áldozata és/vagy elkövetője az adott állam állampolgára.

A Bíróság úgy látta, hogy az a kérés, hogy a PAD külföldön történő igénybevételét ne büntessék Magyarországon, az államtól azt követelné, hogy kivételt teremtsen a büntetőjog működését illetően. Bár a PAD az Egyezmény 2. cikkének megfelelően elérhetővé tehető olyan joghatóságokban, ahol megfele-

lő biztosítékok társulnak mellé, a hazai büntetőjogi rendszer koherenciájának kérdése, valamint az öngyilkosságban való segítségnyújtás tilalmát alátámasztó kollektív erkölcsi-etikai megfontolások, amelyeket a magyar kormány a jelen ügyben felvetett, észszerű indokot szolgáltatnak arra, hogy a magyar hatóságok vonakodjanak a kérelmező által kért kivételt bevezetésétől.

Végezetül a Bíróság megjegyezte, hogy bár az öngyilkosságban történő segítségnyújtás a hazai jog szerint bűncselekményként üldözendő, a kormány azt állítja, hogy az elkövető motivációja, az áldozat körülményei és a bűncselekmény által jelentett veszély mértéke enyhítő körülményekként figyelembe vehetők, és indokolt esetben a kiszabott büntetés alacsonyabb lehet a törvényben meghatározott minimumnál.

A fentiekre, illetve az állam jelentős mérlegelési mozgásterére tekintettel, az öngyilkosságban segédkezés büntetőjogi tilalma, beleértve minden olyan személy felelősségre vonhatóságát, aki a kérelmezőnek segítséget nyújtana külföldön a PAD igénybevételéhez, nem aránytalan.

Ami azt az állítást illeti, hogy a kifogásolt intézkedése hazai hatóságok általi felülvizsgálata elégtelen volt, a Bíróság a kormánnyal együtt elismerte, hogy az Alkotmánybíróság 2003-as határozatát leszámítva az öngyilkosságban való segítségnyújtás abszolút tilalmát a hazai hatóságok érdemben soha nem vizsgálták felül a tényállás 1878-as bevezetése óta. A Bíróság azonban nem tulajdonított döntő jelentőséget ennek a fejleménynek.

A Bíróság hangsúlyozta, hogy a jelen ügyben eldöntendő kérdés nem az, hogy egy eltérő szakpolitikai intézkedés – például a PAD elérhetővé tétele – elfogadható lett volna-e, hanem az, hogy a versengő érdekek közötti konkrét egyensúly kialakítása során a magyar hatóságok a jelentős mérlegelési mozgáskörük határain belül maradtak-e. A döntés során figyelembe vett szempontok alapján a Bíróság nem találta úgy, hogy a magyar hatóságok túllépték volna ezt a mérlegelési mozgásteret, tehát az Egyezmény 8. cikkét nem sértették meg.

A kérelmező, az Egyezmény 14. cikkére a 8. cikkel összefüggésben hivatkozva azt is kifogásolta, hogy hátrányos megkülönböztetésnek volt kitéve, mivel a törvény nem biztosította számára a halála meggyorsításának lehetőségét, noha az életfenntartó kezelésre szoruló (és így azt visszautasítani képes) halálos betegeknek biztosít ilyen lehetőséget, tehát a magyar jog eltérő bánásmódban részesíti azokat a halálos beteg, mentálisan cselekvőképes személyeket, akiknek a tünetei refrakterek, de halálukat csak PAD segítségével tudnák siettetni, és azokat, akik ezt az



RWI igénybevételével tehetik meg. Neki nincs szüksége életfenntartó kezelése, és lehet, hogy soha nem is lesz rá szüksége, vagy csak a betegsége nagyon késői stádiumában. Véleménye szerint nem indokolt megtagadni tőle a PAD-hez való hozzáférést, ami az egyetlen olyan lehetőség, amely lehetővé tenné számára, hogy életvégi döntését érvényesítse, miközben mások hasonló helyzetben hozzáférnek az RWI-hez, ami a gyakorlatban az élet rövidítését is jelentheti. Rámutatott, hogy ilyen típusú megkülönböztetéssel a Bíróság a *Pretty*-ügyben nem foglalkozott.

A kormány azt állította, hogy az RWI és a PAD természetüknél fogva különböző eljárások. Az RWI nem az élet szándékos megvonása, hanem egyszerűen annak a ténynek az elfogadása, hogy a beteg élete nem menthető meg, és ezt követően a halál természetes bekövetkezésének megengedése. A PAD esetében a halált az orvos beavatkozásával aktívan és szándékosan siettetni kívánják. A kérelmező, amennyiben halálos betegnek minősül, ugyanolyan feltételek mellett veheti igénybe az RWI-t, mint bárki más. A kormány azzal érvelt, hogy azok a betegek, akik nem szorulnak életfenntartó kezelésre, nincsenek hasonló helyzetben, mint azok, akik igen. A kormány példaként azt állította, hogy a tüdőgyulladás is végzetes kimenetelű lehet, ha a beteg visszautasítja az antibiotikumokat, de ez nem jelenti azt, hogy a tüdőgyulladásban nem szenvedő betegeket hátrányos megkülönböztetés érne, mivel nem hozhatnak életvégi döntést az antibiotikumok visszautasításával.

A Bíróság megjegyzi, hogy fent igazolhatónak találta, hogy Magyarország fenntartja az öngyilkosságban történő közreműködés abszolút tilalmát a következő okokból: a PAD nyújtásával járó visszaélés kockázata meghaladhatja az RWI esetében fennálló kockázatot; a PAD lehetséges társadalmi következményei szélesebb körűek; szakpolitikai döntésekre van szükség a PAD-hoz; illetve, az államoknak a kérdéskör tekintetében jelentős a mérlegelési jogköre. A 14. cikket illetően hasonló meggyőző indokok állnak rendelkezésre annak igazolására, hogy eltérő bánásmódban részesülnek azok a betegek, akik életfenntartó kezelésre szorulnak, és azok, akik nem (és így nem gyorsíthatják halálukat kezelés visszautasításával). A Bíróság ezért úgy véli, hogy a halálos betegek fent említett két csoportjának állítólagos eltérő bánásmódja objektíven és észszerűen indokolt, tehát az Egyezmény 14. cikke nem sérült.

Végül a kérelmező lényegében megismételte a 8. cikkel összefüggésben tett panaszait a 3. és 9. cikkekre vonatkozóan, önmagukban és az Egyezmény 14. cikkével összefüggésben is. Azt kifogásolta, hogy a PAD-hez való hozzáférés hiánya miatt az Egyez-

mény 3. cikkével ellentétes bánásmódnak van kitéve, továbbá a 9. cikk alapján azt állította, hogy a PAD-hez való hozzáférés hiánya megakadályozza őt abban, hogy méltósággal haljon meg, ami vallási és filozófiai meggyőződésének egyik központi eleme. A Bíróság ezeket a panaszokat nem vizsgálta külön; nyilvánvalóan megalapozatlanoknak tekintette azokat.

Összességében tehát az Egyezmény 8. cikke önmagában és a 14. cikkel összefüggésben sem sérült.

A döntéshez egy párhuzamos indokolást és egy különvéleményt fűztek.

Wojtyczek bírósági ítélet szerinte a kérelmet nem lett volna szabad befogadni. Az Egyezmény 2. cikke 1. §-ának második mondata előírja, hogy senkit sem szabad szándékosan megfosztani az életétől. A 2. cikk 1. és 2. §-a összesen négy kivételt sorol fel e tilalom alól. Az eutanázia és az orvos által segített öngyilkosság nem szerepel az élettől való szándékos megfosztás tilalma alóli lehetséges kivételek között. Szerinte az Egyezmény 2. cikke szigorúan szó szerinti értelmezést igényel, és kizárja további kivételek dinamikus értelmezéssel történő beillesztését. Az eutanázia és az orvos által asszisztált öngyilkosság dekriminálizálása különösen kizárt. „E rendelkezés betűje és a szöveg egészének szerkezetében elfoglalt helye egyaránt azt a mögöttes feltételezést tükrözi, hogy az emberi élet felbecsülhetetlen értékű, és hogy az életnek mindig van egy belső és objektív értéke, valamint egy belső és objektív értelme, amely nem függ az élet értelmességével vagy értelmetlenségével kapcsolatos szubjektív érzésektől. Az Egyezmény egyértelműen az emberi élet különösen erős és feltétel nélküli védelmének biztosítására. Ha ezeket az alapvető feltételezéseket megkérdőjelezzük, akkor az Egyezmény rendszerének egész építménye kezd megroppanni.” – fogalmaz. Wojtyczek bírósági ítélet szerinte a PAD legalizálása még megfelelő biztosítékok társít történő legalizálása is sérti az Egyezmény 2. cikkét. A 2. cikk világos betűje miatt az Egyezmény szerinti hatálya nem terjedhet ki a saját életről és halálról való döntésekre. A „magánélet” fogalma is eleve életet feltételez, és nem terjed ki a halál választására orvos által segített öngyilkosság vagy eutanázia útján.

Felici bírósági ítélet szerinte a 8. cikk önmagában és a 14. cikkel összefüggésben történő sérelme mellett érvel. Összhangban az „élő eszköz” doktrínával az Egyezmény „szükségszerűen” progresszív értelmezését adja. Négy elemmel írja le Karsai Dániel állapotát: 1. biztos halál prognózisa; 2. gyógyíthatatlanság; 3. elviselhetetlen testi és lelki szenvedés; 4. szellemi tisztánlátás és jelenlét. E körülmények fényében a Bíróságnak lett volna mozgástere az ítélkezési gyakorlatának kialakítására. Nincs olyan ko-

rábi eset, amely tökéletesen egybeesik, illetve lényegében azonos lenne ezzel az esettel.

Meggyőződése szerint a személyes szabadsághoz való jog, beleértve annak szellemi vagy erkölcsi aspektusát is, elidegeníthetetlen emberi jog, amely lehetővé teszi az egyén számára, hogy személyiségét kibontakoztassa, és hogy a lehető leginkább saját meggyőződését kövesse, a saját „létfelfogásának” megfelelően, és mindez az ember saját halálára is vonatkozik. Szerinte az európai tendenciát is figyelembe kellett volna venni, és alapvetően nem látja leküzdhetetlen jogi akadályát annak, hogy pozitív állami kötelezettséget állapítsanak meg az Egyezmény 8. cikkének alkalmazásával kapcsolatban. Ebből következik, hogy az a beavatkozás, amelyet az öngyilkosságban segédkező személyek büntetőjogi felelősségre vonása jelent, különösen, ha a cselekmény extraterritoriális, nem felel meg az Egyezménynek. Szerinte a többségi döntés az ügyet nem annak konkrét érdemei alapján bírálta el. Bár a *Pretty*-ügyben felvázolt elveket újraértelmezték, az eredmény csupán „bátortalan kiigazítás”-nak tűnik, amelyből nem származik kézzelfogható előny.

A bíró leszögezte, hogy a *Mortier*-ügyben a Bíróság tisztán eljárási jogsértést állapított meg egy PAD-hez vezető eljárást illetően, ezzel hangsúlyozva, hogy a nemzeti és nemzetközi szabályozási rendszerekkel szemben elvárt, hogy megelőzzék, korlátozzák és orvosolják a visszaéléseket.

Rámutat továbbá, hogy a többségi döntés feltételezése szerint a palliatív ellátás képes enyhíteni az olyan betegség okozta elviselhetetlen szenvedést, mint amilyenben a kérelmező szenved, és ezáltal „elviselhetővé” teszi azt. Szerinte azonban a megkérdezett szakértők jelezték, hogy jelenleg nem létezik olyan gyógyszeres kezelés, amely képes lenne az egzisztenciális szenvedést enyhíteni.

A méltóság kapcsán is a többségitől eltérő megközelítést alkalmaz. „Lehetséges-e a méltóságot az emberi lény eredendő tulajdonságának minősíteni, függetlenül a létezésének körülményeitől?” – teszi fel a kérdést. Véleménye szerint minden egyes ember a saját méltóságának legjobb megítélője, így az önrendelkezés elve ez ügyben is releváns lett volna.

Azzal sem ért egyet, ahogyan a többségi döntés a 14. cikkel kapcsolatos érveket megfogalmazta. Álláspontja szerint a Bíróság, *de facto* a kormány álláspontját elfogadva, azzal érvel, hogy az RWI és a PAD két olyan eljárás, amelyek eredendően különböznek egymástól az ok-okozati összefüggés és a szándék tekintetében. Ezzel szemben mindkét esetben olyan halálos betegekkel van dolgunk, akiknek nincs esélyük a gyógyulásra, de állapotuk sajátosságai

miatt differenciált bánásmódot igényelnek. A kérdés középpontjában valójában az életfenntartó kezelés fogalma áll. Bár életfenntartó kezelés alatt általában gépektől való függést értenek, az magában foglalhatja egyéb, a beteg túlélése szempontjából nélkülözhetetlen ellátásokat is, amelyek szerepüket tekintve ugyancsak életfenntartó kezelések. „Felmerül egy alapvető kérdés, nevezetesen, hogy egy olyan személy, mint Karsai úr, aki olyan állapotban van, hogy nem képes betölteni alapvető élettani funkcióit, táplálkozni, gondoskodni a személyes higiénijáról és mozogni, nem részesül-e valójában már most életmentő kezelésben.” – teszi fel a kérdést. Véleménye szerint a kérelmező állapotában lévő személy igenis összehasonlítható helyzetben van egy életmentő vagy életfenntartó kezelésre szoruló személlyel. Szerinte a Bíróságnak mind a 8. cikk, mind pedig a 8. cikkel összefüggésben a 14. cikk megsértését meg kellett volna állapítania. A döntésben tükröződő megközelítés nem megfelelő arra, hogy választ adjon egy jogi hiányosságra, illetve társadalmi igényre. Véleménye szerint, amennyiben a bíróság nem utalja az ügyet a Nagytanács elé, elszalaszt egy lehetőséget az életvégi ellátással és a PAD-vel kapcsolatos elvek korszerűbb megközelítésére.

Karsai Dániel felülvizsgálati kérelmét követően a Nagykamara öttagú bírói tanácsa 2024. szeptember 2-án elutasította a kérelem Nagykamara elé történő befogadását; a döntés ezzel jogerőre emelkedett.

*Összefoglalta: Kállai Péter*

## JEGYZETEK

1. 32312/23. számú kérelem.
2. Az EJEB 2024. június 13-án kelt ítélete.
3. A Magyar Orvosi Kamara Közgyűlése által 1998. március 21-én elfogadott Etikai Kódex, <https://mok.hu/akamararol/etikai-kodex>.
4. A passzív eutanázia, tehát az életfenntartó kezelés visszautasításának feltételekhez kötése alkotmányosságát is vizsgáló és azt helybenhagyó 22/2003. (IV. 28.) AB határozat kimondta, hogy a jogalkotó nem követ el mulasztást azzal, hogy nem rendezi az aktív eutanázia kérdéskörét, hanem azt a büntető törvénykönyvben tiltja. E döntés összefoglalóját lásd: *Fundamentum*, 2003/ 2, 150–152, <https://fundamentum.hu/sites/default/files/03-2-14.pdf>.
5. Az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, Ovie-

- dóban, 1997. április 4-én kelt Egyezménye. Magyarországon kihirdette a 2002. évi VI. törvény.
6. Az ET Parlamenti Közgyűlés 1418 (1999), 1649 (2009), 1859 (2012) és 2249 (2018) számú ajánlásai.
  7. Ezzel összhangban lévő állítást tesz a korábban idézett MOK Etikai Kódex is.
  8. Idézet az ET Parlamenti közgyűlésének 1859 (2012) számú ajánlásából.
  9. Idézet az ET Parlamenti Közgyűlés 1418 (1999) számú ajánlásából.
  10. Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations, <https://www.coe.int/en/web/bioethics/guide-on-the-decision-making-process-regarding-medical-treatment-in-end-of-life-situations>. Az útmutató releváns részeit az EJEB a Lambert és mások Franciaország elleni ügyben (46043/14. számú kérelem, a Bíróság 2015. június 5-én kelt ítélete) is feldolgozta.
  11. Régis Aubry a besançoni regionális egyetemi kórház palliatív ellátási osztályáért felelős kórházi orvos, és a francia nemzeti etikai tanácsadó bizottság tagja. Tagja volt annak a csoportnak is, amelyet az Európa Tanács Bioetikai Bizottságának az élet végi orvosi kezeléssel kapcsolatos döntéshozatali folyamatról szóló útmutatója tervezetének elkészítésére jelöltek ki.
  12. Sándor Judit a bécsi Közép-európai Egyetem (CEU) professzora, a World Association for Medical Law igazgatótanácsának tagja, a budapesti CEU Biomedicinális Etikai és Jogi Központ igazgatója.
  13. A döntésben korábbi ítéleteket ismertetnek az alábbi országokból: Anglia és Wales, Németország, Olaszország, Kanada.
  14. *Haas Svájc elleni* ügye, 31322/07. számú kérelem, a Bíróság 2011. január 20-án kelt döntése; *Mortier Belgium elleni* ügye, 78017/17. számú kérelem, a Bíróság 2022. október 4-én kelt ítélete.
  15. *Haas- és Mortier-ügyek; Pretty Egyesült Királyság elleni* ügye, 2346/02. számú kérelem, a Bíróság 2002. április 29-én kelt ítélete, *Koch Németország elleni* ügye, 497/09. számú kérelem, a Bíróság 2012. július 9-én kelt ítélete.
  16. *Haas Svájc elleni* ügye (14. vj.).
  17. *Koch Németország elleni* ügye (15. vj.).
  18. *Lings Dánia elleni* ügye, 15136/20. számú kérelem, a Bíróság 2022. április 12-én kelt ítélete.
  19. Ez egyes országokban az önrendelkezéshez való jogból következően a PAD biztosítását jelenti, más országokban, ahol a PAD továbbra is tiltott, a büntetőeljárársban figyelembe vehető vagy veendő enyhítő tényezők tisztázását.

SZEMLE

Mészáros Gábor

# JOGÁLLAMI DISZFUNKCIÓ ÉS A NEMDEMOKRÁCIÁK KEZELÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI

Tóth Gábor Attila új könyve<sup>1</sup> nem pusztán hiánypótló, hanem a tőle megszokott módon sajátos perspektívából közelít egy szűkebb értelemben véve alkotmányjogi, tágabb értelemben pedig társadalomtudományi problémához. Napjainkban a jogállamiságot és a demokráciát globálisan egyre inkább fenyegető új autokráciák – miként arra a könyv is utal – térnyerése egyre sokkolóbbnak tűnik azok számára, akik a jövő társadalmának működését demokratikus, jogállami keretek között, az alkotmányosság eszméjének érvényesülésével képzelik el. Persze „*meglehet, hogy mindez teljesíthetetlen vagy csak töredékesen kivitelezhető vízió*”,<sup>2</sup> ahogy a patológus állapot demokratikus helyreállításáról ír a szerző.

Miközben a szélsőséges, populista vagy éppen autoriter vezetők egyre sikeresebbek a demokratikus választásokon, a demokratikus visszarendeződés, illetve a modern autokratikus átalakulások megakadályozása olyan korszakos problémává váltak, amelyek a közjogtudománynak előbb-utóbb hatékony választ kell adnia. Ilyen körülmények között nem meglepő, hogy korunk egyik legfontosabb társadalomtudományi bestsellere lett egy, a demokrácia haláláról szóló mű,<sup>3</sup> melyben a Harvard professzorai a 20. század antidemokratikus törekvései mellett a kortárs példákat is – mindenekelőtt Magyarország, Törökország és Venezuela antidemokratikus tendenciáit – esettanulmányként elemezve arra jutnak, hogy Donald Trump megválasztását követően az amerikai demokrácia is komoly veszélybe került. A szerzők mindenekelőtt történelmi példákra utalva megállapítják, hogy az amerikai demokrácia nem tekinthető kivételnek, olyan értelemben, hogy az alkotmány nem ad immunitást a demokratikus hanyatlással szemben.<sup>4</sup> Kifejtik továbbá, hogy a modern időkben túlnyomórészt már nem a katonai puccsok és hasonló erőszakos lépések jellemzik a nemdemokráciákat, illetve nem véreskezű vezetők tartják kézben a hatalmat fegyveres erőszakkal. Sokkal inkább demokratikus választásokat követően, tudatosan a formális legalitás talaján maradván építik ki hatalmukat az autokratikus vezetők. Látszólag vannak választások, az alkotmány és az alkotmányos mechanizmusok megmaradnak.<sup>5</sup> Sőt, a jogalkotás mennyiségében sokszor

felülmúlja a korábbi, demokratikus működés során tapasztalt mértéket – minőségében viszont nem.

Hasonló következtetésekre jutottak a politikatudomány mellett a jogtudomány képviselői is, az autokratikus legalizmus,<sup>6</sup> vagy éppen a visszaélészerű alkotmányosság<sup>7</sup> leírásakor. A demokrácia halálára vonatkozó elemzések mellett hazánkban is egyre többet hallani a jogállam, a jogállamiság haláláról, illetve különösen a 2022-es parlamenti választásokat megelőzően – jelen folyóirat hasábjain is – élénk vita folyt a jogállam visszaállításának esélyeiről.<sup>8</sup> Bár Tóth Gábor Attila monográfiája könnyen besorolható ebbe az elsődlegesen alkotmányjogi vitába, mégis sokkal több ennél: diagnózis és egyúttal lehetséges jövőkép az alkotmányjog számára.

## PATOLÓGIA, ALKOTMÁNYOSSÁG, JOGÁLLAM

Miközben a szerző kidolgozott történelmi és elméleti perspektívába helyezve elemzi a demokráciát, a jog uralmának elvét és mindezek jelenkori diszfunkcióit, a jó és a rossz rendszerek társadalomtudományi leírása helyett – elsőre meglepőnek tűnő fordulattal – természettudományos alapvetést alkalmaz. Persze az olvasó az alcímből is következtethet minderre, ugyanis a nemdemokrácia elemzéséhez az alkotmányjogi patológia és terápia lehetőségeit ajánlja a szerző. Mindezzel együtt a könyv I. részének első fejezete meglehetősen részletesen veti össze a – mindenki által talán leginkább ismert – orvosi patológiát a társadalmi és jogi patológiával. Bár a fejezet első része valóban a hagyományos, orvosi értelemben vett patológia tárgyalásával indít, Hippokratész munkáitól Sigmund Freud híres pszichopatológiai könyvének<sup>9</sup> részleges kritikáján keresztül jut el arra a következtetésre – Robert Goff gondolatait is alapul véve –, hogy az emberi élet vége és annak módja nem feltétlenül a természet által determinált kérdés, hanem az emberi döntés és az orvosi technika fejlődése immáron jelentős hatással van az élet befejezésére.<sup>10</sup> Mindezen túl azt a konklúziót is levonja, hogy az egészség, betegség vagy éppen a halál mennyiség-

gileg nem mérhető, az orvoslás és ennek keretében a patológia pedig nem tekinthető tisztán biológiai kérdéskörnek. Ellenkezőleg, olyan társadalmi intézmény, amely jelentősen függ az értékválasztásól.<sup>11</sup> A megállapítás jelentősége, hogy a hétköznapiokban tisztán orvosi, biológiai – vagyis természettudományi – kérdést a társadalomtudomány perspektívájába helyezi, egyúttal megállapítja, hogy a „patológia”, a „patologikus” kifejezések a normálistól eltérőre, a rendellenesre utalnak: miként tehát a beteg szervek orvosi, természettudományos vizsgálata és kezelése elengedhetetlen az élet fenntartásához, úgy a beteg társadalom diagnózisának felállítása és kezelése is legalább ennyire fontos. Persze, miként erre a könyvben maga a szerző is rámutat, nem ő az első, aki a modern társadalomtudományos kérdések megválaszolásához a természettudományt hívja segítségül. Meglehetősen gyorsan jut el a beteg társadalomtól a jogi patológia kifejezés megalkotásáig. Mindazonáltal figyelmeztet arra is, hogy bár a természettudományos analógiából egyértelműen az következne, hogy a beteg társadalmat meg kell gyógyítani, ugyanakkor – mutat rá helyesen – ez az attitűd gyakran visszaéléshez vezet: a társadalom „kórokozóinak” eltávolítása a totális diktatúrák egyik fontos, kedvelt módszere a belső ellenállás leküzdésére.<sup>12</sup>

A patológia kifejezés társadalomtudomány-specifikus használatának létjogosultsága megkérdőjelezhetetlen napjainkban: a számos globális fenyegetés mellett (vagy éppen azzal összefüggésben) patologikus jelenségeként értelmezhető a demokratikus társadalmakban megfigyelhető önpusztítás, amire a tudománynak is választ kell adnia. Ezen a ponton tér át a könyv a „jogi patológia” fogalom megmagyarázására; teszi mindezt akként, hogy a már-már klasszikus pozitivisták-tervezetjogi vita keretében mutat rá az írott, formalizált jog, valamint az erkölcstelen jogszabály, jogrendszer alkalmazhatóságának problematikájára. A kérdésre, amely a könyv konklúziója szempontjából is meghatározó. A szerző itt is alapos munkát végzett, és a kurrens szakirodalmat ütköztetve – Hart, Radbruch, Fuller, Dworkin vagy éppen Dyzenhaus munkáira hivatkozva – a nehéznek tűnő jogelméleti problémát meglehetősen világosan mutatja be az olvasó számára. Bár a könyv elején egyértelműen még nem foglal állást, mindazonáltal már ezen a ponton érzékelhető, hogy a célja a patologikus jogrendszer korlátozhatóságának, felszámolhatóságának erkölcsi – a jog eszmeiségére alapozott – igazolása. Tóth Gábor Attila számára nem újkeletű a jog mögöttes tartalmának, ösztársadalmi integráló és szabályozó szerepének tárgyalása. 2014-ben megjelent monográfiájának már az előszavában egyértel-

művé teszi, hogy bár könyvének tárgya egy „életlen dokumentum: az alkotmány”, mégsem annak formális vizsgálatára, hanem az alkotmány, alkotmányosság eszméjének a politikai közösség tagjaira gyakorolt hatására, egyúttal pedig a hatalom korlátozására helyezi a fókuszot.<sup>13</sup> Ebben a kontextusban tehát fontos, hogy az alkotmány semmiképp sem a hatalmon lévők pozíciójának erősítését szolgáló szabályok összessége. Függetlenül attól, hogy milyen rendelkezéseket tartalmaz a dokumentum, az alkotmány a politikai közösséghez tartozók egyenlőségének és szabadságának biztosítója. Még korábban pedig arról értekezett a szerző, hogy az alkotmány nem pusztán az emberi jogokat és az államhatalom korlátozását biztosító jogi dokumentum, hanem morális természetű bír, egyúttal pedig az alkotmány rendelkezései nem egyenként, önmagukban értelmezhetők, hanem összességükben, továbbá, a rendelkezéseknek az adott politikai közösség javát kell szolgálniuk. Így mindenekelőtt a „demokrácia és a jogállamiság olyan felfogását kell keresni, amely szolgálja az egyenlőséget és a szabadságjogokat”.<sup>14</sup>

A fentiek megalapozásához persze hosszú elemzéssel jut el a szerző. Hobbes *Leviatánja*, amely az államot mint politikai organizmust ábrázolja, az első olyan társadalomtudományi munka, amely az ideális és a patologikus állam közötti distinkciót jeleníti meg, így fontos kiindulópontjává vált ennek a kötetnek is.<sup>15</sup> Fontos azonban megjegyezni, hogy a *Leviatán* Hobbes, Carl Schmitt és Franz Neumann munkáiban is az ideális állam megfelelője, szemben *Behemóttal*, amely a káoszt, a jogtalanságot és az anarchiát testesíti meg.<sup>16</sup> A szerző egy hosszabb jogelméleti fejtegetést követően önálló fejezetben foglalkozik a téma egyik, ha nem a legfontosabb huszadik századi szerzőjével, Franz Neumannal, aki a hobbesi gondolat modern interpretációja és a *Behemót* náciizmusra reflektáló társadalomfilozófiája miatt vált megkerülhetlenné.<sup>17</sup> Tóth Gábor Attila megállapítja, hogy a nemzetiszocialista rendszer nem azonosítható *Leviatánnal*, hiszen az hobbesi értelemben nem számolja fel a joguralmat; sőt, megőrzi azt, a jog általánosan érvényesül, és semmi esetre sem visszaható hatályú. Hobbes szerint – állítja Neumann – a szuverén hatalom sem tekinthető korlátlan, hiszen az egy megegyezés eredménye, melyben a szuverén kötelezettsége a rend és a biztonság őrzése. Amennyiben ennek a vállalásnak nem tesz eleget, úgy hatalmát elveszíti. Neumann szerint tehát *Behemót* karaktere írja le leginkább a nemzetiszocialista államot, avagy a jog nélküli államot.<sup>18</sup> Ezen a ponton utal a szerző is arra, hogy Neumann élete végéig vitában állt Carl Schmitt szuverénfelfogásával,

melynek értelmében a náci rezsim nem tekinthető a „jog és rend” („law and order”) speciális, extrém megtestesülésének, hanem sokkal inkább a teljes jogtalanság, a „nemállam” manifesztuma, vagyis a „jogtalanságuralom” („rule of lawlessness”) állama.<sup>19</sup> Leviatán és Behemót ellentéte tehát nem pusztán a jogállam és a jog nélküli állam ellentétének metaforikus leírása, hanem egyúttal a normális (ideális) és a patológikus közhatalmi állapotok leírásának alapvető elméleti kerete is.

A meglehetősen részletes és alapos elméleti fejtegetést követően kerül sor az alkotmány funkciójának bemutatására, a „megelőzés”, illetve a „terápia” kapcsán. Miként ugyanis az egészséget nem vesszük észre, pusztán annak a hiányát, így az alkotmányos jogosultságokat, illetve a közhatalmat is csak akkor észleljük, amikor ezeket visszaélészerűen használják, vagyis akkor, amikor a működés már nem egészséges.<sup>20</sup> Az alkotmány (és az alkotmányosság elve) prevenciós eszköz egy potenciális jövőbeni zsarnokság kiküszöbölésére. Miként azonban azzal a könyvvel a későbbiekben részletesen is foglalkozik, a modern autokráciák éppen az alkotmány ezen funkciójával visszaélve építenek ki úgy antidemokratikus hatalmat – a szerző szóhasználatában nemdemokráciát –, hogy az alkotmány formális keretei között maradnak. A könyv harmadik fejezete mégis alapos elemzés alá veszi az alkotmányok ideális, „zsarnokság-megelőző” funkcióit. Részletesen bemutatja a formális alkotmány és az alkotmányosság (utóbbi kapcsán a szerző kifejti, hogy az a közhatalom létrehozásán túl a közhatalom jogi korlátozását is jelenti) kapcsolatát követően a szabadságjogok, a hatalommegosztás és a kanti értelemben vett egyetemes igazságosság elvén alapuló egyetemes alkotmányosság koncepcióját. Már ezen a ponton<sup>21</sup> felvetődik a könyv egyik legfontosabb kérdése: megelőzhető-e, illetve kezelhető-e az alkotmányosság rendellenességei. Ehhez kapcsolódó további kérdés, persze, a „hogyan”. Ennek keretében kerülnek elő olyan alkotmányértelmezési problémák, mint az alkotmányellenesség, az alkotmányon belüli normaütközés vagy éppen az alkotmány és a nemzetközi jog összeütközésének mások mellett már Hans Kelsen által is felvetett dilemmája. Utóbbi kapcsán az olvasó kissé öncélúnak is találhatja a könyv ezen részét, de miután a konklúzióban a patológikus alkotmányos rendszerek egyik gyógyírként éppen a nemzetközi jogot és a *jus cogens*t hozza elő a szerző, így máris értelmet nyer a részletes elemzés. A könyv első része egy újabb, kissé természettudományos ihletésű igazolása, vagy éppen cáfolata a demokratikus alkotmányosság létjogosultságának. Elméleti szempontból rendkívül meghatározó,

nagyon erős, ugyanakkor sok esetben talán túlzóan is szerteágazó része ez a könyvnek, amely végül is elengedhetetlen annak a kimondásához, hogy az alkotmányosság nem egy elvont eszme, hanem szoros kapcsolatban áll a valósággal, a társadalmi normákkal.<sup>22</sup>

## (NEM)DEMOKRÁCIA?

Bár a könyv a címében is a „nemdemokrácia” kifejezéssel operál, mégis a demokrácia, a demokratikus értékek és ezzel összefüggésben a nemdemokrácia részletes bemutatására csak a második részben kerül sor. Egyetértve a szerzői kiindulóponttal: kimondatlanul is, de a demokrácia érték. Akik nem így gondolják, azok számára ennek a könyvnek nincs jelentősége. A demokrácia/nemdemokrácia egymást kizáró fogalmak bemutatásának gondolati íve nagyon jól illeszkedik a könyv I. részében szereplő dualista megközelítések sorába: a Leviatán/Behemót, „rule of law”/„rule of lawlessness”, rendes(egészséges)/patológikus állam koncepciópárokhoz. Mindez nem véletlen. Tóth Gábor Attila ugyanis azon kevés szerzők egyike, akik képesek arra, hogy a lényeg (jó értelemben véve) leegyszerűsítve, pár sorban mutassák be egy olyan bonyolult problémát, amelynek igazolásáról és megoldásáról több száz oldalnyi tudományos elemzést lehet írni.

A demokrácia tehát úgy jelenik meg, mint a normális, alkotmányos rendszerállapot megtestesülése (akárcsak Alexis de Tocqueville-nél). Olyan érték, amely szembeállítható a patológikusnak tekintett autokratikus formákkal, köztük a diktatúrával. A demokrácia és a nemdemokrácia szembeállítása így a 19. század egyik fontos fejleménye a társadalomtudományok számára. Tocqueville műve mellett<sup>23</sup> a választójog fokozatos kiszélesítése eredményezte azt, hogy a legtöbb fejlett jogrendszerű ország demokrácia lett. Immáron tehát már nem az volt a kérdés, hogy vajon lesz-e demokrácia, „hanem az, hogy milyen legyen”.<sup>24</sup> A szerző hosszasan kifejti – elsődlegesen Kelsenre és Linzre hivatkozva –, hogy a demokrácia ellentétévé egyre inkább az autokrácia vált. Utóbbit leginkább abnormális, egészségtelen, helytelen rendszerként írták le. Linz nyomán a demokrácia ellentétévé a sokkal általánosabb értelmű nemdemokrácia fogalma válik a huszadik századtól; előbbi a működő, normális, míg utóbbi a patológikus rendszer.<sup>25</sup> Ezen a ponton hívja fel a szerző a figyelmet a modern autokraták bevett gyakorlatára: a jogállamiság látszatának fenntartására törekedve fejlett demokráciákból átvett megoldásokra hivatkoznak, egyfajta demokratikus legitimációként. A rendszer

egészet meghatározó „szemezgetés” („cherry-picking”)<sup>26</sup> azt a célt szolgálja, hogy az autokráciát a jogállamiság látszatának égíse alatt építhessék ki.

A demokrácia-nemdemokrácia dichotómiát tekintve, természetesen, többségben vannak azok a rendszerek, amelyek egyfajta átmenetiséget jelentenek a skála e két végpontja között. Ezeket hibrid rezsimeknek vagy „szürke zóná”-nak is nevezhetjük a szerző szerint. A hibrid rendszer kifejezés – leegyszerűsítve – azon alkotmányjogi paradoxonra fókuszál, amikor egy rendszer már nem tekinthető teljes mértékben demokratikusnak, az autokrácia bizonyos jegyeit egyértelműen fel lehet benne fedezni. Az egyik példája ennek, amikor vannak ugyan demokratikusnak tűnő többpárti választások, a parlamentben az ellenzék is képviselteti magát, ugyanakkor a politikai elnyomás vagy éppen az alapvető jogok rendszerszintű sérelme mint autokratikus jellemző már szintén jelen van.<sup>27</sup> Érdekes része az elemzésnek, amikor a hibrid rezsimek bemutatása mellett a „szürke zóna” fogalmát igyekszik meghatározni a szerző. Hartra és Dworkinra hivatkozva a jogrendszer összetettségére vezeti vissza a fogalom létjogosultságát, mindazonáltal a „*jogrendszer nehezen besorolt határesetei*” meghatározást követően, az alapvetően a „rule of law” témakörébe sorolható „szürke zóna”-kérdést meglehetősen gyorsan a demokrácia-nemdemokrácia kérdéskör területére vezeti vissza.

A könyv a demokrácia mint legelfogadottabb rendszer bemutatása keretében, a demokrácia és liberalizmus kapcsolatán túl tárgyalja a demokráciának az alkotmányjog számára fontos előfeltételeit is: a normatív alkotmány, az alapvető jogok megléte és hatékony (független bírói fórum általi) védelme, a joguralom vagy éppen a szabad és tisztességes választások. Mindez a felsorolás nem öncélú, ugyanis ezt követően – egy ismételt ötletes természettudományos utalással – a demokráciát mint az egészséges szervezet ellenálló képességét analizálja.<sup>28</sup> Olyan, külön-külön ismert terminusokat alkalmaz a szubsztantív követelményekre, mint az alkotmányos szokások, az önvédő demokrácia (jogállam) vagy éppen a demokrácia önkorrekciójának eljárásai, tartalmi és intézményi aspektusai.<sup>29</sup>

A nemdemokrácia, vagyis egy adott társadalom patológiás helyzete, talán éppen a demokratikus vagy jogállami máz miatt meglehetősen nehezen ismerhető fel. Ha úgy tetszik, a diagnózis felállítása komoly felkészültséget és alapos vizsgálatot követel meg. Mindazonáltal, a nemdemokratikus rezsimek meglehetősen sokszínűek, ezért célszerű nem feltétlenül a zsarnokságra, önkényuralomra vagy éppen gonoszságra utaló jelek keresésével kezdeni, hanem a rendszerszintű, illetve ismétlődően előforduló sajátosság-

okat kell keresni.<sup>30</sup> A szerző részletesen bemutatja az önkényuralom különböző formáit: türannia, despotizmus, diktatúra, autokrácia és totalitarizmus,<sup>31</sup> majd pedig utóbbit kiemelve elemzi annak nemdemokratikus jellegét, és ennek keretében olyan, az elmélet szempontjából fontos példákra is utal, mint a weimari köztársaság bukását követő periódus. Ennek a korszaknak az érdekessége, hogy noha a Harmadik Birodalom totális diktatúra volt, formálisan egy – kiüresedett, névleges, de – hatályban lévő alkotmány égíse alatt működött a hitleri nemdemokrácia. A totalitárius állam, természetesen, nem működhet a jogtalanságot biztosító mechanizmusok nélkül. Ez az állam ugyanakkor nem jogállam, hanem a jogtalanság uralmának (*rule of lawlessness*) eklatáns példája volt.<sup>32</sup>

Az autokráciákról szólva a szerző a modern felfogásokat elemzi, egyfelől a demokráciával szembe állítva, másfelől pedig az új totalitárius jelenségekre is reflektálva. Kelsenre és Hugo Preussra (utóbbi a weimari alkotmány kidolgozója) hivatkozással a kiindulópontja a – korábban már többször hangsúlyozott – demokrácia/autoriter állam ellentétpár. Ettől eltérő megoldás volt Linzé, aki a második világháborút követően az autokrácia enyhébb alakzatait elkülönítve vizsgálta a totalitarizmustól, azzal érvelve, hogy például Franco Spanyolországa nem mérhető a Harmadik Birodalom vagy a Szovjetunió totalitárius államfelfogásához.<sup>33</sup> Ezzel kapcsolatban alkotmányjogi szempontból megállapítható, hogy az autokrácia a demokráciához viszonyítva krónikus hiányjelenségeket mutat; mindenekelőtt, hogy nem érvényesül a szabad véleménypluralizmus, hiányzik a pártok közötti valódi verseny és a választások tisztességessége. Továbbá, a kormányzati hatalom a gyakorlatban egyetlen kézben összpontosul, az alkotmányos fékek és intézmények diszfunkcionálisak, az ellenzéki mozgásokat és a civil szerveződések elnyomás alatt tartják.<sup>34</sup> A modern autokráciák persze fontosnak tartják, hogy „alkotmány” vagy „alaptörvény” néven hirdessék ki a legfontosabb jogszabályt. Mindez annak az igazolása, hogy a jogállamiság és az alkotmányosság eszméjének, pontosabban annak látszatának biztosítása a nemdemokráciák számára is elengedhetetlen. Sőt, ezek az alaptörvények formálisan hirdetik is az emberi jogok fontosságát vagy éppen a jogállami berendezkedést, persze ezek a rendelkezések a formális deklaráción túl szubsztantív súllyal aligha rendelkeznek. Az alapvető jogok formális kinyilvánítása mellett sokszor maga az alkotmány tartalmaz szűkítéseket, illetve a jogok a gyakorlatban kikényszeríthetetlenek. Mindezek a diszfunkciók azonban a civil szervezetek és a média kormányzati kontrollja miatt jó eséllyel felderítetlen-



nek maradnak.<sup>35</sup> Fontos eleme még a modern autokráciáknak a hatalomkoncentráció, amit a demokratikus úton megválasztott „vezér” antidemokratikus intézkedések révén valósít meg; az autokrata vezető (aki a végrehajtó hatalom feje) uralma a jogállami, intézményi fékek és korlátok hiánya miatt teljesebbé lehet ki.<sup>36</sup>

A könyv utolsó előtti fejezete a demokráciának tettett nemdemokráciák működéséről szól. A demokrácia vagy a jogállamiság látszata napjaink egyik, ha nem a legfontosabb kérdése a közjog számára. Ebben a fejezetben egy – a szerzőtől már megszokott módon – meglehetősen részletes elemzést olvastunk a modern autokraták választás útján történő hatalomszerzéséről, és a rendszeres többpárti választások rendszert legitimáló funkciójáról. És bár a nemdemokratikus alkotmány is felsorol demokratikus elveket, alapvető jogokat, ugyanakkor sem ezek, sem pedig a parlamenti ellenzék nem képes ellensúlyként funkcionálni. Ekként pedig az alkotmányos intézményrendszer, mindamelllett, hogy az uralkodó autokrata és pártja eszköze, hamis legitimáló funkciót is betölt a jogállamiság felszámolása során.<sup>37</sup> A nemdemokratikus autokráciák mellett, hogy a jogállamiság, az alkotmányos demokrácia látszatát keltik, az önkényuralom bizonyos jegyeit is hordozzák tehát. Bár az erőszakos hatalomszerzés és az ezzel együtt járó rendkívüli parlamentfelosztás, puccs, szükségállapot bevezetése stb. nem feltétlenül jellemzői a modern autokráciáknak, azok önkényuralmi jellege így is megfigyelhető, például a legfőbb közjogi, demokratikus intézmények (például a parlament) kisajátításában és szerepének kiüresítésében.<sup>38</sup> A szerző maga is utal a magyar olvasó számára oly’ ismerős módszerekre, mint a választási legitimációhoz kapcsolódó „forradalmi retorika” alkalmazása, ami az új alkotmányozási eljárást is megalapozza, vagy éppen a független intézmények (média, bíróságok) elfoglalása.<sup>39</sup> És noha ezek leginkább az intézményi struktúrát érintő, szelídebb jellemzői a modern autokráciáknak, a kirekesztő mechanizmusok vagy a kivételes állapot állandósulása már a tekintélyuralmi rendszerek klaszikusnak tekinthető eszközeinek adaptálását jelentik.<sup>40</sup>

## HELYREÁLLÍTHATÓ-E A DEMOKRÁCIA?

Miként a korábbiakban erre már utaltam, a könyv egésze meglehetősen aktuális társadalomelméleti problémára fókuszál: a magyar szakirodalomban mindeddig hiánypótló monográfiát kap kezébe az olvasó. Mindazonáltal, a könyv utolsó része dolgozza fel a leginkább aktuális problémát: arra keresi a vá-

laszt, hogy a nemdemokrácia lebontása és a demokratikus visszarendeződés lehetséges-e – avagy az autokratikus működés a társadalom egészét már olyan mértékben meghatározta, hogy éppen a demokrácia iránti társadalmi elköteleződés hiánya válik a demokratikus visszarendeződés akadályává. A 2023-as parlamenti választásokon győztes jelenlegi lengyel kormányzat számára ez egy komoly kérdés, és a 2026-os magyar választásokat követő esetleges ellenzéki győzelem újra előhozhatja a „demokratikus rendszer-váltás” kérdését hazánkban is.

Bár a demokrácia visszaállítására vonatkozó szakirodalom meglehetősen terjedelmesnek mondható, az úgynevezett alkotmányjogi tranzitológia pedig részletesen bemutatja a demokratikus átmenet formáit a jogi és etikai dilemmákkal együtt,<sup>41</sup> mégis alapjában véve két formában lehetséges a demokratikus visszarendeződés: az autokratikus rendszer teljes felszámolásával vagy a korábban már létezett jogállami struktúra visszaállításával. Mindkét esetben elengedhetetlen viszont az alkotmányosság, az alkotmányos mértékű helyreállítás. Ez nem feltétlenül jelenti új alkotmány elfogadását; lehetséges bírói alkotmányértelmezéssel is. A bírói alkotmányértelmezéssel történő restaurációval a modern autokráciák tekintetében pusztán annyi a probléma, hogy a politikailag elkötelezett bíraktól aligha várható független, az alkotmányosságot szem előtt tartó értelmezés. Vagyis az autokrata vezetés által „elfoglalt” alkotmánybíróságok „függetlenítése” elengedhetetlen. Persze, miként erre a szerző utal, stratégiai perléssel, egyedi jogérvényesítéssel elérhető lehet némi siker, leginkább az alapvető jogok védelme terén, de ezeknek a kezdeményezéseknek a rendszer egészére gyakorolt hatása korlátozottnak gondolható. Az alkotmányoszöveg módosítása a jogfolytonosság jegyében és a rendelkezésre álló eljárási szabályok alapján kézenfekvő megoldás; persze, mindehhez szükség van megfelelő parlamenti többségre is. Ahogy a szerző is utal rá, különbséget kell tenni az alkotmányoszöveg egyedi módosítása és a – szintén, nem átfogó alkotmányozást jelentő – reform között.<sup>42</sup> Utóbbi deklarált célja ugyanis a rendszer egészének lépésről lépésre történő minőségi javítása. Mindez persze kombinálható újszerű néprészvételi formákkal (gondoljunk például az izlandi alkotmányozásra); új alkotmányozási eljárás eredményeként alkotmányos modernizálással (erre példa Svájc, Svédország). A példák is mutatják, hogy az *alkotmányreform* előfeltétele nem pusztán egy érvényes alkotmány megléte, hanem az eljárás egészének a formális legalitás talaján kell maradnia, ráadásul a szembenálló politikai ellenfelek együttműködésén kell alapulnia, és mindenképpen a jogállami minőség javítását kell céloznia. Az eddigi-

ekből is látható, hogy a lengyel vagy magyar helyzethez hasonló esetekben ez a megoldás értelemszerűen nem működőképes.

A békésnek tekinthető alkotmányreformtól eltérő a *forradalmi alkotmányozás*, ami lehet tényleges erőszakon alapuló, pejoratív értelemben felfogható folyamat, vagy kelsení értelemben vett jogi forradalom, ami egyszerűen a jogfolytonosság megszakadásán alapul, és ami a fennálló jogalkotási szabályok megsértésével új jogrendet és új jogalkotási szabályokat keletkeztet.<sup>43</sup> A forradalmi alkotmányozás mindkét típusa a szuverén nép alkotmányt megerősítő, alkotmányon túli hatalmára hivatkozik, továbbá ez a megoldás kívül esik a legalitáson hiszen radikálisan új alkotmányos jogrendet hoz létre, végezetül pedig az új rend képviselői nem működnek együtt a régi rend képviselőivel.

A *posztautoriter alkotmányozás* azon az előfeltevésen alapul, hogy a régi autoriter rend fenntarthatatlanná válik, ezért az autokratikus vezetők kooperációra hajlandók az újonnan létrejövő, demokratikus ellenzékkel. Bár hazánk 1989-90-es rendszerváltása ehhez a megoldáshoz – nem pedig a forradalmi alkotmányozáshoz – állt közelebb, azonban – szemben a többi posztszovjet országgal – nálunk a folyamat soha nem záródott le egy új demokratikus alkotmány elfogadásával. A posztautoriter alkotmányozást ugyanis a rendszerváltó kerekasztaltárgyalásokat követően – amelynek során megállapodás születik a demokratikus átmenetről és a főbb elvekről – a demokratikus választást követően megalakult parlament által elfogadott új alkotmány zárja le. Hazánk 2011-es Alaptörvénye nem tekinthető a posztautoriter alkotmányozás lezárásaként, ugyanis az nem a demokratikus átmenet biztosítója, hanem ellenkezőleg: az autoriter hatalom kiépítésének „gránitszilárdságú” alapkövének tekinthető.

A könyv utolsó része immáron deklaráltan is a hazai viszonyokra fókuszál. A *helyreállító alkotmányozás* koncepciójának bemutatása ugyanis a demokratikus átalakulás ismert modelljei alkalmazhatatlanságára adott válaszként is felfogható. Bár a modern látszatdemokráciákban a demokratikus díszletek valójában az autokrata vezető hatalmának legitimálását szolgálják, mégis előfordulhat, hogy éppen ezeknek a látszatkellékeknek a fennmaradása (mindenekelőtt a többpárti választások) járulhat hozzá ahhoz, hogy az ellenzék nyerje meg az egyébként tisztességtelen választásokat. Feltételezhető, hogy ebben az esetben kooperatív közegben zajlik le az alkotmányozás folyamata, mivel a korábbi nemdemokratikus párt időközben kompromisszumra kényszerül (a gazdasági, társadalmi, politikai válság értelemszerűen kihathat a választás eredményére is). Sokkal

valószínűbb azonban, hogy a korábbi autoriter hatalom – természetszerűen kihasználva a fontos intézmények tagjainak lojalitását – ellenségesen viszonyul a megújult helyzethez.<sup>44</sup> Ennek egyik kimenetele lehet egyfajta forradalmi alkotmányozást megelőző válsághelyzet, azonban sokkal valószínűbb az a forgatókönyv, hogy a korábbi rendszer kinevezettjei a formális jog (és a nemdemokratikus alkotmány) sáncai mögé bújva akadályozzák az antidemokratikus szabályok megváltoztatását, míg az újonnan létrejött ellenzék a választások eredményére hivatkozva igazolja saját közhatalmát. Erre a kettősségre a szerző egy új, kétfázisú modellt ajánl: első az *átmeneti, negatív* alkotmányozás fázisa, ezt követi a *helyreállító, pozitív* alkotmányozás fázisa. Fontos hangsúlyozni, hogy nem két egymástól elhatárolható folyamatról van szó, hanem egyazon folyamat két fázisáról.

A *negatív*, átmeneti, lényegében a jogállamiságot helyreállító, az alkotmányos minimumot meghatározó fázis az – melynek egyik legfontosabb célja az autokratikus jogrend érvénytelenítése –, amelyben az előző rezsím felfüggesztett intézményeit ideiglenesen működő, új intézmények váltják fel. A szerző szerint ezen utóbbiak számára a legitimitációt a nemzetközi jog alapján működő ellenőrző testületek adhatják meg,<sup>45</sup> értelemszerűen a már korábban említett választási legitimitáció mellett. Mindez persze, az autokratikus alkotmány érvénytelenítése miatt, felveti a jogfolytonosság kérdését is. Vajon lehetséges-e az autokratikus rendszer teljes eltörlését követően negatív alkotmányozást folytatni? Erre a kérdésre érdemi válasz sajnos nem adható. Ugyanis a negatív alkotmányozás nem egyenlő a rezsímváltó, forradalmi jellegű alkotmányozással. A jogállamiság helyreállításának igényéből fakadóan az alkotmányi és más jogszabályi rendelkezések közül csak annyi válik a dereguláció áldozatává, amennyinek a hatálytalánítása nélkülözhetetlen az alkotmányos demokrácia kiépüléséhez. Így a jogfolytonosság éppen azáltal biztosított, hogy a korábbi rendszer bírósági, hatósági döntései, az alkotmányos restaurációhoz elengedhetetlen jogszabályi rendelkezések továbbra is érvényesek és hatályosak. A negatív jogalkotás következtében esetleg megszűnő intézmények feladatait pedig ideiglenes testületek látják el. Persze további kérdés lehet az is, hogy ha a korábbi rezsím alkotmányát részlegesen vagy teljesen érvénytelenítik, akkor mitől tekinthető érvényesnek az új alkotmány. Amennyiben a korábbi alkotmányozási szabálytól eltérünk, vajon mire alapozható az új, jogállaminak tekintett alkotmány érvényessége? Ezzel kapcsolatban szkeptikus a szerző, és utal arra, hogy nem minden esetben vezethető vissza megelőző, érvényes jogra az új rendszer alapjául szolgáló jogrendszer. Erre fontos

példa a magyar Alaptörvény, amelynek érvényességét az 1949-es sztálini alkotmányhoz lehet visszavezetni. Az érvényesség formális előzményeinél jóval fontosabb az, hogy az új jog méltó legyen az elismerésre, és a gyakorlatban érvényesnek tekintésük. De sok esetben az alkotmányozás nem vezethető vissza korábbi érvényes alkotmányra (tipikusan ilyenek a totalitárius rendszerek bukását követő alkotmányozások), de elképzelhető olyan is, amikor az alkotmány az érvényes eljárási szabályok tudatos megsértésével jön létre.<sup>46</sup>

A helyreállító alkotmányozás azonban csak az első fázis; a második fázisban (*pozitív alkotmányozás*) a cél, hogy javított, modernizált formában állítsák helyre a demokratikus intézményi struktúrát. Az alkotmányt véglegesíteni csak kooperálva lehet, mégpedig nem olyan konfrontatív közegben, ami az előző fázisra jellemző. Ezt a kooperációs kötelezettséget jelenítik meg a minősített többségre vonatkozó szabályok.<sup>47</sup> A pozitív alkotmányozási eljárás tipikus szereplői a függetlenül, elkülönült alkotmányozó testületek, amelyek kizárólag erre a célra létesülnek. A formális kereteken kívül azonban sokkal fontosabb, hogy az alkotmányozás folyamata a lehető legszélesebb részvétel mellett történjen meg. Ennek a legjellegzetesebb megnyilvánulási formája az új alkotmány népszavazás útján történő megerősítése.<sup>48</sup>

A fentiekből is látható, hogy a szerző is elismeri: az „egészséges” jog és a demokratikus alkotmányosság restaurációja óhatatlanul lyukat üt a formális jogszerűség integritásán. Mindezt azonban azért fogadhatjuk el, mert célja a jogállami restauráció, az egészséges jog helyreállítása; olyan jogé, amely méltó az állampolgárok tiszteletére, és amely garantálja az emberek szabadságát és a törvény előtti egyenlőséget. A modern autokráciák bukását követően, a helyzet sajátosságából adódóan nem beszélhetünk a hagyományos értelemben vett forradalmi alkotmányozásról, amely eltörli az előző jogrendszert, annak minden patalogikus jellemzőjével együtt. A joguralom ebben a kontextusban tehát nem egyenlő a formális jog mindenek feletti érvényesülésével, hanem feltételezi a jogrendszer egészének kiszámíthatóságát, és azt, hogy érdemes az elismerésre. A törvénynek való engedelmesség sem pusztán egyszerű parancs, hanem csak abban az esetben tekinthető legitimnek a jogrendszer, ha megfelel az igazságosság követelményének, és megfelelő, törvényes forrásból származik. Az alkotmányos demokráciák is éppen erre hivatkozással fogadják el a polgári engedetlenséget: ugyanis az a jogrendszer egészének elismerésén alapul, és célja az igazságtalan törvény kiiktatása a jogrendszerből. Az olyan törvény tehát, amelynek célja a szabadság korlátozása, és alapjában véve ellentétes az igazságos-

ság eszményével, nem érdemes a követésre. Ha pedig az egész jogrendszert ez jellemzi, akkor joggal merül fel az igény – az igazságosság és emberiség formális legalitáson túli értékeire hivatkozással – a rendszer egészének megváltoztatására.

## JEGYZETEK

1. TÓTH Gábor Attila: *Nemdemokrácia – Az alkotmányjogi patológia és terápia alapjai*, Budapest, Oriold és Társai, 2024.
2. *Uo.* 369.
3. Steven LEVITSKY – Daniel ZIBLATT: *How Democracies Die*, New York, Crown-Penguin, 2018, <https://doi.org/10.1080/03068374.2019.1567118>.
4. *Uo.* 204.
5. *Uo.* 5.
6. Kim Lane SCHEPPELE: Autocratic Legalism, *The University of Chicago Law Review*, 2018/2, 545–583, <https://chicagounbound.uchicago.edu/uchrev/vol85/iss2/2/>.
7. David LANDAU: Abusive Constitutionalism, *U.C. Davis Law Review*, 2013/1, 189–260, [https://lawreview.law.ucdavis.edu/sites/g/files/dgvnks15026/files/media/documents/47-1\\_Landau.pdf](https://lawreview.law.ucdavis.edu/sites/g/files/dgvnks15026/files/media/documents/47-1_Landau.pdf).
8. Erről mindenekelőtt lásd: FLECK Zoltán: *Rendszerhiba – A jogállam halála és újjászülésének lehetőségei Magyarországon*, Budapest, Noran Libro, 2022; valamint a *Fundamentum* 2022/1. számát („Alkotmányos helyreállítás”), amelyben számos tanulmány és fórumírás foglalkozik ezzel a kérdéssel: <https://fundamentum.hu/alkotmanyos-helyreallitas>.
9. Sigmund FREUD: *A mindennapi élet pszichopatológiája*, ford. GERGELY Erzsébet – LUKÁCS Katalin, Budapest, Talentum, 2021.
10. TÓTH (1. vj.) 24–25, 34.
11. *Uo.* 34.
12. *Uo.* 41.
13. TÓTH Gábor Attila: *A jogok törvénye – Értekezések az alkotmányos szabadságról*, Budapest, Gondolat, 2014.
14. TÓTH Gábor Attila: *Túl a szövegen – Értekezés a magyar alkotmányról*, Budapest, Osiris, 2009, 207.
15. Thomas HOBBS: *Leviathan*, Milton Keynes, Penguin, 2017. Hobbes természeti állapotában szabadság és egyenlőség érvényesül, azonban ha bármilyen konfliktus támad ebben az „idilli” állapotban, akkor éppen a szabadság lesz a további rendes működésnek. „Ember embernek farkasa” lesz, hiszen ha mindenkinek vannak szabadságjogai, az azt is jelenti, hogy mindenki megvédheti saját magát, ami értelemszerűen káoszhoz vezet. Ezen a ponton jelenik meg a társadalmi szerződés gondolata, valamint az, hogy mindenkinek le kell mondania természetes jogainak egy részéről a fentiek elkerülése, illetve a stabil jogrendszer érdeké-

- ben, amelyet a szuverén vezet. A stabil közhatalom pedig hozzájárul ahhoz, hogy az emberek a jog uralma alatt szabadon és biztonságban éljenek.
16. Vö. TÓTH (1. vj.) 51, 56–64.
  17. Főművének a Behemótot tekinthetjük: Franz NEUMANN: *Behemoth – The Structure and Paractice of National Socialism*, 1933–1944, Chicago, Ivan R. Dee, 2009.
  18. Vö. NEUMANN (17. vj.) 459–460.
  19. Vö. TÓTH (1. vj.) 67.
  20. *Uo.* 81.
  21. Vö. *uo.* 100.
  22. Vö. *uo.* 148.
  23. Alexis de TOCQUEVILLE: *Az amerikai demokrácia*, ford. ÁDÁM Péter et al., Budapest, Európa Kiadó, 1993.
  24. TÓTH (1. vj.) 147.
  25. *Uo.* 159.
  26. Tóth Gábor Attila ezen a ponton hivatkozik Scheppele professzor „Frankenstate” elnevezésére, amellyel a Princeton Egyetem kutatója éppen az ilyen látszat demokratikus intézkedésekre utal, mint a modern autokraták egyik fontos eszközére. Lásd: Kim Lane SCHEPELE: The rule of law and Frankenstate: Why governance checklists do not work, *Governace*, 2013/4, <https://doi.org/10.1111/gove.12049>.
  27. TÓTH (1. vj.) 165–170. A szerző az általános jellemzők mellett részletesen bemutatja a szakirodalomban egyébként az elmúlt években, évtizedekben megjelent jelzős szerkezeteket, amelyek éppen erre a sajátos, hibrid státuszára utalnak az alapján véve alkotmányos rezsimeknek: így például a népi demokrácia mellett megemlíti az autokratikus legalizmust, az abuzív, populista, autoriter vagy illiberális alkotmányosságot, továbbá bemutatja mindazon koncepciókat, amelyek a demokrácia elhagyására utalnak, mint a populista, illiberális, hibás, vezér- avagy Führerdemokrácia.
  28. *Uo.* 204–218.
  29. *Uo.* 209.
  30. *Uo.* 219.
  31. *Uo.* 219–225.
  32. *Uo.* 246.
  33. Juan José LINZ: An authoritarian regime: Spain. In *Cleavages, Ideologies and Party System: Contributions to Comparative Political Sociology*, eds. Erik ALLARDT – Yrjö LITTUNEN, Helsinki, Westermarck Society, 1964, 291–341. Idézi TÓTH (1. vj.) 247.
  34. TÓTH (1. vj.) 248.
  35. *Uo.* 260.
  36. *Uo.* 249–261.
  37. *Uo.* 263.
  38. *Uo.* 273.
  39. *Uo.* 271, 276–282.
  40. *Uo.* 283–289.
  41. *Ld. uo.* 341.
  42. *Uo.* 346.
  43. Hans KELSEN: *General Theory of Law and State*, Cambridge, Harvard University Press, 1949, 117. Idézi: TÓTH (1. vj.) 349. Kelsen egyébként a jogi forradalmat nem tartotta legitimnek – a megelőző jogrendtől függetlenül –, hiszen megszakítja a jogfolytonosságot.
  44. *Uo.* 357.
  45. *Uo.* 359.
  46. Ennek legismertebb példája, amelyet a szerző is említ, az USA alkotmányának elfogadása. A philadelphiai kongresszuson összegyűlt küldöttek mandátuma ugyanis a Konföderációs cikkelyek módosítására szolt, azonban a helyszínen új célt és új eljárási szabályokat fogadtak el az alkotmány megalkotása érdekében. Lásd: TÓTH (1. vj.) 363.
  47. A szerző erről már korábban részletesen írt lásd: TÓTH (13. vj.). Ennek megfelelően a hazai kétharmados szabály nem pusztán egy formális kritérium, hanem a politikai felek közötti kompromisszum kötelezettségének tartalmi követelménye is.
  48. TÓTH (1. vj.) 365–366.

# KARSAI DÁNIEL – BÍRÓ BENCE – SZENTECZKI ZITA: *EGY TÖKÉLETES NAP*

(RENDEZŐ: SZENTECZKI ZITA; DRAMATURG: BÍRÓ BENCE, HORVÁTH PANNA; SZEREPLŐK: KURTA NIKÉ, LŐRINC KATALIN, TÖRÖK-ILLYÉS ORSOLYA, VIZI DÁVID, GYABRONKA JÓZSEF, NAGY MÁRK)

Turai Katalin, az ELTE TáTK adjunktusa beszélget a darabról Mayer Bernadett filmrendezővel, akinek az interjúban említett életrajzi eseményeket is feldolgozó nagyjátékfilmjét *Mommy Blue* címmel hamarosan bemutatják.

A *Fundamentum* hagyományaitól némileg eltérve, ebben az írásban nem tanulmányt vagy szakkönyvet szeretnék az emberi jogok iránt érdeklődők figyelmébe ajánlani, hanem egy színdarabot: Karsai Dániel Bíró Bencével és Szenteczki Zitával közösen írt darabját, az *Egy tökéletes napot*, amelyet a 6Szín Teátrumban játszanak.

T. K.: *Ajánlani sokféleképpen lehet. Azt remélem, hogy a Fundamentum olvasóinak ezúttal egy baráti beszélgetésen keresztül sikerül felfednem, miért jó ez a darab. Beszélgetőtársam Mayer Bernadett színház- és filmrendező.*

*Betty, te hónapokkal korábban láttad a darabot, mint én, és letted a voksodat mellette, hogy ez egy nagyon fontos alkotás. Egy ilyen előadás nyikván sok mindent felkavar az emberben, de próbáljuk meg azt, hogy elsősorban ne az eutanáziáról mint olyanról beszéljünk, hanem arról, hogy miért nézzük meg a darabot, miért érdemes ezt a témát a színház felől közelíteni. Te hogyan láttad, és kiknek ajánlanád?*

M. B.: Aznap, amikor ezt az előadást megnéztem, egész nap izgultam, mert tudtam, hogy egy nekem kimondottan nehéz témáról van szó. Egyszerre vártam, izgatott voltam, de fel voltam készülve arra is, hogy nagyon megvisel lelkileg. Ebben természetesen benne van az is, hogy személyesen kifejezetten érintett vagyok az elvesztés-témában vagy a halál elfogadásának témájában, főképp, ha az idejekorán következik be. Ugyanakkor fontos, hogy ettől függetlenül is azt gondolom, hogy az emberben van egy furcsa vágy arra, hogy amitől a legjobban tart és fél – és talán mondhatjuk, hogy ez a halál –, amit az ember az élete során próbál a legtovább gondolatban is elkerülni, arra pont emiatt az el nem fogadás miatt vagyunk olyan kíváncsiak. Érted, mire gondolok? Hogy amennyire tartózkodunk a haláltól, betegségtől és ennek az egésznek az igazságtalanságától, annyira vágyunk is arra, hogy kapjunk valami mankót, feloldozást, valamit, ami majd segíthet. Hiszen belül mindannyian érezzük, hogy ezzel lesz dolgunk az életben. Ha nem volt, vagy van, akkor lesz.

T. K.: *Igen, el is kerülnénk, de fel is vértéznénk magunkat...*

M. B.: Pontosan.

T. K.: *Ehhez kapcsolódva azt kérdezném még: mit tudtál a darabról az előadás előtt? Te, mint színházi berkekben is járatos ember, kicsit ismerted az alkotókat, ugye?*

M. B.: Igen, persze, ismertem a Karsai-ügyet, az ő küzdelmét, és azt is tudtam, hogy ő, Szenteczky Zita és Bíró Bence, mintegy hármasszögben, létrehoztak egy alkotói műhelyt. Azt is hallottam, hogy ez egy nagyon izgalmas munka volt olyan értelemben, hogy mennyire kell alárendelni a Dani hozott anyagát annak a kritériumnak, hogy ebből szeretnének egy művészi produktumot létrehozni, egy nézhető darabot, de nyilván nem öncélúan, nem úgy, hogy közben lemorzsolják róla azt, ami a Dani igazsága. Szerintem ez önmagában is borzasztóan izgalmas: egy személyes anyagot fikcionalizálni, a történetmesélés szabályait beengedni, de csak annyira, hogy ne zsigereljük ki a valóságot.

T. K.: *Ezek az alkotók pedig úgy döntöttek, hogy nem dokudrámát csinálnak, hanem „rendes” színházi darabot. Nem is nagyon tehettek volna másként, hiszen az események egy része előre vetítve jelenik meg.*

M. B.: Nagyon kényes az egyensúly, és alkotóként mindig az az érzésem, hogy ezek etikai kérdések is.

T. K.: *Arról tudsz valamit, hogy a Dani látta-e a kész darabot, és áldását adta-e rá?*

M. B.: A bemutaton ott volt a Dani, és állva tapsolt neki a közönség. Nagyon megható, hogy ott tudott lenni, meg tudta nézni, és be tudta fogadni! Ez aztán egy másik izgalmas dolgot hoz elő, ugyanis volt egy hatalmas versenyfutás az idővel ebben az alkotói folyamatban, s a Bence meg a Zita járt a Danihoz miközben a kommunikációja folyamatosan romlott. Ahhoz, hogy csapatban alkossunk, nyilván borzasztóan fontos a kommunikáció, és ha ez törik, szó szerint töredezik szét, ahogy ezt a darab olyan gyönyörűen ábrázolja, akkor versenyt futunk az idővel, és

egyre nehezebb a döntéseket meghozni. Egyre kérdésesebb, hogy Dani részt tud-e még bennük venni. Csodálatos, hogy el tudtak időben készülni, hiszen ez a darab csak most készülhetett el, csak mostanra! Ehhez kellett mindaz, amin Dani keresztülment, és nagyon bizarr, hogy ezt mondom, de az egésznek ez az időkorlátja kellett ahhoz, hogy ez az előadás létrejöjjön. Ez is unikuma a darabnak.

T. K.: *Dani végig jelen volt, tebát?*

M. B.: Igen, végig jelen volt, ezt tudjuk.

T. K.: *Azért is kérdézem, mert az egyik kulcsszó, ami a fejemben jár arról, hogy miért nézzük meg ezt a darabot, a hitelesség.*

M. B.: Igen, sikerült megőrizni az igazságát, azt a bizonyos egyensúlyt.

T. K.: *Pontosabban arra gondolok, hogy egy hiteles történet arról, hogy mi van akkor, amikor az embernek megmondják, hogy egy, két, három éve van hátra, folyamatosan romló állapottal. Viszonylag kevés ilyen történet forog közkézben, hiába gyakori az eset. Emellett egyáltalán nem evidens, hogy hogyan lehet mindezt színre vinni.*

A színpadi eszközök közül nekem az volt a legfontosabb, ahogy a test fizikalitásában jelent meg: ahogy a test küzdelme a betegséggel a színpadon is egy testi küzdelem, csak ott két emberi test küzd. Aztán, ahogy fogy a cselekvés tere a padló zslugorodásával, az is a szemünk előtt történik meg...

M. B.: Igen, ezek a szimbólumok elképesztően erősen működtek. Az, hogy a Lőrinc Kata hús-vér emberi mivoltában ábrázolja a betegséget, az utólag magától értetődő telitalálat! Egy kicsit azt éreztem, hogy: „Hát, persze!” Annak a fajta köteléknek a megszélyesítése, hogy nem tudsz szabadulni, mert rád csimpaszkodott, gyönyörűen passzol ahhoz, hogy egy ilyen helyzetben a betegség valóban egy társ. Akár mennyire negatív, iszonytató értelemben, de a legszorosabb társad! Akár megbarátkozol vele, akár sem, de nem tudsz a halálos betegségtől szabadulni. A halál ilyen értelemben történő ábrázolása valóban telitalálat!

T. K.: *Volt még egy nagyon érdekes aspektus, és kíváncsi vagyok a véleményedre: miután megnéztem a darabot, azt éreztem, hogy a Lőrinc Katira, illetve erre a sötétkék estélyi ruhába öltözött nőalakra, aki befonja a férfit, nem tudok haragudni.*

M. B.: Igen!

T. K.: *Vajon miért nem tudunk haragudni rá? Sokat gondolkodtam ezen, és van magam számára egy megfigyelésem, de kíváncsi lennék, hogy te mit mondasz.*

M. B.: Akkor mondd te! Mert nekem érzeteim vannak, és nem tudom még szavakba önteni.

T. K.: *Én azt éreztem, hogy kétféleképpen látjuk őt, mert a darab elején jelen van még a férfi szerelme, és a*

*betegség idegen testként látványosan befurakszik a szerelmespár közé. Ennyiben egyértelműen egy nemkívánatos elem, ami kérlelhetetlen szelídséggel bekúszik oda, ahova nem kéne. Tulajdonképpen nem agresszív.*

M. B.: ...mintegy automatizmus ez az ő részéről.

T. K.: ...igen, egy elkerülhetetlen súly, viszont egyszer csak a szerelem már nem tud kibontakozni miatta ...

M. B.: Nem tud teret nyerni.

T. K.: *Igen, nem tud kiteljesülni, működni, teret nyerni, és akkor a szerelmes testnek kell eltávoznia! Miközben a kékruhás marad. Ő lesz az, aki „állhatatosan” marad, és jelentőséget nyer, ahogy a ruhája a sötétben csillogó eget idézi. Ez már csak azért is így történik, mert a legelső jelenetben, ahogy nyit a darab, a magas hegyekben vagyunk, és arról van szó, hogy milyen csodálatos a csillagos égbolt itt, ahol nyilván semmilyen emberi fény nem zavarja a látványt. Ám már akkor látjuk, amint a hegymászó hátizsákként viszi magával a nőt. Akkor még nem tudjuk, hogy ez a betegsége. Eszünkbe juthat, hogy ez egy kvázi hátizsák, a saját testisége, hiszen a hegymászás már eleve a testtel való küzdelem, ahol azáltal jössz rá, hogy a testnek milyen igényei vannak, hogy nem kapsz levegőt. És kénytelen vagy azzal szembeülni, hogy te, mint képzelőerővel és akarattal megáldott lény, hiába találsz ki, hogy neked az a csúcs kell, ha a tested nem bírja. A tested lesz a korlátja az akaratodnak. Benne vagy egy kozmoszban, ami megszabja, hogy merre, meddig, és nekem a Kati alakja ez a határ, a saját testiség. Hiszen, végül is nem egyszerűen a betegség miatt halunk meg, hanem azért, mert halandó a testünk, a testi mi voltunk miatt.*

M. B.: Igen, értelek, én ezt hasonló dolognak érzem. Úgy fogalmaznám meg, hogy nekem a kék itt egy olyan hatalmas tó, vagy tenger, ami befogad, ha el tudsz hozzá jutni, ha nem kapálózol, mint fuldokoló benne, hanem elengeded magad, és átadod magad annak, hogy dobáljon... Másfelől, nyilván a testi fájdalom ennél sokkal bonyolultabb. A romantikus gondolatoknál sokkal földhözragadtabb, hogy a betegség különböző fázisaiban hogyan éled meg a tüneteidet, és mégis van valami reménykeltő a kékruhás karakterében, ha meg tudsz békélni egy ponton azzal, hogy ő a te társad.

T. K.: *Én úgy éreztem, hogy a kozmosz mintegy átölel, és az ölelése egyfelől megfojt, másfelől felold, attól függően, honnan nézem.*

M. B.: Számos verses allegória jut eszembe arról, hogy a magány is lehet egy hű társ, s hogy valami megnyugtató is tud lenni ezekben az amúgy negatívnak titulált dolgokban.

T. K.: *Igen, bár magunkra maradunk az emberek közt, esetleg létrejön egy kapcsolat az emberen túli világgal.*

M. B.: Miközben, persze, ez is csak egy aspektus, mert közben az az eddigi élettapasztalatom, hogy mintha a halál pillanatában minden ember kiesne abból a szférából, amiben addig volt. Nem úgy van jelen, hogy a többiek számára lenne jelen. Ez a nagyon nehéz pillanat – átlépni a halálba, vagy elengedni az életet. Már nem tud nem egyedül lenni, és ezt a magányos állapotot talán pont annyira lehet megszemélyesíteni, amennyire a Kati megteszi.

T. K.: *Akárhogy is legyen, amit Lőrinc Kati alakította a színpadon megmutat, az nem a mindennapi értelemben vett szerep. Nem fontoskodó orvos, álszent pap vagy frusztrált barátnő, nem olyasvalaki, akinek a gesztusait a bétköznapokból ellesbetjük. Nincs modell, akit a színész másolhatna, és az, hogy ennyi gondolatunk van róla, önmagáért beszél. Ez már nem pusztán előadóművészet, hanem teremtő alkotás, és szerintem ennek a szakmának a csúcsa.*

M. B.: Igen, határozottan azt érezzük, hogy ez a nő tud valamit, hogy titka van.

T. K.: *És a többi szereplő?*

M. B.: Nekem még az is nagyon tetszett, ahogy az ápoló szerepe kiteljesedik! Pont azt ellensúlyozza, hogy az ember sokszor hajlamos túlromantizálni, hogy, jaj, majd ott fogok – jó esetben – öregeken a halálos ágyamon feküdni, és akkor majd azt gondolom, hogy de jó, már úgymint elfáradtam, itt a vége. Közben pedig az esetek többségében nem erre gondol az ember... Az édesanyám több évtized alatt épült le mindenféle problémával, és az utolsó évtizedet kifejezetten megszenvedte. Én gyerekkoromtól néztem végig, hogy őt egy betegség felemészti, és testközelből pont az az abszolút tapasztalásom, hogy nagyon sok olyan pillanat van, amikor nem tudok vizelni, vagy fáj valamim. Ezek a földhözragadt, primer dolgok foglalnak el. És nagyon tetszik ebben a darabban, hogy ezeket is megfogja, és ugyanolyan súllyal helyez oda egy jelenetet arról, hogy hogyan lehet megforgatni egy beteget az ágyában, mint egy szerelem végét, ami valójában egy betegség miatti vég. Érted?

T. K.: *Értem.*

M. B.: Benne van a lélektan is, meg a fiziológia is, meg mindennek az elszívódása is.

T. K.: *Én eddig két olyan előadást láttam, ami egy haldoklónak a színházi darabja, amely egyben búcsú is, hiszen mind a két ember azért küzd a maga eszközeivel, hogy ne csak elszívódják az eseményeket, hanem az életük végét is megformálják.*

M. B.: Melyik darab volt a másik?

T. K.: *Halász Péter önfelravatalozása 2006-ban, amiben szintén nagyon erősen jelent meg az az igény, hogy elbúcsúzzak úgy, ahogy én szeretnék. Azon gondolkodtam, hogy vajon az életvégi döntés lehetőségének is az*

*egyik hozadéka az lehetne-e, hogy az ember megformálhassa ezt az utolsó időszakot.*

M. B.: Igen, tulajdonképpen ez az emberi méltósághoz hozzátartozik.

T. K.: *Ugyanakkor, e tekintetben egyértelműen különbözök is vagyunk, hisz saját életét is ki-ki más mértékben szeretné megformálni. Édesanyáddal te hogyan élted ezt meg?*

M. B.: Anyukámnak évtizedeken keresztül az jóvoltuk, hogy nem lesz hosszú életű, és hogy ez a betegség folyamatosan romlani fog. Ennek a romlásnak ez egyik stádiuma volt a vakság, ami, ha nem is halál, de egy kis halál, hiszen bizonyos dolgokban elveszted az autonómiádat, le kell adnod az addigi szintedből, és alárendelődsz. Aztán járnia kellett vesedialízisra és vércserére, ami az ő esetében azt jelentette, hogy két napig nem volt használható. Mégis, nála azt lehetett érezni, hogy nagyon akar élni, és mintha egy kis bogárnak huzigálnák ki a lábait, minden egyes veszteségből ő csak azért is felállt, és megtanult vele élni, elfogadni, és abból gazdálkodni, ami van. És még a legvégén is, a végső kórházi létben is megdöbentő volt számomra, hogy mennyire fontos volt neki, hogy oda legyen készítve a Lavallo – egy bizonyos szappan –, hogy önállóan tudjon mosakodni. Mindez nem azért, mert olyan borzasztóan fontos lenne, hogy az ember a kórházban is illatos legyen, hanem, hogy úgy legyen, ahogy ő szeretné.

T. K.: *A végsőkig él azzal a szabadsággal, hogy megformálja a saját cselekvését, hogy igazítsa, hogyan jelenik meg mások szemében. Hagytam magunkat kicsit eltávolodni a darabtól, de csak azért, mert olyan kérdést járunk most körbe, amit nekünk szegez a darab: nevezetesen azt, hogy mi az élet. És nyilván nem az őseves, meg a baktériumok szempontjából, hanem abból a szempontból, hogy mi az emberi élet. Nem lehet ezt a színdarabot úgy megnézni, hogy erre ne keressük a választ. Hogy ne foglaljunk állást abban a kérdésben, hogy vajon ki vagyunk-e téve annak, hogy élünk, vagy pedig az emberi mivolt pont azt jelenti, hogy tudatosan viszonyulok a saját életem tényéhez is. És ha már itt tartunk, hogyan működött neked a második felvonás, ahol egy showműsor résztvevőiként még erről is szavaztunk?*

M. B.: Annak örültem, hogy úgy rendezték meg a vitát, hogy nem volt kínos. Nem kellett felszólalni, mert a beépített emberek megtették, viszont mégis beindított. Rávettem, hogy kezdj te is részt venni a párbeszédben!

T. K.: *Igen, az interaktív technika elvileg bevon, de érzelmileg az első felvonásba vonódtam be jobban, ez a vitafórum meg úgy hatott rám, mint a brechti elidegenítő effekt: azon túl, hogy átérezzük a problémát, akkor most gondoljuk is végig, társadalmilag.*

M. B.: Igen, az első felvonás után ki sem tudtam menni, csak ültem a székemben. A vitafórum meg provokatív volt. De szerintem nagyon jó helyen volt ez a kis könnyítés, mert nem lehet egy egész előadást összeszorított lélekkel végigülni. És nagyon nagy szükség is van rá, hogy beszéljünk erről a témáról, mert említetted, hogy neked a búcsú élménye volt meghatározó. Szerintem azonban a Dani nem akarta volna létrehozni ezt a darabot csak azért, hogy búcsúzzon. Neki van egy missziója, és ez a darab ennek a misszióknak is a része!

T. K.: *Ha már itt tartunk, szeretnék valamit megkérdezni, amit eddig soha nem kérdeztem, de most mégis csak húsba vágó lett. Beszéltél az édesanyádról, és arról, hogy ő minden veszteség elszenvedésekor igyekezett kitartani, alkalmazkodni, az életre voksolni. Szerinted, ha az a lehetőség, amiért a Dani küzd, nevezetesen, hogy meg lehessen választani a halál időpontját, és orvosi segítséggel távozni, egy elérhető lehetőség lett volna, az változtatott, vagy segített volna a ti helyzeteteken? Mert amennyiben ez egy opció, akkor maga az a kérdés, hogy az ember éljen-e ezzel az opcióval, is lehet teher. Azaz paradox módon minden szabadság tud teher is lenni.*

M. B.: Nagyon jó a kérdés! Igen, teher is lehet. És csak az érintett kezdeményezhet, hiszen az is mindenkinek szubjektív megélése, hogy kiben meddig él a remény. Izgalmas elgondolni egy olyan alternatív megoldást ennek a darabnak az analógiájára, ahol a halál/betegség mellett van egy másik alak is a főszereplő körül, aki a remény. Visszatérve a kérdésedre: van az a pont, amikor a kínon túl érzed már a halál szelét, és a fájdalomcsillapító már nem használ... Miért is kell azt a poklot végigkínlódni? Mennyivel jobb lehet az az érzés, hogy ott van a lehetőség bár-

mikor, ha úgy érzed, hogy nem bűn feladni. Én halva születtem, és újraélesztettek. Az egész medicina tökéletes ellentmondása az úgynevezett isteni akaratnak, ha azt a logikát követnénk, amibe sokan burkolóznak a témával kapcsolatban.

T. K.: *Akkor maradhatunk annyiban, hogy aki amúgy nem akarja feladni, annak is jó érzés lenne, hogy nem bűn feladni, ha levennénk a stigmát erről az elhatározásról?*

*Betty bólint, lassan a beszélgetés végéhez érünk, az olvasóknak pedig azt ígértem, hogy a párbeszédéből kiderül, hogy miért érdemes megnézni ezt a darabot. Álljon itt lezárásul egy rövid felsorolása mindannak, amiért ajánljuk! Érdemes megnézni a darabot, mert egy nyomasztóan nehéz téma emészthető, befogadható és egyben hiteles feldolgozása. Nézzék meg, mert egy maroknyi színész többes szereposztásban parádés teljesítményt nyújt, egy ingergazdag, invenciózus, pörgő ritmusú darab színre vitele során.*

*Ajánljuk, mert testközelbe hozza, hogy a méltó életért és halálért való küzdelem nem egy nyomdafestékszagú csatateret kellene, hogy az eszünke juttasson. A darab nem csak azokról szól, akik álláspontjukat már jó előre kigondolták és megfontolták, megfogalmazták és aláírták, hanem legalább annyira azokról is, akik nem tudják, hogy mi vár rájuk, hogy meddig bírják, hogy mit éreznek, hogy a szeretteiktől mit kívánnak majd. Ez a darab épp annyira nekik, mint amennyire róluk is szól.*

*Nézzék meg azért is, mert Dani a pályatársunk, kortársunk, honfitársunk, és az ő ügye a mi ügyünk is. Azt, hogy ezeket a kérdéseket hogyan szabályozzuk, nem Strasbourg fogja eldönteni: nekünk kell! Ebben a hajóban együtt evezünk.*



# JOGVÉDŐK

Muszbek Katalin – Csikós Dóra – Gaal Ilona – Biró Eszter – Tóth Krisztina  
ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK A HOSPICE ELLÁTÁS  
GYAKORLATÁBAN

BEVEZETÉS

A hospice ellátás a gyógyíthatatlan betegeknek életük utolsó szakaszában nyújtott segítség. Átfogó célja a beteg életminőségének javítása. Fontos jellemzője a kínzó testi tünetek, fájdalmak enyhítése, emellett az a törekvés, hogy a beteg és családja a lehető legjobb lelkiállapotban maradjanak, valamint a társas és spirituális igények megismerése, a segítségnyújtás. Ezért az összetett célért egy egész csapat dolgozik, amelynek tagjai főként palliatív szakorvosok, hospice szakápolók, pszichológusok, gyógytornászok és laikus önkéntes segítők, de ha szükséges, akkor dietetikusok, lelkészek és szociális munkások is.

Az 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről (a továbbiakban: Egészségügyi törvény) egyetlen paragrafusban említi a haldokló beteg ellátását, a különleges ellátási igényt kielégítő egészségügyi ellátások között. Egyrészt meghatározza a hospice ellátás célját („a hosszú lefolyású, halálhoz vezető betegségben szenvedő személy testi, lelki ápolása, gondozása, életminőségének javítása, szenvedéseinek enyhítése és emberi méltóságának haláláig való megőrzése”, 99. § (1) bek.), másrészt ezzel kapcsolatban a beteg jogait: a fenti cél érdekében kapott fájdalomcsillapításra, szenvedésének enyhítésére, valamint a hozzá közel álló személyekkel való szoros kapcsolattartásra, lehetőség szerint a családja körében, otthon [99. § (2)–(3) bek.]. Fontos kitétel, hogy a törvény rendelkezik arról is, hogy a haldokló beteg hozzátartozóinak segítséget kell nyújtani a beteg ápolásában és a helyzet lelki feldolgozásban, illetve később, a gyász időszakában [99. § (4) bek.].

A daganatos felnőtt betegek hospice és palliatív ellátásáról a Belügyminisztérium számos szakmai kollégium bevonásával készített egészségügyi szakmai irányelvet, mely háromévente újul meg, és igazodik a nemzetközi szakmai irányelvekhez. A jelenleg érvényes változat 2023. március 4-én jelent meg az Egészségügyi Közlönyben.<sup>1</sup> Ez a szakmai irányelv már külön fogalomként határozza meg a palliatív ellátást, amely a beteg tüneteinek és az esetleges kezelések mellékhatásainak enyhítését, összességé-

ben a beteg életminőségének javítását jelenti. A palliatív és a hospice ellátás közti különbség az, hogy míg a palliatív ellátás a kezelés aktív, gyógyító szakaszában is lehetséges, a hospice ellátás arra az időszakra vonatkozik, amikor a beteg várható élettartama 6–12 hónap, és már nem kap gyógyító kezelést. Ily módon a hospice ellátásnak része az életből való távozás (valamint a családtagok számára a gyász) kísérése is. Magyarországon a hospice ellátás csak daganatos és néhány más betegség (például ALS vagy AIDS) esetén közfinanszírozott. Az életvégi ellátást

igénylő betegek nagy része tehát nem jogosult hospice-ellátásra. Fejlettebb országokban nincs betegségszociális csoport szerinti szűkítés.

A nemzetközi onkológiai protokollba néhány éve bekerült, és hangsúlyossá vált a korai palliatív ellátás, vagyis az a gyakorlat, hogy rögtön a diagnózis után a palliatív szakemberek is megkezdik a betegekkel a kapcsolat kiépítését, egyrészt, hogy bármilyen tüneti kezelés szükségének felmerülésekor megfelelő megoldást találjanak, másrészt pedig azért, hogy amikor a gyógyító célú kezelések már nem járnak sikerrel, akkor a beteg ne legyen egyetlen percre sem magára hagyva, és megalapozott döntést hozhasson az életvégi ellátását illetően.

A palliatív ellátás – ha korai palliatív ellátásként működik, még inkább – nem csak a beteget és családját, hanem az orvost is segíti, mert jelentősen csökkenti azt a tehetetlenség- és kudarcérzetet, amit az általuk kezelt betegség gyógyíthatatlansága a szakemberekre gyakorol.

Fontos, hogy mind a palliatív, mind a hospice-ellátás kiemelt figyelmet fordít a beteg autonómiájára és méltóságára. A hazai egészségügyi gyakorlatban a hospice az, ahol lehetővé válik, hogy az ellátást nyújtó csapattagok jobban megismerjék a beteget, a családot, és a valós igényeikhez igazítsák az ellátást. Az életvégi döntések ebben a típusú szakellátásban jól körüljárhatók, a nyílt kommunikációnak, a palliatív szaktudásnak és a beteggel való szorosabb kapcsolatnak köszönhetően.

Az Egészségügyi törvény részletesen sorolja fel a betegek jogait, köztük az önrendelkezéshez való jogot (15–19. §) és az ellátás visszautasításának jogát (20–23. §), melyek az életvégi ápolás során kiemelt szerepet kapnak. Az önrendelkezési jog értelmében – bizonyos korlátozásokkal – minden beteg eldöntheti, hogy mely beavatkozásokba egyezik bele, és melyeket utasít vissza. Ez utóbbiról rendelkezve a törvény aszerint szigorítja a visszautasítás feltételeit, hogy az ellátás elmaradása mennyire jár súlyos következményekkel; vagyis, sarkosan fogalmazva, a beteget védi az ellen, hogy kárt tegyen – elutasító hozzáállásával – magában. A cselekvőképes beteg csak közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban utasíthat vissza olyan ellátást, amelynek elmaradása egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodást okozna. Az ellátás semmilyen módon nem utasítható vissza, ha ez a döntés mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné (20. §). Az életet veszélyeztető helyzetekben nyújtott életmentő és életfenntartó kezelések visszautasítása csak jól körülírt, gyakorlatilag terminális állapotú, gyógyíthatatlan betegek számára lehetséges, és esetükben is csak nagyon szabályozott formában. Ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül, megfelelő ellátás mellett is halálhoz vezet, és gyógyíthatatlan, akkor először írásban – közokirati vagy teljes bizonyító erejű magánokirati formában – fejezheti ki azt, hogy nem akarja igénybe venni az életmentő vagy életfenntartó beavatkozást. Ezt követően egy háromtagú orvosi bizottság elé kerül az ügy, akik megvizsgálják, és ha egybehangzóan úgy találják, hogy a beteg a döntését úgy hozta meg, hogy annak következményeivel tisztában van, akkor a betegnek még egyszer – a bizottság nyilatkozata utáni harmadik napon – meg kell erősítenie visszautasítási szándékát [20. § (3)–(4) bekezdés]. Ha a beteg olyan ellátást utasít vissza, amelynek elmaradása súlyos vagy maradandó károsodást okoz, vagy halálhoz vezet, akkor az egészségügyi szolgáltató/orvos köteles megpróbálni feltárni a döntés hátterében álló okokat, és megváltoztatni a beteg döntését, és újra tájékoztatnia kell arról, megfelelő módon, hogy mi várható a döntése következményeként [20. § (7) bekezdés]. Ez tehát a cselekvőképes státuszú betegek esetében az ellátás visszautasításának menete – a helyszínen (*on the spot*). A gyakorlatban így válhat lehetővé, hogy a betegség természetes módon folyjon le, és a haldokló beteget ne zavarják heroikus beavatkozásokkal, kívánsága ellenére.

AZ A BETEG, AKI MINDEN DÖNTÉST VAKON AZ ORVOSRA BÍZ, MAGA IS A PATERNALIZMUS SZABÁLYAIT KÖVETI

Az Egészségügyi törvény arra az esetre is kitér, ha a beteg cselekvőképtelen állapotba kerülne, és már nem tudja kifejezni, hogy milyen beavatkozásokat fogad el, és melyeneket utasít vissza. Tartva egy ilyen esetleges helyzettől, előre rendelkezhetünk az elutasítani kívánt ellátásokról. (Ez a nyilatkozat csakis közokirati formában érvényes, és az életfenntartó, életmentő beavatkozások visszautasítása csak akkor léphet érvénybe, ha az előzetesen nyilatkozó az ellátás igénybevételekor gyógyíthatatlan betegségben szenved, és betegsége következtében önmagát fizika-

ilag ellátni képtelen, illetve fájdalommal megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthető [22. § (1) bekezdés].) A nyilatkozatban emellett megnevezhető egy helyettes döntéshozó, aki a nyilatkozó helyett a

visszautasítás jogát gyakorolhatja. Ennek akkor van jelentősége, ha olyan ellátás kerül szóba, ami a nyilatkozatban nem szerepel. Ha a helyettes döntéshozó – remélhetőleg a nyilatkozóval folytatott korábbi beszélgetések alapján – úgy dönt, hogy az újonnan felmerülő ellátást visszautasítja, akkor egy háromtagú orvosi bizottság megvizsgálja, hogy belátási képességei birtokában hozta-e meg a döntést [22. § (2) és (4) bekezdés]. Ha a beteg akarata az életmentő és életfenntartó beavatkozásokkal kapcsolatban nem deríthető ki világosan és egyértelműen, akkor vélelmezni kell ezekben való beleegyezését [23. § (1) bekezdés].

Akár *on the spot*, akár előzetes nyilatkozatban utasít vissza ellátást a beteg, bármikor – alaki kötöttség nélkül – visszavonhatja ezt a döntését [20. § (8) bekezdés és 22. § (3) bekezdés].

Az ellátás visszautasításának lehetőségéről beszélgetve a betegekkel, azt a törvényi rendelkezést is fontos kiemelni a számukra, hogy bármilyen szintű beavatkozást utasítanak is vissza, mindig jogosultak arra, hogy szenvedéseiket és fájdalmaikat enyhítsék [23. § (2) bekezdés].

## A BETEG ÚTJA A HOSPICE ELLÁTÁSIG

Ahhoz, hogy az életvégi döntések hospice-beli gyakorlatát megérthessük, meg kell ismernünk azokat az utakat, ahogyan a betegek eljutnak ehhez az ellátási formához. Ha a gyógyító kezelések eredményesek, a beteg meggyógyul, és a rehabilitáció, illetve a betegség kiújulását, a kezelések hosszútávú hatásait ellenőrző vizsgálatok révén marad kapcsolatban az egészségügyi ellátórendszerrel, annak gyógyító ágával. Ha a gyógyító kezelések nem hoznak megfe-

elő eredményt, akkor a betegek az esetek durván 25–30%-ában hospice ellátásba kerülnek. A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület (MHPE) éves beszámolója alapján 2022-ben 9876 beteg részesült hospice szakellátásban, míg a KSH adatai alapján 30 456-an haltak meg rosszindulatú daganatos betegségben.<sup>2</sup> A hospice ellátók egy része, köztük a Magyar Hospice Alapítvány is azon dolgozik – a betegellátás mellett –, hogy minél többen megismerjék, és kihasználják a haldoklók számára humánus, méltóságot nyújtó életvégi gondozás lehetőségét. Az önrendelkezés ugyanis a beteg felelőssége. Ez ugyan azt feltételezi, hogy a beteg megkapta a szükséges tájékoztatást, ami nem kizárólag a betegen múlik, mindenestre az ő nyitottsága, szándéka és jogtudatossága nélkül nem nyílik önrendelkezésre lehetőség.

Az a beteg, aki minden döntést vakon az orvosra bíz, maga is a paternalizmus szabályait követi: csak az orvos szava számít, a betegnek nincs beleszólása abba, hogy mi történjék a kezelése során. A paternalista szemléletmód helyett a fejlett országokban már a közös döntéshozatal a jellemző. Hogy egy társadalom egészségügyét melyik norma jellemzi, az egy közös játszma eredménye: az orvosok, ápolók, illetve a betegek, hozzátartozók közti érzékeny viszonyok eredője, nem függetlenül más társadalmi alrendszer szemléletmódjától.

A hospice-ellátók épp ezért nemcsak a laikusoknak, hanem az orvosoknak, egészségügyi szakdolgozóknak és a szociális társszakmák képviselőinek is kínálnak elméleti és gyakorlati képzést az aktív kezelés lezárása körüli, nehéz jogi és kommunikációs helyzetekre. Ezeknek az orvos–beteg találkozásoknak a témája félelmet keltő, tabukkal övezett, hiszen az élet végéről és a halálról esik szó – vagy épp nem esik szó a tabusítás miatt, bár aktuális lenne. A helyzetet nehezíti, hogy a jelenlegi egészségügyi rendszerben nagyon szűkös az idő, amit egy-egy beteggel tölthet az orvos. Az orvosok alap- és szakképzésében nem sok helyet kap a kommunikáció arról, hogy mi történik akkor, ha legjobb tudásuk szerint sem sikerül megmenteni egy beteget. Az orvosképzés is magán viseli annak a társadalmi berögződésnek a hatását, miszerint a halál mindig valami emberi hiba következménye. A jó orvos–beteg kapcsolat, a halálról való nyílt, de nem tolakodó kommunikáció nagyban javítana az ellátási arányokon. Nagyjából évi 10–12 ezer betegnek van szerencséje a hospice-szakellátás lehetőségeit kihasználva tölteni élete utolsó időszakát, és még ennek a csoportnak is a nagy része csak az utolsó néhány napra kerül be a hospice-ellátásba,

noha sokkal többet segíthetnének nekik.<sup>3</sup> A családok gyakran félnek igénybe venni a hospice-t, attól tartva, hogy azzal „behívják” a halált, az orvosok pedig – a fent leírt össztársadalmi játszmánál megfelelően, kudarcnak ítélve a gyógyító kezelések abbahagyását és/vagy az élet végéről való kommunikációt –, nem küldik hospice-ellátásba a betegeket.

Pedig a hospice-ban a betegek életminőséget nyernek. Mindannyian tudjuk, mi a különbség a kínzó fájdalom és aközött, ha nincs vagy enyhe a fájdalom, a rosszullet. Az utóbbi esetben lehetőség van beszélgetésre, érdemi együttlétre, az élet végén pedig ennek kiváltképp megnő a jelentősége, hiszen utolsó jókívánságok, ügyintézesek, búcsúk válnak lehetővé.

Bár írásunkban a jogi aspektusra helyezük a hangsúlyt, nem hagyhatjuk szó nélkül, hogy az egészségügyben, így az életvéget érintő döntésekben is a kommunikáción múlik a legtöbb. Nem elég ritka sajnos, hogy valaki azért utasítja vissza a gyógyító kezelést (élve önrendelkezési jogával), mert nincsenek információi az utókezelésekről, az arra vonatkozó döntési lehetőségekről, vagy nincsenek információi arról, hogy ellátása idejére milyen segítséget kaphat azoknak a hozzátartozóknak a vonatkozásában, akikért felelős (kisgyermek, idős szülő). Ezek a betegek megfelelő kommunikációval gyakorlatilag megmenthetők.

Összességében az a tapasztalatunk, hogy a betegek közül kevesen ismerik az érvényesíthető jogukat, így mások döntenek helyettük, vagy sodródnak az adott helyzettel. Ritkán kerülhet előtérbe saját preferenciájuk vagy az ellátórendszer teljes palettája. Az önrendelkezéshez személyre szabott információkra van szükség, ezek pedig a túlterhelt egészségügyi rendszerben egyre nehezebben érhetőek el a betegek számára. A még meglehetősen paternalista rendszer megváltoztatása, a terhek és a felelősség elosztása mindannyiunk feladata, ezért is előremutató minden olyan kezdeményezés, ami ezeket a kérdéseket – akár szakmai, akár laikus körökben – megbeszélhetővé teszi.

## ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK A HOSPICE ELLÁTÁSBAN

Mielőtt sorra vennénk azokat a döntési helyzeteket, amelyek a hospice ellátáson belül kerülnek a betegek elé, fontos megállapítani, hogy már az is egy döntés, hogy igénybe veszi-e a család a hospice szakellátást. Fentebb láttuk, hogy a haldokló daganatos beteget

gondozó családok nagyjából harmada jut el ahhoz a szakellátáshoz, amely a legmagasabb életminőséget kínálja a betegeknek, és amely a legtöbb terhet tudná levenni a családok válláról. Azok a betegek, akik bekerülnek a hospice-szakellátás rendszerébe, minden támogatást megkapnak ahhoz, hogy önrendelkezésük, egyéni igényeik, kéréseik érvényesülni tudjanak. Először is dönthetnek arról, hogy milyen helyszínen szeretnék igénybe venni az életvégi, tünetmentesítésre fókuszáló egészségügyi szolgáltatást: otthonápolás vagy intézményi ellátás keretein belül.

Az otthoni hospice-szakápolás esetében fontos, hogy nem 24 órás ápolási vagy gondozási szolgálatról van szó, hanem kifejezetten a beteg és a család életminőségét javító, célzott beavatkozásról, egy multidiszciplináris csapat segítségével. A család, illetve egy gondozó jelenléte biztosítja a beteg alapvető biztonságát, jóllétét, a hospice-team tagjai pedig a fájdalom és a kínzó tünetek enyhítését. Aki emellett a gondozási forma mellett dönt, annak általában fontos az ismerős otthoni környezet, a családtagok jelenléte, és belátja, hogy ezzel együtt megoldható a fájdalomcsillapítás, a légszomj és egyéb szenvedést okozó tünetek enyhítése. Mint már írtuk, a hospice-team nem csak a beteggel foglalkozik, hanem családtagok, illetve gondozók helyzetét is igyekszik megkönnyíteni. Ők is igénybe vehetnek lelki támogatást, és olyan hétköznapi ápolási fogásokat is megtanítunk nekik, amelyek nem igényelnek szak tudást, de a beteg jóllétét, a gondozók biztonságérzetét erősítik (felfekvések megelőzése, mosdatás, félrenyelés elkerülése stb.).

Az intézményi ellátást általában akkor választják, ha a beteg gondozása vagy a tünetek enyhítése nem megoldható az otthonában, illetve akkor, ha a család vagy a haldokló személyes helyzete miatt javasolt az otthonápolást átmenetileg intézményi ellátással felváltani. Míg az otthonápolás elindítása szinte azonnal megoldható, az intézményi hospice-elhelyezésre szinte mindenhol várni kell. Intézményi keretek között szorosabb szakápolói és orvosi felügyelet alatt van a beteg, szélesebb a rendelkezésre álló tünetkezelő terápiáknak a köre, és a környezet elsősorban a betegellátásra van berendezkedve. A beteg környezete és a családtagok beteg mellett töltött ideje személyre szabható; oly módon, hogy az ne sértse a betegtársak érdekeit.

Az intézményi ellátás speciális formája a hospice mobil-team: bármilyen kórházi osztályon fekvő beteghez hívható hospice-palliatív szakemberek, akik speciális tudásukkal támogatják a kórházi ellátó csapat tagjait. Ilyen mobil-team Magyarországon az

MHPE éves riportja szerint csupán két helyen működik.

Az otthoni vagy intézményi ellátásba felvett beteg és körülményeit a hospice-team tagok a vizitek, a felek által kezdeményezett beszélgetések során ismerik meg, és így alakítják ki a beteg és családja számára legmegfelelőbb kezelési tervet. Fontos, hogy ha a betegnek és a hozzátartozójának az akarata ellenirányú, akkor a szakemberek számára a beteg az irányadó, hiszen minden betegjognak ő az elsődleges alanya.

A HOSPICE-ELLÁTÁS EGYIK ALAPELVE, HOGY AZ ÉLETET SEM MEGRÖVIDÍTENI, SEM MEGHOSSZABBÍTANI NEM SZABAD

Mivel a hospice-ellátás a vizsgálatok és kezelések jóval szűkebb körét alkalmazza, mint a gyógyító egészségügy, ezért a kezelések elutasításának kérdése is kevesebbszer merül fel. Az elutasítás leginkább az opioid fájdalomcsil-

lapítókat érinti, ezekkel kapcsolatban merül fel az a (nagyreszt téves) elképzelés, miszerint zavarttá, tudatvesztetté válik tőle az ember. Az opioidok körül szokott lenni a hospice-ellátásban leginkább konfliktus is a betegek és a hozzátartozók között, mert van, hogy a hozzátartozók (akik maguk nem élik át a daganatos betegség fájdalmát) nem akarják, hogy a beteg opioidot kapjon, mert féltik a kábító hatásától. A kezelések visszautasításának témánk szempontjából fontos területe az életmentő vagy életfenntartó kezelések visszautasítása (fentebb leírtuk a jogszabály vonatkozó rendelkezéseit), mert az életük végén járók gyakran – okkal – félnek attól, hogy mesterségesen tartják majd őket életben – olyan életben, amelynek a minősége nem éri el azt, amitől szubjektív megítélésük szerint élet az élet. Ezek a helyzetek azonban hospice-ellátásban nem fordulnak elő. Hospice-ban nem élesztenek újra, nem táplálják szondán keresztül a betegeket, mert a hospice-ellátás egyik alapelve, hogy az életet sem megrövidíteni, sem meghosszabbítani nem szabad.

## EUTANÁZIA VS. HOSPICE-ELLÁTÁS

Az életmentő és életfenntartó ellátás visszautasításának jogáról szólva beszélni kell az eutanáziáról is, abba beleértve az asszisztált öngyilkosságot is. Hospice-ellátásban is előfordul, hogy a beteg kifejezi eutanázia iránti igényét, de erre nincs lehetőség, egyrészt azért, mert az eutanázia Magyarországon nem engedélyezett, másrészt a már említett hospice-alapelv miatt. Hospice-ban tehát a törvényi engedélyezés esetén sem lenne elérhető az eutanázia. Fontos tudni, hogy nemzetközi összehasonlításban a nemzeti jogszabályok nem különböztetik meg az aktív és a passzív eu-

tanáziát, ezért ma már a közbeszédben sem javasolt az elkülönítésük. Mindkettő ugyanarra irányul: az élet szándékos megrövidítésére a beteg kérésére.

Ami viszont van a hospice-ban, az a palliatív szedáció. Sajnos, még egészségügyi szakemberek körében sem egyértelmű, hogy a palliatív szedáció messze nem azonos az eutanáziával. A palliatív szedáció az élete legvégső szakaszába jutott, gyógyíthatatlan beteg más módon nem csillapítható szenvedéseinek enyhítése kis dózissal szerrel, majd a dózis szükség szerinti módosításával. Elképzelhető, hogy a halál előbb következik be, mint ahogy a szer alkalmazása nélkül bekövetkezne, de az orvosi beavatkozás célja és hogyanja mégis a szenvedés enyhítése (hiszen ez orvosi kötelesség), nem pedig az élet megrövidítése. A palliatív szedáció alkalmazására szigorú feltételek vonatkoznak.

A palliatív szedációt a Magyar Orvosi Kamara Etikai kódexe<sup>4</sup> és az Egészségügyi Tudományos Tanács Orvosetikai kódexe<sup>5</sup> is elfogadja, miközben az eutanáziát mindkettő tiltja. Küzdünk azért, hogy megszűnjön az a csak félve és ritkán kimondott, de egyértelműen jelen lévő vélekedés a hospice-ról, hogy ez az a hely, ahol „titokban” van lehetőség a betegek – kérés alapján történő – halálba segítésére.

A hospice-ban a betegekkel és a hozzátartozókkal való intenzív kommunikáció lehetővé teszi, hogy átbeszéljék, miért is szeretne az illető eutanáziát. Ilyenkor – összhangban a nemzetközi tapasztalatokkal – legtöbbször az derül ki, hogy az okok megszüntethetők: csillapíthatók azok a fájdalmak, amelyekről a beteg rettegve a halálba menekülne, enyhíthetők a lelki szenvedések és félelmek. A betegek maguk mondanak le eutanázia iránti igényükről. Minél hamarabb kerül be, azaz minél hosszabb ideig van a beteg hospice ellátásban, annál jobban biztosítható méltóságteljes életvégi gondozása, és annál jobban érvényesülhetnek életvégi döntései. A gyógyíthatatlan beteg, a család és az orvos közötti beszélgetés, még az aktív kezelése alatt, segítheti azt, hogy döntés szülessen a palliatív, tüneteket menedzselő ellátás igénybevételéről. Így a betegek nagyobb eséllyel kerülnek időben hospice ellátóhoz.

## AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK TÁMOGATÁSÁNAK LEHETŐSÉGEI

Az életvégi döntési lehetőségekről, az életvégi ellátásokról való tájékozódás több módon is támogatható, és ezek fontos részét képezik a Magyar Hospice

Alapítvány szemléletformáló és képzési tevékenységének.

Az Életvégi Tervezés Program arra bátorítja és oktatja az embereket, hogy minél előbb és minél szélesebb körben tájékozódjanak az őket érintő, a számukra fontos életvégi döntésekkel kapcsolatban. A program keretein belül elérhető segédleteken, egyéni konzultációkon vagy rendezvényeken nem csak az életvégi egészségügyi ellátásról, hanem az öröklés, a temetkezés, a digitális hagyaték kérdéseiről, vagy akár az öngondoskodásról, a spirituális erőforrásokról és az életvég lelki vonatkozásairól is szó esik.

Az Életvégi Tervezés Programon belül a résztvevők – elsősorban gyógyíthatatlan, súlyos betegek – számára arra is lehetőség kínálkozik, hogy orvossal és betegjogi szakemberrel együtt beszéljék át a számukra megfelelő, méltó életminőséget, az azt támogató és akadályozó orvosi kezeléseket, beavatkozásokat. Ennek érvényesítésére a kezelésekre visszautasításuk során van lehetőség. Az Életvégi Tervezés Program konzultációinak leggyakoribb témája az előzetes egészségügyi rendelkezés (szakzsargonon: élő végrendelet, *living will*), amelyre az Egészségügyi törvény 22. §-a ad felhatalmazást. Ez a rendelkezés egy esetleges cselekvőképtelen állapotra vonatkozik, tehát jelentős előkészítést, és súlyánál fogja közjegyzői okirati formát igényel. Ezek a konzultációk nemcsak elméletben, hanem gyakorlatban is támogatják a tájékozottan és körültekintően meghozott életvégi döntéseket. A beteg számára elfogadható és nem elfogadható ellátások sorra vétele valójában az életvégi ellátás előzetes tervezésének tekinthető, ily módon sokkal szélesebb körben használható és előremutatóbb eljárás, mint pusztán a visszautasítani kívánt ellátások közokirathoz való listázása.

## ÖSSZEFOGLALÁS

Az életvégi döntések érvényesítése mind az egészségügyben dolgozók, mind a betegek felelőssége, ám az elégtelen jogi ismeretek, a társadalmi tabusítás és egyéb okok miatt kevés szó esik arról, hogy mi történik a gyógyító kezelése eredménytelensége esetén, milyen választási lehetőségei vannak a betegnek, mit tud nyújtani az ellátórendszer és mit nem. A hospice-palliatív ellátás számos olyan kezelési lehetőséget foglal magába, amely megnyugtató választ ad a beteg vonatkozó igényeire, és amely a méltóság halálig való megőrzését szolgálja.

A hospice ellátás megfelelő alternatíva a legtöbb beteg számára, aki halálának körülményeiről szeretne tudatosan dönteni. Egyetlen dologban nem tud segíteni a hospice ellátás, az pedig a halál időpontjának megválasztása. A halál időpontjának befolyásolása ugyanis idegen a hospice szellemiségétől, de fontosnak tartjuk leszögezni, hogy a betegek autonómiájának minél nagyobb fokú érvényesülése viszont számunkra is fontos érték és elérendő társadalmi cél.

## JEGYZETEK

1. A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a daganatos felnőtt betegek teljes körű hospice és palliatív ellátásáról, *Egészségügyi Közöny*, 2023/4, 476–526, <https://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2023/4.pdf>.
2. Halálozások a gyakoribb halálokok és nem szerint, *KSH*, [https://www.ksh.hu/stadat\\_files/nep/hu/nep0010.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0010.html); Magyar Hospice-Palliatív Egyesület: Hospice betegellátás 2022 – a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) és a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület adatai alapján, [https://hospice.hu/docu/Osszefoglalas\\_a\\_2022\\_evi\\_hospice\\_betegellatasrol.pdf](https://hospice.hu/docu/Osszefoglalas_a_2022_evi_hospice_betegellatasrol.pdf).
3. Az egy beteg által hospice-ellátásban töltött napok száma hosszú évek óta húsz körül van. Az adat forrásai a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület által készített éves hospice jelentések: <https://hospice.hu/hospice-jelentesek>.
4. Magyar Orvosi Kamara: Etikai Kódex, <https://mok.hu/a-kamararol/etikai-kodex>.
5. Egészségügyi Tudományos Tanács: Orvosetikai Kódex, <https://ett.okfo.gov.hu/orvosetikai-kodex/>.

# ABSTRACTS

## ESSAYS

In his study, Gábor Attila Tóth presents the consequentialist and deontological ethical principles for and against voluntary euthanasia, which influence legislative and judicial decision-making worldwide. While the principles of personal autonomy and quality of life are in favour of euthanasia, the sanctity of life and slippery slope arguments call for a ban on euthanasia, or, in a moderate version, for strict restrictions. The study addresses the problem of scarce resources, which the author argues is inseparable from euthanasia: prohibition and poor health conditions may lead to the most serious violations of human dignity. A case study demonstrates that the ECtHR's reasoning that the state's duty to protect life justifies a ban on euthanasia in Hungary is flawed. On the contrary, by depriving basic health resources, the state is failing to fulfil its obligation to actively ensure fundamental rights, while denying individual fundamental rights.

Judit Sándor's article seeks to answer the question of how human dignity can be maintained and protected until the end of life, recognising and accepting that, while death is part of every human destiny, the way in which we die and experience it can be very different. Why is it that in some countries end-of-life decisions are seen as a natural part of patients' rights, while in others the last stage of life remains taboo, and the dignity of the person who is dying is seen as the least important, rather than the vulnerable patient as a group, or the patient's fate is decided over his or her shoulder, according to external considerations and interests? What are the prerequisites for a stronger respect for the right to self-determination in end-of-life decisions? If the will of the deceased is sacred, why not the self-determination of the incurable patient? Is post-mortem self-determination of property more important than the patient's wishes in the last stage of life? In Hungary, there has long been a debate about death with dignity, and opinion polls at different times have shown that people want to decide for themselves whether or not to have medical treatment at the end of life. The polls also show that many people also want active help to hasten death if suffering cannot be alleviated. Yet, when it comes to legislation in Europe, coyness, caution or just plain avoidance prevails, especially in the former socialist countries.

## DOCUMENT AND COMMENTARY

Zoltán J. Tóth and Dávid Köbel analyse the decision of the German Federal Constitutional Court of 26 February 2020, in which the Court asserted that the general personality right guaranteed in the German Basic Law includes the decision of the individuals to end their lives.

Judit Zeller analyzes the recent decisions of the German and Austrian constitutional courts on assisted suicide and highlights the importance of justifying the extension of end-of-life autonomy based on legal arguments alone.

The article by Mihály Filó examines the Austrian Constitutional Court's decision regarding the decriminalization of assisted suicide, envisaging the potential modification of the relevant Hungarian legislation.

The article by Péter Stánicz and Flóra Kollarics offers a critical analysis of the Karsai case, a decision made by the European Court of Human Rights regarding physician-assisted death. The authors discuss key legal issues related to the case, including discrimination among incurable patients, patient autonomy, and palliative care.

Sándor Kőműves, by discussing two landmark judicial decisions, addresses how Medical Assistance in Dying [MAiD] has become legalized in Canada.



## FORUM

As a result of the Strasbourg case brought by Dániel Karsai, end-of-life decisions have once again come to the forefront of public attention. Because of the fundamental rights relevance and importance of the issue, the editors provided a platform for academic reflection on end-of-life decisions. Legislation and jurisprudence can be approached from different angles.

# E SZÁMUNK SZERZŐI

BARCSI TAMÁS  
filozófus  
PTE ÁJK/HUN-REN BTK FI

KOLLARICS FLÓRA  
ügyvéd  
ELTE ÁJK

SÁNDOR JUDIT  
bioetikus, jogász  
Közép-európai Egyetem (CEU)

BIRÓ ESZTER  
tanácsadó szakpszichológus  
Magyar Hospice Alapítvány

KÖMÜVES SÁNDOR  
filozófus  
DE ÁOK MI

STÁNICZ PÉTER  
ügyvéd, PhD hallgató  
ELTE ÁJK

CSIKÓS DÓRA  
mentálhigiénés szakember  
Magyar Hospice Alapítvány

KUSSINSZKY ANIKÓ  
jogász, PhD-hallgató  
Semmelweis Egyetem, AJBH

TÓTH GÁBOR ATTILA  
jogász, Budapest

FILÓ MIHÁLY  
ügyvéd  
ELTE ÁJK

MÉSZÁROS GÁBOR  
jogász  
PTE ÁJK

TÓTH KRISZTINA  
tüdőgyógyász,  
hospice-palliatív szakorvos  
Magyar Hospice Alapítvány,  
Országos Korányi Pulmonológiai  
Intézet

GAAL ILONA  
szociológus  
Magyar Hospice Alapítvány

MUSZBEK KATALIN  
pszichiáter szakorvos  
Magyar Hospice Alapítvány

TURAI KATALIN  
jogász  
ELTE TÁTK

KÁLLAI PÉTER  
szociológus  
ELTE TáTK

NEMES LÁSZLÓ  
filozófus  
Semmelweis Egyetem

ZELLER JUDIT  
jogász  
PTE ÁJK

---

## FUNDAMENTUM

Az emberi jogok folyóirata

AZ ELTE TÁRSADALOMTUDOMÁNYI KAR LAPJA

*XXVIII. évfolyam 2-3. szám*

Nemzetközi tanácsadó testület: Andrew Arato, Bódig Mátyás, Catherine Dupré, Györfi Tamás,  
Lech Garlicki, Jan-Werner Müller, Kim Lane Scheppele

Főszerkesztő: Halmi Gábor • Szerkesztők: Farkas Lilla, Kazai Viktor Zoltán, Kállai Péter, Körtvélyesi Zsolt, Kovács Ágnes, Lux Ágnes,  
Majtényi Balázs, Mészáros Gábor, Molnár Noémi Fanni, Nagy Alíz, Salát Orsolya  
Olvasószerkesztő: Balogh Lidia

Korábbi szerkesztők: Balogh Lidia, Bodnár Kriszta, D. Tóth Balázs, Javorniczky István, Kardos Gábor, Kovács Kriszta, Köves Nóra,  
Majtényi László, Novoszádek Nóra, Pap András László, Polgári Eszter, Polyák Gábor, Sólyom Péter, Tordai Csaba,  
Tóth Gábor Attila, Uitz Renáta, Vissy Beatrix, Zsugyó Virág

Kiadja az Emberi Jogi Információs és Dokumentációs Központ Alapítvány • Felelős kiadó: Majtényi Balázs  
A szerkesztőség és a kiadó címe: 1117 Budapest, Pázmány sétány 1/a. • Telefon: 372-2907 • E-mail: indok.fundamentum@gmail.com  
Honlap: <http://www.fundamentum.hu> • Lapterv: Pintér József • Tördelte: Compositio Libri

ISSN 1417-2844 (nyomtatott), ISSN 1588-0508 (online)

E szám megjelenését az ELTE Folyóiratfejlesztési Alap támogatta.