

ELTE JOGI KARI TUDOMÁNY

AUTONÓMIA, ÉLETVÉDELEM, JOGBIZTONSÁG

AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK SZABÁLYOZÁSA



SZERKESZTETTE:
FILÓ MIHÁLY



ELTE EÖTVÖS KIADÓ
EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM



Autonómia, életvédelem, jogbiztonság: az életvégi döntések szabályozása

ELTE Jogi Kari Tudomány 57.
Sorozatszerkesztő: VARGA ISTVÁN

Autonómia, életvédelem, jogbiztonság: az életvégi döntések szabályozása

Szerkesztette:
Filó Mihály

Budapest, 2022



© Szerzők, 2022
© Szerkesztő, 2022

ISBN 978 963 489 466 7
ISBN 978 963 489 457 5 (pdf)
ISSN 2060 9361

 **E L T E**
EÖTVÖS
KIADÓ www.eotvoskiado.hu



ELTE
EÖTVÖS LORÁND
TUDOMÁNYEGYETEM

Felelős kiadó: az ELTE Állam- és Jogtudományi Kar dékánja
Kiadói szerkesztő: Kiss Ernő Csongor
Szakszerkesztők: Borsos-Szabó Ágnes és Bérci Ildikó
Projektvezető: Csanádi-Egresi Nóra
Tipográfia: Farkas Milán
Borítóterv: Csele Kmotrik Ildikó
Nyomdai kivitelező: Multiszolg Bt.

Tartalom

FILÓ Mihály: Szerkesztői előszó. Emberkép a racionalitás és az irracionalitás határán 7

ELSŐ RÉSZ

A HALÁL FOGALMÁRÓL

F. KISS Gabriella: Életvégi döntések éppen akkor, amikor az élet elkezdődött 11
SZEBIK Imre: Újra kell-e definiálnunk az agyhalál fogalmát a *McMath*-eset tükrében? 41

MÁSODIK RÉSZ

MORÁLTEOLÓGIA, KÁNONJOG, VALLÁSTUDOMÁNY

FÜSTI-MOLNÁR Szilveszter: Megközelítési szempontok az eutanázia teológiai
kérdésköréhez. Morálteológia, kánonjog, vallástudomány 49
OROSZ Gábor Viktor: *Ars moriendi* – szempontok az életvégi döntésekhez 59
HÁMORI Antal: Életvégi döntések – autonómia és életvédelem kánonjogi és
világi jogi összehasonlítással 71
KÉK Emerencia: Eutanázia: „jó halál”? Az életvégi döntések értelmezése
a Katolikus Egyház tanításában 83
DARVAS István: Az élet mindig drága, avagy az eutanázia kérdése a zsidó vallásjogban 93

HARMADIK RÉSZ

JOGDOGMATIKA, JOGÖSSZEHASONLÍTÁS, JOGÉRVÉNYESÜLÉS

ZAKARIÁS Kinga: Az életvégi döntések alapjogi megközelítése. A passzív eutanázia
és az emberi méltósághoz való jog összefüggései 103
BUZÁS Péter: Életvégi döntések az Emberi Jogok Európai Bírósága előtt.
Az asszisztált öngyilkosság egyezménykonform szabályozásának körvonalai 111
BELOVICS Ervin: Az emberi élet büntetőjogi védelme 123
KUSSINSZKY Anikó – STÁNICZ Péter: Van-e döntésünk az élet végén? Lehetőségek
és kompetenciák a gyakorlat tükrében 133
FILÓ Mihály: Fájdalomcsillapítás és életvédelem. Az „indirekt eutanázia”
büntetőjogi kérdései 145
FILÓ Mihály – KISS Máté Jenő: Az öngyilkossághoz nyújtott orvosi segítség
büntetőjogi megítélése 153

NEGYEDIK RÉSZ

PSZICHIÁTRIA, MEDICINA, BIOETIKA

VARGA Réka: A pszichogén halál 165

ÉLŐ Gábor: Hasznosság és autonómia – az újraélesztés elmúlt tíz éve	175
ZUBEK László: Életvégi döntések az intenzív terápiában 2019. Quo vadis, életvégi döntés?	189
ROZGONYI Zsolt Dezső: Ante finem – az előrehaladott krónikus betegekkel kapcsolatos életvégi döntések jogi és egyéb társadalmi normák által szabályozott klinikai gyakorlata	199

FILÓ Mihály

Szerkesztői előszó. Emberkép a racionalitás és az irracionalitás határán

A 2010. évi sikeres eutanáziakonferencia folytatásaként az ELTE Állam- és Jogtudományi Kara 2019. november 18-án *Autonómia, életvédelem, jogbiztonság* címmel ismét multidiszciplináris szimpóziumot rendezett az életvégi döntések problémáiról. Újra megszólalási lehetőséget kaptak az érintett normatív és pozitív tudományok: a lélektan, az orvostudomány, a morálteológia és természetesen az egyes jogágak képviselői is.

Ha a halál tudatos választását a jogtudomány eszközeivel vizsgáljuk, akkor szükségszerűen eljutunk ahhoz a felismeréshez, hogy a jogrend nem pusztán a társadalmi együttélés szabályozási technikája, hanem a kultúra beszédes lenyomata is, amelyet a kor szellemi irányzatai határoznak meg. A társadalmat megosztó, gyakran nyomasztó ideológiai ellentétekre épülő vitáknál – az életvégi döntések megítélése kétségkívül idesorolható – a jognak a mindenki számára tolerálható erkölcsi minimum szerepét kell betöltenie. Az alapvető mérce meghatározása mindenekelőtt egy olyan emberkép feltételezésén alapulhat, amely a vita minden résztvevője szemében egyaránt elfogadható. Ezek a közös feltevések alapozzák meg ugyanis a társadalom kohézióját. Ezen összekötő erő azonban nem jogi természetű, mert etikai, morális vagy vallásos alapon nyugszik.¹ Az ilyen feltevések nélkül viszont magának a társadalomnak az alapfeltételei hiányoznának, mindenképpen szükséges ugyanis a jog előtti konszenzus, a jog heteronóm megalapozása ahhoz, hogy a jog egyáltalán létrejöhön.²

Habermas és a katolikus teológus *Ratzinger* – akit később *XVI. Benedek* néven római pápává választottak – a szabadelvű állam morális alapjairól folytatott kultúr-történeti jelentőségű vitájukban arra jutottak, hogy a modern, szekularizált jogállam sem képes nélkülözni bizonyos erkölcsiséget mint a jog érvényességének előfeltételét. Amennyiben a *modus vivendi* meghaladóan kívánja stabilitását megőrizni, úgy a liberális jogállam is rá van utalva polgárai szolidaritására; a szolidaritás forrásai pedig a felgyorsuló szekularizálódás és a piaci gondolkodás elterjedésével gyorsan elapadhatnak.³ Ennek megfelelően *Habermas* szerint a posztszekuláris alkotmányos állam

¹ BÖCKENFÖRDE, Ernst-Wolfgang: *Recht, Staat, Freiheit. Studien zur Rechtsphilosophie, Staatstheorie und Verfassungsgeschichte*. 4. kiadás. Frankfurt am Main, 1992. 67. o.

² GERÉBY György: *A tiszta jogtan és a teológia: Hans Kelsen analógiái*. In Cs. Kiss Lajos (szerk.): *Hans Kelsen jogtudománya*. Budapest, 2007. 171–174. o.

³ HABERMAS, Jürgen – RATZINGER, Joseph: *A szabadelvű állam morális alapjai. A szekularizálódás dialektikája az észről és vallásról*. Budapest, 2007.

elemi érdeke, hogy helyesen sáfarkodjon azokkal a kulturális forrásokkal, a vallásos tartalmakkal, amelyek a polgárok normatudatát táplálják.⁴ Költőiebben fogalmaz *Ratzinger*, amikor ész és vallás szükségszerű korrelációjáról ír, amelyben a ráció és morál „egymás gyógyítására és megtisztítására hivatott”.⁵

Mindezek fényében nem férhet ahhoz kétség, hogy az életvégi döntések tudományos igényű megközelítésénél a jogrendszer racionalitása mellett kellő teret kell kapniuk azoknak a tudásterületeknek is, amelyek hozzájárulhatnak a közös emberkép megtalálásához.

A sokszínű szerzői közösség pontosan erre vállalkozik: a jogi fogalmak mélyebb magyarázatára egy olyan szférában, ahol a racionális és irracionális elemek egymással elválaszthatatlanul összefonódnak. Az elmúlásról és a haldoklásról ugyanis szinte lehetetlen igazolható megállapításokat tenni: a halál és a szenvedés megélése és magyarázata, amely gyakran a metafizika tárgy körébe tartozik, szükségszerűen szubjektív.

A tudományos gondolkodást *Heidegger* nyomán⁶ gyakran egy ösvény bejárásához hasonlítják. A tudás iránti vágy azonban éppen az emberi lét végességének felismeréséhez vezet, ami szorongást szül. Nehéz ezért a halálról nyíltan beszélni: „Nyilvánosan már a »halálra való gondolás« is a jelenvalólét gyáva félelmének, bizonytalanságának és a világtól való vészterhes menekülésének számít”.⁷

Az út, amely az életvégi döntésekkel kapcsolatos, kibeszéletlen társadalmi tabuk és traumák felismeréséhez, feldolgozásához és racionalizálásához vezet, kétségtelenül rögzös és keskeny, különösen az elhallgatás kultúrájával terhelt hazai viszonyok között. A szerkesztő azonban mégis erre az utazásra invitálja az olvasót, abban a reményben, hogy a kötet írásai talán irányjelzőként szolgálhatnak saját gondolataik felfedezéséhez.

Köszönet illeti az ELTE Állam- és Jogtudományi karát és Varga István dékánhelyettest nagyvonalú támogatásáért, továbbá az ELTE Eötvös Kiadó szerkesztőségét a hibátlan kiadói munkáért, és végezetül, de nem utolsósorban minden szakembert és tudóst, akik színvonalas tanulmányukkal biztosították helyüket ebben a rendkívüli vállalkozásban.

⁴ Uo. 29. o.

⁵ Uo. 47. o.

⁶ „Heidegger egy Novalis fragmentum felidézésével indítja gondolatmenetét – »a filozófia tulajdonképpen honvágy, vágy arra, hogy mindenütt otthon legyünk«. [...] A honvágy, a vágy kifejezések valamiféle kimozdítottságra utalnak. Vágyakozni annyit tesz, mint nem a helyünkön lenni, azt jelenti, hogy távolság van a között a hely között, ahol tartózkodunk, s aközött, ahol igazából otthon vagyunk. Mégis, a vágy össze is köti a jelenlegi helyzetünket és a kívánt pozíciót, Heidegger szavaival: úton vagyunk afelé. Ez a nyugtalanság, vágyódás ugyanakkor – Heidegger szerint – »létünk alapmódját«, a végességet leplezi le.” SCHWENDTNER Tibor: A filozófia és a mély unalom. A metafizika kezdetének problémája. *Magyar Filozófiai Szemle*, 43. (1999) 6., 801–826. o.

⁷ HEIDEGGER, Martin: *Lét és idő*. Budapest, 1989. 326., 435., 441. o.

ELSŐ RÉSZ
A HALÁL FOGALMÁRÓL

F. Kiss Gabriella*

Életvégi döntések éppen akkor, amikor az élet elkezdődött

„Én senkitől sem kértem az életet, de ha már élek, meghalni se akarok. Elmegyek, s olyan helyet keresek, ahol nem halnak meg az emberek.”¹

Szerintünk az a legrettenetesebb, ha a mi gyógyíthatatlanul beteg gyermekünk szenved, nem tudunk érte mit tenni, mindenképpen menthetetlen, meg fog halni, de valamit mégis tenni kellene. Tevési kényszerben élünk, így éljük meg napjainkat és szenvedéseinket. Milyen lehetőségeink vannak szétfeszítő határhelyzetünkben?

Az alábbiakban két egymástól távoli, de szubjektíve (csak szerintünk) mégis egybefolyó nézőpontot, szabályrendszert és orvosi eljárásrendet mutatunk be mint kimeneti megoldási alternatívákat.

Egyrészt a 2002-ben megszületett Groningen Protokollt, melyet megalkotója, Eduard Verhagen számos publikációjával követünk nyomon annak jelen fogalmi változataig. Két különös szempontra figyelünk: (1) az előre látható fájdalom és szenvedés enyhíthetőségén vagy csillapíthatatlanságán keresztül a várható élet minőségét értékelő holland attitűdre, mely a humán élet természetéről sokat elárul; emellett (2) a holland palliatív medicina hatáskörének változását követjük nyomon, melynek köre (véleményünk szerint) kitágult a 2006-os IMPaCCT² által formába öntött gyermekgyógyászati palliatív ellátás irányába, miszerint az már az életet veszélyeztető – de még a gyógyulás lehetőségét magában rejtő – súlyos betegség diagnosztizálásakor kezdetét veszi, nem pedig majd csak terminális állapotban. A fő különbség megmarad, azt hangsúlyozva holland oldalon, hogy terminális szedálással nem minden végső gyermeki szenvedés törölhető el, ami a feltétlen végcél. Itt lép be az orvos egyenes szándékú ölési cselekménye, mely nem számít bűncselekménynek, amennyiben a halált eredményező orvosi cselekménysor minden részletében utólagos és többfórumos igazolást nyert.

Másrészt hangsúlyt kap tanulmányunkban a fejlődő „tisztá” vagy más néven: eutanáziától és asszisztált öngyilkosságtól mentes, hospice szemléletű palliatív medicina és ellátás (szándékosan külön említve e fogalmakat: hospice, palliatív medicina és palliatív

* F. Kiss Gabriella az ELTE Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola abszolutóriumot szerzett hallgatója.

¹ Boldizsár Ildikó: *Mesék életről, halálról és újjászületésről*. Budapest, 2018. A föld visszaveszi, ami az övé. 131. o.

² IMPaCCT: *Standards for Paediatric Palliative Care in Europe*. Trento, 2006.

ellátás).³ A jelen magyar valóságot (kívülállóként) szemlélve ismertetjük a relatíve szűkre szabott magyar egészségügyi jogi keretet. E körben szerintünk belátható, hogy az életben, a betegágy mellett állva és várva, lehetséges, hogy alig egy hajszálnyi különbség látszik e két (eutanáziát elfogadó és eutanáziát elutasító) rendszer között *in extremis*.

Hozzánk is az elutasító rendszer áll közelebb, mindazonáltal (elsődleges) indokaink feltehetően különböznek másokétól: élet és halál számunkra elfogadottan kiismerhetetlen természetűnek mutatkozik, az e körben tett megállapításokkal jelenleg mindenképpen azonosulunk,⁴ és e közegbe szerintünk nem lehet beleillő egy halált sürgető emberi aktus.⁵ Másik (személyes) érvünk, hogy nem vagyunk érintettek: nem a mi gyermekünk gyógyíthatatlan beteg élete legvégén kiküszöbölhetetlen szenvedéssel. Nincs olyan szubjektív megtapasztalásunk, mely igazolná az életet éppen csak alig korábban elvevő, beavatkozó humán „egyenes szándékot”, de nem zárjuk ki annak a lehetőségét.

I. A Groningen Protokoll, mely mintha az „integrált palliatív ellátás” modelljébe illeszkedne⁶

Hollandiában Eduard Verhagen és Pieter Sauer gyermekorvosok 2002-ben foglalták össze – a Groningen körzeti ügyészséggel együttműködésben – a legfeljebb egyéves

³ E fogalmi zűrzavarban KÓMÚVES Sándor: *A modern hospice*. Cicely Saunders teológiai-filozófiai alapvetése című tanulmányában foglaltakat alapul véve teszünk rendet (saját elvárásunknak megfelelően). [Kharón, 22. (2018) 4.] Kómúves a *palliatív ellátás* kifejezés (mint társadalmi fogalom) fogalmi karrierjének nagymértékű jelentésszóródásáról számol be (3. o.). A heterogenitás egyik oka, hogy a *modern hospice* és a *palliatív ellátás* terminusok mögött egykor rejlő és megalapozó funkciót betöltő gazdag szellemi háttér az életvégi ellátás nemzetközi diskurzusában egyre jobban elhalványult (8. o.).

⁴ DEGRAZIA, David: *The Definition of Death*. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, (2017) Spring, plato.stanford.edu/archives/spr2017/entries/death-definition (letöltve: 2020.07.20.). 4.2 Death as a Cluster Concept not Amenable to Classical Definition. „Another direction in which to take the thesis that death is not amenable to classical definition is to argue that death is a natural kind whose essence may be obscure. Kripke influentially argued that natural kinds—kinds determined by nature rather than by human thinking, language, or interests—often resist adequate definition because their essential features may be entirely unknown to those referring to the kind in question (Kripke 1970).” „Perhaps death, too, is a natural kind whose essence is obscure. A likely challenge to this argument is that we already know a great deal about the physical processes involved in death, making it unlikely that death has a hidden essence the failure to discover which impedes adequate definition.”

⁵ Alább részletesebben kifejtésre kerül.

⁶ 2002-ben született meg Belgiumban mind a palliatív ellátásról, mind pedig az eutanáziáról szóló törvény. Az eutanáziatörvény elfogadása előtt az egyik fő vitakérdés az volt, hogy vajon a palliatív ellátásnak minden esetben meg kell-e előznie az eutanáziakérést. Az elfogadott törvényben az szerepel, hogy a páciensnek csak tájékoztatni kell a palliatív ellátásról. Ezt követően került megfogalmazásra Belgiumban (Bernheim és társai által) az ún. integrált palliatív ellátás modellje, amely szerint az eutanázia az életvégi palliatív ellátásban mint szabad választási lehetőség jelenik meg, és a beteg preferenciája az elsődleges. Majd ide kapcsolódóan az Európai Parlament is állást foglalt e két ügyről: adekvát palliatív terápia esetén az eutanáziakérés

korú (a gyakorlatban 28 napnál nem idősebb)⁷ kisgyermek (csecsemők) „eutanáziájára” vonatkozó, Groningen Protokollként ismertté vált taxatív feltételrendszert, melyet 2005-ben jóváhagyott a Holland Gyermekorvosok Szövetsége (*Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde*, NvK).⁸ 2006-ban az eljárásrend további finomítására került sor a kései (a 24. gesztációs hetet követő) abortuszszabályozással összekapcsolva, majd 2016 januárjában újabb revízió következett, melyet az alábbiakban ismertetünk.⁹

II. Fogalmi káosz: neonatális eutanázia

A Groningen Protokollra neonatális eutanáziaként utalnak azzal a megjegyzéssel, hogy annak fogalma megtevesztő: a holland interpretáció szerint az eutanázia feltétlenül önkéntes, a fogalom saját kívánatra történő, harmadik személy (orvos) általi ölési cselekményt takar. Az újszülöttek részéről kizárt az ez irányú szándék kifejezése. Neonatális eutanázia alatt csecsemők halálának szándékos előidézése értendő (DELN¹⁰), melyre a szülők és a medikális/paramedikális team együttes döntése alapján kerül sor. A DELN-döntés [és általában az életvégi döntés (EoL¹¹)] e kontextusban alapvetően medikális döntés, mindazonáltal az orvosi team feltétlenül keresi a konszenzust: olyan irányba törekszik, mely a szülők számára megnyugvást hozhat.¹²

Kiterjesztett értelemben a neonatális eutanázia (teratanázia)¹³ körébe tartozik az étellel összeegyeztethetetlen fogyatékoság által indukált kései abortusz is, tekintettel arra, hogy bizonyos nézőpontból nincs különbség e kettő között. A különbséget jogi

kivételesnek számít még azokban az országokban is, ahol ez megengedett. A palliatív ellátásban nem támogatott, hogy a beteg megválaszthassa, mikor és hogyan következzen be a halála, az eutanázia és a palliatív ellátás nem tekinthető összeegyeztethetőnek. HEGEDŰS Katalin: *A hospice és palliatív ellátás mint az eutanázia alternatívája*. In FILÓ Mihály (szerk.): *Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén*. Budapest, 2011. 157–166. o. A gyermekek (jelen esetben a csecsemők) életvégi palliatív ellátásában a szabad választási lehetőség a szülők választási lehetőségeként jelenik meg egy domináns medikális döntéshozatal követően, lásd később.

⁷ WILLEMS, Dick L. – VERHAGEN, A. A. Eduard – WULICK, Eric van: *Infants' Best Interests in End-of-life Care for Newborns*. *Pediatrics*, 134. (2014) 4., e1163–e1168, pediatrics.aappublications.org/content/134/4/e1163 (letöltve: 2020.07.20.).

⁸ Lásd [nvk.nl](https://www.nvk.nl).

⁹ FRANCIS, Neil: *Neonatal deaths under Dutch Groningen Protocol very rare despite misinformation contagion*. *J. Ass. Dying*, 1. (2016) 1., dyingforchoice.com/sites/default/files/JAD/JAD_01-01_7-19_2016.pdf (letöltve: 2020.07.20.) 7–19. o.; <https://www.lzalp.nl/> (letöltve: 2020.07.20.).

¹⁰ DELN = *The decision to deliberately end the life of newborns with lethal drugs*.

¹¹ EoL = *End of Life Decision-Making*.

¹² WILLEMS–VERHAGEN–WULICK: *Infants' Best Interests in End-of-life Care for Newborns*.

¹³ Dr. Czeizel Endre: *csaladalapítás 3 pontban*. *Napi Doktor*, 2011.08.29., napidoktor.hu/sztaregyszeg/dr-czeizel-endre-csaladalapitas-3-pontban (letöltve: 2020.07.20.); *Vita az élet értékéről és minőségéről*. CZEIZEL Endre: *Kiegészítő gondolatok. A teratanázia*. *Forrás*, 19. (1987) 1–12., 60. o.

kontextusban mindenképp megtaláljuk: az emberi élet kezdete, a jogképesség megnyerése jogrendszerünkben az élve születéshez kötött.

Gyermekutanázia alatt pedig valóban saját kérésre történő ölést értünk: belátási képességgel bíró 12 és 18 év közöttiek életének elvételét saját kívánatukra, ahol a 16 év alattiak szüleinek beleegyezése is szükséges; 16 év felett pedig elegendő előzetesen tájékoztatni a szülőket (a holland jogi kontextusban).¹⁴ 1 és 12 év között viszont kizárt a gyermekek döntési képessége, bűncselekmény a gyermek vagy a szülei kívánságára való ölési cselekmény; kivételesen mégis sor kerülhet arra, amennyiben az orvosok, nővérek és szülők valamennyien egyetértenek abban, hogy a beteg gyermek szenvedése orvosolhatatlan és elviselhetetlen.¹⁵

III. Groningeni alapfeltételek

A kiinduló (2002-es) groningeni konjunktív feltételrendszer az alábbi pontokban összegezhető. Célja a meglévő (akkori) hazai orvosi gyakorlat szabályozott közegebe helyezése, átláthatóvá tétele,¹⁶ mely (illegális) gyakorlatról – holland anonim, határon túlterjeszkedő kutatások szerint – ne gondoljuk, hogy kizárólag Hollandiára jellemző;¹⁷

¹⁴ Lásd <https://www.patientsrightscouncil.org/site/hollands-euthanasia-law/> (letöltve: 2020.07.20.). Chapter II. Due Care Criteria Section 2. 3. If the patient is a minor aged between sixteen and eighteen and is deemed to be capable of making a reasonable appraisal of his own interests, the attending physician may comply with a request made by the patient to terminate his life or provide assistance with suicide, after the parent or parents who has/have responsibility for him, or else his guardian, has or have been consulted. 4. If the patient is a minor aged between twelve and sixteen and is deemed to be capable of making a reasonable appraisal of his own interests, the attending physician may comply with the patient's request if the parent or parents who has/have responsibility for him, or else his guardian, is/are able to agree to the termination of life or to assisted suicide. Subsection 2 shall apply mutatis mutandis.

¹⁵ CLÉTY, Stéphan Clément de – FRIEDEL, Marie – VERHAGEN, A.A. Eduard – LANTOS, John D. – CARTER, Brian S.: Please Do Whatever It Takes to End Our Daughter's Suffering! *Pediatrics*, 137. (2015) 1., researchgate.net/publication/286372880_Please_Do_Whatever_It_Takes_to_End_Our_Daughter%27s_Suffering (letöltve: 2020.07.20.). Verhagen professzor véleményében: „For children without decisional capacity of 1 year and older, as in this case, no special regulation has been established, and ending the life of those children is a criminal offense. However, even in these circumstances, euthanasia is permissible if there is intractable suffering that cannot reasonably be alleviated. Successful appeal to this legal exception requires (1) agreement of the doctors, nurses, and parents about the presence of hopeless and unbearable suffering and (2) careful documentation of the consultation and consent.”

¹⁶ VERHAGEN Eduard – SAUER, Pieter J.: The Groningen protocol – euthanasia in severely ill newborns. *N Engl J Med*, 352. (2005) 10., 959–962. o., <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp058026> (letöltve: 2020.07.20.).

¹⁷ „Neonatal Euthanasia in Other Countries: In France, which has neither an assisted dying law (for competent adults) nor a Groningen-like protocol (for newborns in extremis), the administration of drugs for the purpose of ending life occurred at a very substantially higher rate amongst NICU physicians (73%) than in the Netherlands (47%), which has both protocols.” „Improving Practice: Similar initiatives have been pursued in other jurisdictions, though none to date, with the exception of the Netherlands, provides procedures for considering intentional hastening of death in addition to possible hastening of death via aggressive comfort care.” FRANCIS: Neonatal deaths under Dutch Groningen Protocol...

azonban csak itt jelenik meg olyan közeg, amelyben kinyilvánított azon társadalmi szándék, miszerint szükséges a „legalizálás” ezen a téren. Jelenleg ugyanis a Groningen Protokollban rögzített elveket nem tartalmazza jogszabály, ezek csupán a holland eutanázia törvény hatályán kívül eső medikális gyakorlatok.

A feltételek így szólnak a kezdetekben (a későbbi kiegészítéseket, módosításokat zárójelben tüntetem fel az egyes feltételek után):¹⁸

1. Biztos, megkérdőjelezhetetlen diagnózis és prognózis.
2. Kíllátástalan, elviselhetetlen fájdalom (mely fájdalom jelenlévő, nem csak külső személy által feltételezett).
3. Az előbbi feltételek teljesülését legalább egy független orvos is megerősíti. (Az első szövegváltozat szerint csak a diagnózisra és a prognózisra nézve szükséges második, konfirmáló orvosi szakvélemény.)
4. Mindkét szülő előzetes tájékozott beleegyezése, hozzájárulása adott.
5. Az elfogadott orvosi standardok alapján kerül foganatosításra az eutanázia eljárása, amelyről minden részletre kitérő jelentés¹⁹ készül egy, az eljárásrend betartását utólag ellenőrző testület számára.

E testület (a Bizottság) felállítására 2006-ban kerül sor. Az utólagos jelleggel bíró felügyeleti kör (hatósági jogkör) azzal indokolható, hogy a fájdalommal teli élet szenvedéseinek enyhítése azonnali beavatkozást követel meg, időigényes előzetes döntéshozatalra nincs lehetőség.

¹⁸ EUROPEAN INSTITUTE OF BIOETHICS: *Euthanasia of Newborns and the Groningen Protocol*. The Dossiers of the European Institute of Bioethics, 2015. , ieb-eib.org/fr/pdf/20150204-groningen-eng.pdf (letöltve: 2020.07.20.). The conditions outlined in the Groningen Protocol are as follows.

¹⁹ Lásd The procedure. In *Euthanasia of Newborns and the Groningen Protocol*. Minden részletre kiterjedő utólagos normakontroll szükségeltetik. Az utólagos jóváhagyásra tekintettel a protokoll lépésről lépésre törekszik a teljes körű kontrollra. A diagnózis és prognózis körül minden releváns egészségügyi adat, előzetes vizsgálat, alkalmazott módszer rögzítendő, ki kell térni valamennyi résztvevő személyére, kifejtett véleményére, arra, hogy milyen konszenzusra jutottak együttesen, továbbá azon igénybe vett metodikára, mely a beteg orvosolhatatlan fájdalma fokának mérésére és életkilátásai értékelésére szolgált. Jegyzőkönyvet szükséges felvenni az eutanázia döntésről a következőkre kitérve: ki volt a kezdeményező, a döntéshozatalban résztvevők személye, mikor vette kezdetét maga a döntési folyamat, mely megfontolások vezettek végül e döntéshez, és annak pontos körülírása is szükséges, ahogy az eutanáziára irányuló javaslat a szülőkkel közlésre került a szülők megfelelő nyilatkozataival együttesen. Megjelölendő a független szakvéleményt adó orvos(ok) személye, szakértelme, utalva kapcsolódó esetleírásaikra, javaslataikra. A halál szándékolt előidézése során pedig rögzítendő a művelet sor megkezdésének helye, ideje, résztvevői, az alkalmazott halálos medikáció; és egy olyan nyilatkozat megtétele is szükséges, amely összegzi az indukciót. A halál beálltát követően dokumentálni kell a vonatkozó hatósági (jogi kötőerővel bíró) határozatot: azt, hogy az eutanázia-eljárás utólagos hatósági jóváhagyásra került-e; a halál szándékolt előidézése hatósági bejelentésének módját, körülményeit; az érintettek gyászfeldolgozásával kapcsolatos teendőket; valamint a tervbe vett esetleírást, post mortem vizsgálatokat, genetikai konzultációt.

IV. A kritikai észrevételek²⁰ tovább formálták a kezdetben „Groningen Protokoll”-nak nevezett gyakorlatot

Az alábbiakhoz mi is ragaszkodunk saját kiegészítésünkkel: prognózis felállításával azon jövőbeli élet minőségéről és értékéről születik „megelőlegezett” orvosi döntés egy határozottan fejlődő orvostudományi közegben, mely az újszülöttre vár, mely az újszülötté lehetne. A betegséggel, fogyatékkal élők élete nem lehet kevésbé értékes, mint az egészségeseké. A már felnőtt beteg gyermek képes örülni, méltányolja saját léte, élete lehetőségét, sokkal inkább, mint az orvosa közvetlenül az ő fogyatékkal való születését követően. Különbözőségeink gazdagíthatják humán közösségünket, minden egyes emberi élet hozzátehet valamit valahogyan – előre nem láthatóan – együttlétünkhöz.

Egy fogyatékos beteg gyermek társadalomra terhelt egészségügyi költségei azonban igen jelentősek, nagyságrendileg magasabbak, élete értéke ismeretlen, nem meghatározható. Úgy véljük, csak az egyes ember tulajdoníthat saját életének bizonyos értéket vagy éppen értéktelenséget, rajta áll, hogy elfogadja-e vagy eldobja az övét. Nem nyilvánvaló számunkra, hogy mások életében (annak minőségi megítélésében) bármely alapon kompetensek lennének.

A szülők tájékozott hozzájárulása gyakorlatilag engedély a nekik bemutatott orvosszakértői prognózis, jövőkép alapján. De a beteg gyermek nem a szülők tulajdona, sem ők, sem orvosaik nem rendelkezhetnek élete felett, a „felnöttek” szerepe ebben az esetben a gyermek számára legmegfelelőbb lehetséges élet(minőség) keresése, biztosítása.

Konkurálhat-e a szülők és a beteg gyermek érdeke akkor, ha egy súlyosan fogyatékos gyermek egész életében folyamatosan egy teljes felnőttet kíván meg nélkülözhetetlen kísérőként? Így megfosztja kísérőjét annak lehetőségétől, hogy tőle független saját élete is legyen (a súlyosan fogyatékos gyermek ápolása teljes embert kíván, s így sokszor a szülők nem tudnak később másik gyermeket vállalni, aki majd esetleg őket ápolná öregkorukban).

A számunkra leginkább meggyőző kritika pedig így szól: lehetséges-e egyáltalán az, hogy megfelelően detektáljuk egy olyan másik személy szubjektíve elviselhetetlen fájdalmait, aki képtelen arra, hogy kommunikáljon velünk? A fájdalom múltbéli megtapasztalásokon, tanuláson is nyugszik, melyeket egy újszülött még nem élhetett meg. A betegséggel születettnek csak ezzel együttes élettapasztalatai lehetnek, a kívülálló által feltett szenvedés nem lehet érvényes kritérium az ő halálához.

Mit jelenthet, mit takarhat a szülők fájdalma beteg gyermekük feltett vagy valós szenvedése láttán? A szülőknek elviselhetetlenül fáj gyermekük helyzetének sivár reménytelensége; az, hogy képtelenek voltak őt megvédeni betegsége kilátástalanságától, nyomorúságától; az, hogy amennyiben túlélne, szerintük úgyis elfogadhatatlanul

²⁰ Lásd *The criticisms. In Euthanasia of Newborns and the Groningen Protocol.*

alacsony minőségű élet jutna neki (a saját nézőpontjukból látva őt). Mindez hatással van a szülők sarokhelyzetben meghozandó döntéseire, ideértve gyermekük fájdalmának észlelését is.

V. A Groningen Protokoll majdnem 15 évvel később: a jelen szabályozási környezete (2016-tól)²¹

A 2016-os revíziós szabályozás²² szerint újszülött életének elvételekor az orvos megfelelően (*due care*) járt el, amennyiben az alábbi konjunktív feltételek teljesültek:

1. Az orvos meggyőződött arról, hogy az újszülött tartósan és elviselhetetlenül szenved, ami azt is jelenti, hogy indokolt a medikális kezelés(ek) megszüntetése, azaz előzetes orvosi szakvéleménnyel megállapításra került az, hogy (bármely) beavatkozás hasztalan, nincs semmilyen kétség a diagnózis, az ebből következő prognózis vonatkozásában.

2. Az orvos teljeskörűen tájékoztatta a szülőket a diagnózisról és az ebből származó prognózisról. Mind az orvos, mind pedig a szülők úgy vélik, hogy nincs semmilyen észszerű alternatív megoldás az újszülött helyzetére.²³

3. A szülők egyetértettek az életelvétellel.

4. Az orvos legalább egy másik független orvossal²⁴ konzultált, aki írásban igazolta, hogy az orvos kellő gondossággal (*due diligence*) járt el az adott ügyben; amennyiben nem lehetséges másik független orvossal történő konzultáció, úgy az újszülöttet ellátó teammel kell konzultálni, amely írásban igazolja, hogy az ügyben kellő gondossággal jártak el.

5. Az élet kioltása is kellő orvosi gondossággal (*due medical care*) történik, történt meg.

²¹ FRANCIS: Neonatal deaths under Dutch Groningen Protocol...; Box 2: Revised 2016 Dutch Regulation for neonatal euthanasia. Article 7. [lzalp.nl/documenten/regelingen/2016/januari/26/regeling-beoordelingscommissie-late-zwangerschapsafbreking-en-levensbeëindiging-bij-pasgeborenen](https://www.lzalp.nl/documenten/regelingen/2016/januari/26/regeling-beoordelingscommissie-late-zwangerschapsafbreking-en-levensbeëindiging-bij-pasgeborenen) (letöltve: 2020.07.20.); [lzalp.nl/zorgvuldigheidseisen](https://www.lzalp.nl/zorgvuldigheidseisen) (letöltve: 2020.07.20.).

²² „Following the aforementioned evaluation, the Assessment Committee Regulations came into effect on 1 February 2016 and the Ministers of Health, Welfare and Sport and V&J simultaneously set up a new assessment committee in connection with the expiry of the terms of office of the previous committee members.” [lzalp.nl/de-beoordelingscommissie](https://www.lzalp.nl/de-beoordelingscommissie) (letöltve: 2020.07.20.).

²³ Más fordításban: az a helyzet, amelyben az újszülött van, nem egy elfogadható alternatíva.

²⁴ Independent doctor: A doctor who is not affiliated with the hospital or medical center where the late termination of pregnancy or termination of life took place, who has expertise in the relevant specialism and who has no treatment relationship with the patient. The independent physician may include all due care requirements, as laid down in Articles 6 and 7 of the Regulation, in his assessment. <https://www.lzalp.nl/> (letöltve: 2020.07.20.).

VI. Az eutanáziadöntés végrehajtását követő utólagos normakontroll a kellő gondosság mércéjével

By being clear and transparent about her (the Commission) procedure and judgments, she wants to encourage doctors to report a case. Clarity and transparency contribute to public trust. In a precarious subject such as this, it is of the utmost importance that a practice supported by society and the medical profession arises. Insight into that practice contributes to best practices and thus to good care for parents and child.²⁵

Az életet kioltó orvosnak kétirányú riportolási kötelezettsége keletkezik (a Bizottság által kidolgozott ún. *model reporting* formájában):²⁶ egyrészt egy jelenleg hatfős tanácsadó bizottság (*De beoordelingscommissie, LZA-LP*)²⁷ felé, melynek feladatköre a kései (a 24. gesztációs héten túli) abortusz²⁸ és a neonatális eutanázia valamennyi esetének utólagos

²⁵ Lásd <https://www.lzalp.nl/> (letöltve: 2020.07.20.).

²⁶ Notification: A report by the doctor of a category 1 or category 2 late termination of pregnancy or of a termination of life of a newborn by means of the model reports established for this purpose to the assessment committee. Reporting non-natural death to coroner: „Late termination of pregnancy, like termination of life in newborns, is a non-natural death. A doctor who has performed a late termination of pregnancy or termination of life in a newborn must always report such an unnatural death to the municipal coroner by means of a specimen report established for this purpose. There is a model report late pregnancy termination category 1 and 2 and a model report termination of life newborn.” <https://www.lzalp.nl/> (letöltve: 2020.07.20.).

²⁷ Central Expert Commission Late Pregnancy Termination and Termination of life in Newborns, LZA-LP: beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen, összetétel: 4 orvos, 1 jogász, 1 etikus (mindegyiknek van helyettese), titkárság támogatja munkáját. <https://www.lzalp.nl/> (letöltve: 2020.07.20.).

²⁸ Súlyos, kezelhetetlen kondíciókkal élő magzatnál, akinek méhen kívüli életkilátásai csekélyek. Két kategóriában: „Late termination of pregnancy category 1: A termination of pregnancy where it can reasonably be expected that the unborn child will not be able to survive outside the mother's body (non-life-compatible lung hypoplasia, renal agenesis, some serious and inoperable heart disease, non-life-compatible skeletal dysplasias, ectopia cordis, trisomy 13, trisomy 18, triploidy, anencephaly, osteogenesis imperfecta type 2). Late termination of pregnancy category 2: A termination of pregnancy because the unborn child has one or more disorders that lead to serious and irreversible functional disorders or because the unborn child is reasonably expected to have a limited chance of survival. (complex spina bifida, progressive hydrocephalus, severe form of holoprosencephaly)”; „Late termination of pregnancy category 2: The doctor has been convinced that the unborn child has a disorder or a combination of disorders that is of such a nature that after birth a medical treatment would be dispensed with, because intervention according to prevailing medical insight would be useless and according to prevailing medical insight not there is doubt about the diagnosis and the prognosis based on it. The doctor has been convinced that the unborn child has current or foreseeable suffering. The doctor has fully informed the parents of the diagnosis and the prognosis based on it. This means, among other things, that the doctor and the parents have come to the conviction that there is no reasonable alternative for the situation in which the unborn child finds himself. The mother has expressly requested termination of the pregnancy due to physical or psychological suffering under the situation. The doctor has consulted at least one other independent doctor who has given his opinion in writing on the aforementioned due care requirements, or, if an independent doctor could not reasonably be consulted, has consulted the treatment team who has given his opinion in writing about the aforementioned due care requirements. The termination of the pregnancy has been medically carefully performed.” <https://www.lzalp.nl/> (letöltve: 2020.07.20.). Late termination of pregnancy: „A treatment aimed at canceling a pregnancy

értékelése, felügyelete a kellő gondosság mércéje által.²⁹ A kései abortusz előírt feltételei majdnem megegyeznek a már megszületettekkel irányadó, az előbb részletezettekkel azzal, hogy az anyának kifejezetten kérnie kell terhessége elvételét a beteg magzata miatt érzett fizikai és pszichológiai szenvedésére hivatkozással, és az orvosnak meg kell győződnie arról, hogy a magzatnak jelenleg fájdalmai vannak, azok előre láthatóak. Megjegyezzük, hogy most a megszületett és a még meg nem született közötti határ kivételesen eltűnik, mert „ők” „életképtelenek” tekintendők.

Az orvos benyújtja a modellriport kitöltött kérdőívét a Bizottságnak valamennyi releváns dokumentációval együttesen, ebben összegzi, milyen módon tett eleget a *due diligence* kötelezettségének. A jelentést a bizottsági titkár előzetesen átnézi, szükség szerint hiánypótlást ír elő, a Bizottság indokolt döntést hoz. Lehetőség van az orvos, egyéb közreműködő meghallgatására.³⁰ Amennyiben a Bizottság megítélése szerint nem kellő gondossággal jártak el, úgy azt jelentenie szükséges az illetékes állami közegészségügyi felügyelőségnek (*Inspectie voor de Gezondheidszorg, IGZ*),³¹ mely eldönti, hogy adott esetben milyen konkrét foglalkozásköri szankció alkalmazására kerüljön sor. A Bizottság tanácsadó testületként működik az ügyészség (*Openbaar Ministerie, OM*)³² mellett, mely a másik olyan fórum, amelynek irányában az orvosnak riportolási kötelezettsége áll fenn, és önálló döntési joggal bír arról, hogy indul-e büntetőeljárás az ügyben.³³

A Bizottság éves reguláris jelentéseket is összeállít. A 2017-es éves jelentés szerint – mely már közzétételre került – a 2017. évben 3 kései abortuszra és 1 újszülött életének kioltására került sor,³⁴ 2007 és 2014 között pedig mindösszesen 2 újszülött esetében történt eutanáziaeselekmény. Összehasonlításképpen: a Groningen Protokollt megelőzően évente nagyságrendileg 20-ra becsülték a neonatális eutanázia eseteinek számát,³⁵ legtöbbször elsősorban *spina bifida* (nyitott gerinc), másodsorban *hydrocephalus*

after 24 weeks due to diagnosed serious fetal disorders, with the intended consequence of the death of the unborn child. Any cancellation that starts from 24 weeks and 0 days. If the termination is started before 24 weeks and 0 days, but the delivery takes place after 24 weeks and 0 days, then that is not a late termination of pregnancy within the meaning of the Regulation, as is also stated in the position of the Public Prosecution Service.”

²⁹ The Commission. In FRANCIS: Neonatal deaths under Dutch Groningen Protocol...

³⁰ <https://www.lzalp.nl/> (letöltve: 2020.07.20.).

³¹ State Inspectorate for Public Health.

³² Public Prosecution Service.

³³ FRANCIS: Neonatal deaths under Dutch Groningen Protocol... Table 1: Comparison of the Netherlands Euthanasia Act and Regulation/Groningen Protocol. <https://www.lzalp.nl/> (letöltve: 2020.07.20.). „Doctors who perform a category 1 or 2 late termination of pregnancy, or act to terminate life with a newborn, perform an act that is in principle punishable by law [Articles 82a, 289 (emberölés tényállása) and 296 (magzatelhajtás) Criminal Law].” „Punishable unless... The reporting obligation and the due care requirements as stated in the Pregnancy Cancellation Act, the applicable professional standards of the NVOG and the Late Termination of Pregnancy and Termination of Life of Newborns are met.”

³⁴ Annual report 2017. <https://www.lzalp.nl/> (letöltve: 2020.07.20.).

³⁵ Statistics. In *Euthanasia of Newborns and the Groningen Protocol*.

(vízfejűség) okán.³⁶ A Groningen Protokollal egyidejűleg került bevezetésre a terhesség gondozás részeként a 20. gesztációs hét körüli ingyenes ultrahangvizsgálat, melynek hatására relatíve megnőtt a kései abortuszok száma. Részben ezzel indokolják az eutanáziaesetek szabályozást követő nagyon jelentős csökkenését, másrésztől a két említett betegcsoport (mint kiváltó ok) is éles kritikát gerjesztett arra tekintettel például, hogy a nyitott gerinccel kapcsolatos rendellenességek egy része kuratív beavatkozások sorával kezelhető.

Nincs automatikus mentessége az életet kioltó orvosnak, hanem minden egyes eset utólag, több fórumon keresztül teljeskörűen átvilágításra és megítélésre kerül a kellő gondosság (*due diligence*) mércéje által. A bizottság mellett az ügyészség is megvizsgálja az eseteket, mielőtt a büntetőeljárás lehetősége kizárásra kerül, e folyamat előreláthatólag 12 hetet vehet igénybe.

VII. Hogyan enyhíthető az elviselhetetlen fájdalom? Mi tehető meg, amennyiben a fájdalom olyan természetű, hogy az nem küszöbölhető ki? Az NMB³⁷

A Groningen Protokoll célja tehát a meglévő gyakorlat formába öntése, legalizálása (volt) kifejezetten a holland gyermekorvosoktól érkező azon megkeresésre, hogy letisztultabb környezetben tevékenykedjenek. Bevezetését követően az alábbi változás állt be a gyógyszeres fájdalomterápiában:

Amennyiben analgetikumok és szedatívumok adagolására kerül sor, úgy a halál oka maga a fájdalmat keltő gyógyíthatatlan alapbetegség még abban az esetben is, ha a gyógyszerek ugyan nem szándékosan, de a fájdalommal teli élet megrövidítését eredményezik (mely a *double effect* etikai elve alapján tolerálható tüneti terápiás megoldás).³⁸ Amennyiben az analgetikumok, szedatívumok folyamatos adagolására/alkalmazására kerül sor megfelelő dózisban, úgy az újszülött nem, vagy kevésbé szenved, kisebb mértékben éli meg fájdalmait közvetlenül a halálát megelőzően.³⁹

Azonban nem minden szenvedés küszöbölhető ki ily módon: különösen a veleszületett agyi rendellenességgel vagy oxigénhiánnyal született újszülöttnak lehet fulladása, illetve terminális felületes légzése. Ezekben az esetekben a neuromuszkuláris blokkolók (NMB) gátolják a terminális, felületes légzést, melyek kapcsán azonban egyértelműen

³⁶ FRANCIS: Neonatal deaths under Dutch Groningen Protocol... Commission Reports and Earlier Cases. Egyéb, e körbe sorolt, végzetesen gyógyíthatatlan betegség csoportok: *Anencephaly, Hypoplasia, Hypoxemia, Hypoxia*.

³⁷ Az alább következő fejezeteket Bajcsi Dóra MD lektorálta.

³⁸ WILLEMS-VERHAGEN-WULICK: Infants' Best Interests in End-of-life Care for Newborns. Discussion: "...the doctrine of double effect, which permits actions that may hasten death, so long as the intention of the caregiver is to relieve the patient's pain and suffering, not to cause death."

³⁹ Introduction. In FRANCIS: Neonatal deaths under Dutch Groningen Protocol...

felmerül a halál siettetésének, az élet megrövidítésének egyenes szándéka (azzal, hogy közel sem egységes az orvosi közösség álláspontja e tekintetben),⁴⁰ így a halál már nem természetes lefolyású, hanem emberi szándékkal előidézett, ezért azt jelenteni szükséges a hatóságoknak.⁴¹

Mindennek tudható be, hogy a Protokoll bevezetését követően általánosságban csökkent a neuromuszkuláris blokkolók alkalmazása újszülötteket érintő életvégi döntésekben, míg az analgetikumok, szedatívumok használata megnőtt.⁴²

A neuromuszkuláris blokkolók alkalmazása további iránymutatást igényel, különös tekintettel a légzéstámogatás megvonására, illetve a tekintetben, hogy azon betegeknel, akik eddig azt nem kapták, az életfenntartó kezelés visszavonásakor részesülhetnek-e újonnan ilyen terápiában. Három esetkőr adódhat:⁴³

(1) Az NMB-terápia folytatása a légzéstámogatás megszüntetése után is. Azon pácienseknél indokolt, akik NMB-t kapnak az orvosi komplex terápia részeként akkor, amikor a kezelés megszüntetéséről szóló döntés létrejön, akiknél a neuromuszkuláris funkció nem állítható helyre (s ez fennáll már egy ideje: néhány órája, napja vagy hete). A neuromuszkuláris funkció helyreállításához való ragaszkodás (a blokkoló visszavonásával) a mesterséges lélegeztetés megszüntetését megelőzően késlelteti az életfenntartó kezelés megszüntetését egy olyan ponton túllépve, ahol a kezelésekkal együtt járó terhek igen jelentősen meghaladják azok lehetséges hasznait.

(2) A második esetkőr az NMB újonnan történő beadása nagy dózísú analgetikumok és szedatívumok mellett azzal a céllal, hogy az elhúzódó terminális felületes légzés, a respirátortól elválasztott újszülött lehetséges szenvedései enyhülést nyerjenek. Ezen gyakorlat elfogadható a Bizottság szerint, azonban a halált egyenes szándékkal előidéző művelet (DELN), ennél fogva be kell jelenteni az esetet a Bizottságnak, hogy az retrospektíve feltárja annak körülményeit.

(3) Úgyszintén DELN-nek tekintendő azon esetkőr, amikor is NMB alkalmazására kerül sor az elhúzódó haldoklás folyamatának és a szülők emiatt érzett fájdalmainak enyhítése, a folyamat lezárása céljából. Extrém esetben ugyanis a Bizottság ezt is elfogadható oknak tekinti a DELN-hez.

⁴⁰ FRANCIS: Neonatal deaths under Dutch Groningen Protocol... Practice versus Reporting „...many Dutch pediatricians believe that it is not the intention of NMB administration to hasten death in a newborn who will die regardless of such administration.”

⁴¹ FRANCIS: Neonatal deaths under Dutch Groningen Protocol... Introduction. „However, the KNMG notes that breakthrough, unbearable suffering may still occur, particularly amongst newborns with congenital brain damage or asphyxiation. Sometimes in these few cases, neuromuscular blockers (NMBs) are administered to relieve gasping. The KNMG states that administration of NMBs usually indicates an intention to hasten death and that hastening death is a last resort. Administration in such circumstances has been described as a humane approach. Given that NMBs in this context will hasten death, the death cannot be medically certified as 'natural': it must be reported to the authorities.”

⁴² Commission Reports and Earlier Cases. In FRANCIS: Neonatal deaths under Dutch Groningen Protocol...

⁴³ WILLEMS-VERHAGEN-WUJLICK: Infants' Best Interests in End-of-life Care for Newborns. Withholding or Withdrawing Life-Supporting Treatment and Provision of Terminal Care.

A fenti NMB-fájdalomterápia tehát jogszerű aktus, amennyiben az injekció beadását megelőző és követő eseménysor is jogszerű a kellő gondosság mércéjével. Az elvárt kondíciók jelen vannak, továbbá a teljes eutanáziaacelekmény az előírtak szerint megfelelően dokumentált, és mindez utólag igazolást is nyer.

VIII. A hasztalan kezelések által generált kérdések (egy része) a holland szakirodalomban. Nincs különbség a hasztalan életfenntartó kezelés visszavonása, el sem kezdése és a halálos szándékú injekció beadása között akkor, amikor a halál már a küszöbön áll!⁴⁴

Szebik Imre témába vágó tanulmánya kétkedő:⁴⁵ lehet-e egyáltalán objektíve hasztalannak minősíteni egy beavatkozást? A klasszikus karteziánus és holisztikus (biopszichoszociális) világkép konfliktusa szembeötlő különbséget mutat. Amennyiben (karteziánus szemlélettel) az alapvető fiziológiai paraméterek helyreállításával és azok fenntartásában találjuk meg a medicina értelmét, úgy egész más következtetésre jutunk, mintha a páciens személyét, a családi, környezeti tényezőket is figyelembe vesszük. Fennáll a veszélye annak, hogy a hasztalanság deklarálása elfogadhatatlan paternalista gyakorlatként az orvosi dominanciát fokozza a páciens autonómiájának terhére. Nagy különbség tátong abból a szempontból is, hogy kinek hasztalan egy beavatkozás (az orvosnak, a páciensnek vagy a beavatkozást finanszírozónak)? Ha a beavatkozás néhány nappal vagy héttel meghosszabbítja a páciens életét, nehéz eldönteni, hogy megéri-e. Kvantitatív vagy kvalitatív alapú hasztalanságról legyen szó? Az alábbiakban egy kvalitatív alapú, az orvos dominanciáját választó rendszer paramétereit részletezzük; ehhez egy, Verhagen professzor közreműködésével összeállított 2014-es iránymutatás szolgál kiindulópontul:

1992-ben az NvK a gyógyíthatatlan rendellenességgel születettek két kategóriájának megkülönböztetésére tett javaslatot: (1) azon újszülöttek, akiknek nincs esélyük a túlélésre; és (2) azok, akik ugyan túlélhetnek, de igen alacsony életminőséggel, melynek definiálására is sor került e helyütt: olyan, szenvedésekkel teli élet, mely medikális technológiától függő, önálló kommunikációra és önellátásra alig adhat lehetőséget. Az NvK mindkét említett esetkörnél indokoltnak tartja az életfenntartó kezelés visszavonását, mert az hasztalan.⁴⁶

⁴⁴ „Supporters of neonatal euthanasia claim there is no difference between withdrawing or withholding treatment and giving lethal medication to end life.” VIZCARRONDO, Felipe E.: Neonatal euthanasia: The Groningen Protocol. *The Linacre Quarterly*, 81. (2014) 4., 388–392. o.

⁴⁵ SZEBIK Imre: Életvégi döntések: gondolatok a hasztalan kezelésről. In FILÓ Mihály (szerk.): *Párbeszéd a halállal. Eutanázia a jogrend peremén*. Budapest, 2011. 211–221. o.

⁴⁶ WILLEMS-VERHAGEN-WULICK: Infants' Best Interests in End-of-life Care for Newborns. Background and objectives.

A súlyosan sérült, beteg újszülöttek helyzete az extrém bizonytalanság szintjéről indul. Az első döntési pont, hogy a kezelés megkezdésére sor kerüljön-e közvetlenül a megszületést követően: a kezelőorvosnak még abban az esetben sincs választási lehetősége, amennyiben induláskor (születéskor) az újszülött életkilátásai igen csekélyek, az életfenntartó beavatkozásnak meg kell indulnia a teljesen biztos diagnózis megszerzéséhez, a túlélés esélyei kellő mérlegelése, az esetleges egészség- és állapotromlás elkerülése végett.⁴⁷

A haszталannak vélt orvosi kezelés megszüntetése, illetve el sem kezdése vonatkozásában letisztultabb a gyakorlat: kezelés/beavatkozás (*treatment*) és ellátás (*care*) között különbséget kell tenni, határvonalat kell húzni, mely nem megy egykönnyen. Ellátás alatt azon tevékenységek értendők, melyek a beteget megfelelő higiéniai és hőmérsékleti körülmények között tartják, gondoskodnak folyamatos táplálásáról, lélegeztetéséről, lehetővé téve élete folytatását, lefolyását (legyen az akár csak pár óra újszülöttek esetében). A táplálás és lélegeztetés esetében nem teljesen egyértelmű, vitatott, hogy azok mely kategóriába tartoznak (*treatment* vagy *care*).

Orvosi és paramedikális beavatkozásra csak akkor kerül sor, amennyiben az hasznos, arányos (amennyiben az abból származó „kellemetlenségek” nem haladják meg az együtt járó előnyöket), és valószínűleg az újszülött állapotának javulása irányába hat. Megszüntetését, el sem kezdését követően a beteg bizonyosan rövid időn belül meghal. Haldoklását – a halál természetes lefolyásának utat engedő – palliatív ellátás teszi kevésbé fájdalmassá, sőt akár fájdalomtól mentessé.

Fontosnak tartjuk kiemelni a (holland) palliatív medicina változó terminológiájára figyelemmel, hogy e kontextusban a szűkre szabott palliatív ellátásra csak a legutolsó terminusban kerül sor, amennyiben már nem áll rendelkezésre gyógyító kezelés, valamennyi (hasztalan) beavatkozás (eldöntöten) visszavonásra kerül, és annak elsődleges funkciója a beteg gyermek (teljes) fájdalommentessége az élete legvégén.

Amikor egy életfenntartó kezelés megkezdésére sor kerül, úgy annak továbbfolytatása, fenntartása mindig feltételes; attól függ, hogy van-e pozitív irányú elmozdulás, fejlődés a kiinduló diagnózis/prognózishoz mint startvonalhoz képest, tekintettel arra, hogy az intenzív terápiás kezelések kimenetele egy sérült (szenvedésekkel teli) minőségű élet is lehet, így az életfenntartó kezelés(ek) továbbfolytatása mindenképp igazolásra szorul. A holland neonatológusok teljes felelősséggel tartoznak a beteg gyermekek és szülei (általuk előre látott, szerintünk: általuk előre látni vélt) szenvedéséért, amennyiben a (várható) életkilátások igen korlátozottak. Ezzel magyarázandó az a tény is, hogy tartózkodóbbak a túl korán érkezett gyermekek „mentésekor”.⁴⁸

Az életfenntartó kezelések visszavonása, visszatartása egy (relatív) időigényes közös döntési folyamat eredménye kell hogy legyen az orvos team tagjai és a súlyosan beteg újszülött szülei között. Előfordulhat, hogy véleményeltérés van az orvos teamen

⁴⁷ Uo. Withholding or Withdrawing Life-Supporting Treatment and Provision of Terminal Care.

⁴⁸ Lásd alább részletesebben.

belül is a túlélés esélyeit, gyakrabban a várható életminőséget illetően, de az esetek jó részében sikerül konszenzusra jutni. Amennyiben a kezelő teamen belüli megegyezés elérhetetlennek látszik, úgy ez nem lehet akadálya a döntéshozatalnak, a teamen belül a kezelőorvos szava lesz a döntő, ő az elsődleges felelős.⁴⁹

Egy másik (holland) tanulmány, mely a teamen belüli, illetve a kezelő team és a szülők közötti konfliktus kezelésével foglalkozik, kifejezetten azt preferálja, hogy mindig legyen egy olyan kezelőorvos, aki a beteg gyermek teljes életciklusát elkíséri a végéig, végigvezényli, egyedül ő kommunikál a szülőkkel, mert így kisebb az esélye annak, hogy információ vész el, félreértés, konfliktushelyzet alakul ki, mely tovább mélyítené az amúgy is feloldhatatlan (élet)helyzetet.⁵⁰

A (para)medikális kezelés felfüggesztése, megszüntetése orvosi döntés Hollandiában: arról születik döntés, hogy milyen életkilátásai vannak a gyermeknek, ami azt jelenti, hogy a kezelésének megszüntetése (kizárólagos) orvosi kompetencia, a szülők véleménye figyelembe veendő, de nem döntő. Mindazonáltal az elengedhetetlen, hogy a szülők kellő időt kapjanak a „visszalépő” orvosi magatartás adaptálására, mely okot szolgáltathat (szükség szerint) a kezelés megszüntetésének az elhalasztásához, amennyiben mindez nem vezet a beteg gyermek szenvedéseinek meghosszabbodásához. A szülőket kifejezetten tájékoztatni kell (részletekbe menően) a kezelés megvonás várható következményeiről, a követő palliatív ellátásról, amelynek célja a lehető legnagyobb mértékben elérhető komfort biztosítása a betegnek az adott körülményei között. Amennyiben a többszöri álláspontcserét követően sem sikerül megállapodásra jutni a szülőkkel arról, hogy mi a legjobb a gyermeknek, úgy további orvosszakértői vélemény(ek) beszerzésére kerülhet sor. Amennyiben azonban azok egybehangzanak a kezelő teamével, úgy a szülők nem igényelhetik tovább azt, hogy az eljáró orvosok hasztalannak ítélt beavatkozásokat tegyenek gyermekükért. Elképzelhető, hogy ebben az esetben a szülők nem adják meg a gyermekük szenvedését csökkentő beavatkozásokhoz szükséges hozzájárulásukat (úgy, mint morfium adása), az orvosok azonban a továbbiakban már nem kötöttek ehhez.⁵¹

Amennyiben egyértelmű, hogy a gyermek nem élhet túl, vagy csak súlyosan sérült életminőséggel „lehet”, úgy tehát a beavatkozások folytatása is igazolásra szorul. Értékelendő tehát e tekintetben az, hogy a beteg várhatóan milyen mértékben lehet másoktól független ideértve kommunikációs lehetőségeit is, előreláthatóan milyen mértékben függ várható élete élethosszig nyúló kezelésektől. Amennyiben az életről hozott (fentiek szerinti) értékítélet alapján a kezelő team úgy ítél, hogy a beavatkozások folytonossága nem szolgálja a beteg legfőbb érdekét, azokat meg kell szüntetni, amint lehet.

⁴⁹ WILLEMS–VERHAGEN–WULICK: Infants' Best Interests in End-of-life Care for Newborns. *EoL Decision-Making*.

⁵⁰ VERHAGEN, A. A. Eduard: Teamwork and conflicts in paediatric end-of-life care. *Acta Paediatrica*, 107. (2018) 2., 192–193. o., onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/apa.14102 (letöltve: 2020.07.20.).

⁵¹ *EoL Decision-Making*. In WILLEMS–VERHAGEN–WULICK: Infants' Best Interests in End-of-life Care for Newborns.

A mesterséges táplálás, hidrálás és lélegeztetés jelentése további kifejtésre szorul: amennyiben azokat is az életfenntartó beavatkozások körébe helyezzük, bizonyos esetben hasztalanok. Fenntartásuk további komplikációkat okozhat: egy elhúzódó haldoklási folyamat alapjául szolgálhat. A KNMG (*Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst*, Holland Orvostársaság)⁵² szerint azok megvonása nem embertelen, amennyiben azt *state-of-the-art* palliatív ellátás követi. Az orvosi beavatkozások megszüntetését követően a gyermek biztosan meghal. Klinikai tapasztalatok szerint halála néhány óra vagy néhány nap alatt következik be. (Kellő támpontul szolgáló irodalom nem áll rendelkezésre, úgyszintén nincs megfelelő arra vonatkozó információ, hogy milyen lehetséges további szenvedés adódik a táplálás/hidrálás megvonásával.) Ezen bizonytalanságra tekintettel a szülőkkel fontos egyeztetni a *comfort care*-ről külön tekintettel a (terminális) szedálásra. Több újszülött nem szorul mesterséges táplálásra, szoptatható, itatható, mely természetes táplálás beszüntetendő, amennyiben az újszülöttnak diszkomfortos (ideértve: fulladás, nehézlégzés).

Úgyszintén alaposan fel kell készíteni a szülőket a légzéztámogatás megvonásának következményeire, mert úgy értelmezhetik gyermekük megváltozott reakcióját, hogy további fájdalmakat kell megélnie. Szükséges az analgetikumok és szedatívumok adagjának emelése a kezelés megvonást követő szenvedések enyhítésére, gátlására. Arra is fel kell készíteni a szülőket, hogy a beteg gyermekük színe megváltozhat, légzése nagyon szabálytalanra vagy az eddiginél szabálytalanabbá válhat, zihálást észlelhetnek. Nincs arra vonatkozó kellő ismeret, hogy a zihálást pontosan hogyan élik meg az újszülöttek életük legvégén, egyet jelent-e a szenvedésekkel teli véggel? Vannak erre utaló jelek, például ököl összeszorítása, megfeszülése, grimaszok, melyek fájdalomcsillapító palliatív eszközöket indokolnak.⁵³

A holland és az észak-amerikai (jog)gyakorlat és szabályozás különbsége két körben jelenik meg élesen, e kettőt azért érdemes összevetni, mert mindkettő kidolgozottabb e körben: Először is a beteg gyermek szüleinek és egyéb meghatalmazottjának kompetenciájában. Hollandiában az ő álláspontjuk figyelembe veendő, azonban semmiképpen sem döntő, tekintettel arra, hogy bármely EoL-döntés medikális döntés, mely a beteg gyermek túlélési esélyeire, kisebb súllyal minőségi életére, várható életminőségére koncentrál.⁵⁴ A várható életminőség értékének kritériumai multidiszciplináris fórumokon kidolgozásra kerültek a kezelőorvosok megtámogatására.

Ellenben Észak-Amerikában a kezelőorvosnak nincs olyan hatásköre, mely őt arra felhatalmazza, hogy egyoldalúan, önállóan megítélje, mit is jelent egy elfogadható minőségű élet. Vita esetén sor kerülhet bírósági beavatkozásra, ha arról kell döntenie,

⁵² Royal Dutch Medical Association, knmg.nl/contact/about-knmg.htm (letöltve: 2020.07.20.).

⁵³ Withholding or Withdrawing Life-Supporting Treatment and Provision of Terminal Care. In WILLEMS-VERHAGEN-WULLICK: Infants' Best Interests in End-of-life Care for Newborns.

⁵⁴ Uo. Discussion.

hogy milyen élet lehet még megfelelő a beteg gyermek számára (a hasztalan életfenn-tartó kezelés visszavonásának kontextusában).

A másik lényeges különbség az életvégi döntésekben pedig az, hogy a holland szabályozás megengedi az olyan orvosi beavatkozást is, amelynek kifejezett célja halál okozása, nem pedig „csak” a fájdalom enyhítése, melynek következménye lehet a halál (idejének) előrébb hozatala. Hollandiában lehetőség van olyan NMB-terápiára *de novo*, melynek célja az elhúzódó terminális, felületes légzés gátlása a mesterséges lélegeztetés felfüggesztésekor; ez egyben eszköz a szülői szenvedések enyhítésére, melyet a hosszadalmas haldoklás folyamata vált ki bennük. Ezen esetek alkalmasszerűek lehetnek, amikor a *state-of-the-art* palliatív szedáció sem elégséges, hogy feloldja a fájdalommal teli véget például azon légzési elégtelenségben szenvedő újszülötteknél, akik nyugtalanok maradnak a szedáció alatt vagy az *epidermolysis bullosa* betegséggel érintettek csoportjában. Az észak-amerikai gyakorlatban nem kerülhet sor NMB alkalmazására újonnan, mert az nem bír szedatív, analgetikus tulajdonsággal.⁵⁵

Az ismertetésre került *best interest*-iránymutatás kötelező erejű, azt jóváhagyta az NvK és a KNMG is, így az az orvosi hivatást gyakorlók hivatalos állásfoglalása. Másik érv, amely egyértelműen az iránymutatás mellett szól, hogy a retrospektív jogi megítélés, utólagos jóváhagyás azt a kockázatot rejti magában, hogy a DELN-döntést meghozó és végrehajtó orvos utólag büntetőeljárás alá kerül emberölés vagy más tényállás miatt, ami arra indíthatja őt, hogy ne jelentse be az esetet. Amennyiben azonban előre meghatározottak, elfogadottak a DELN-kondíciók, úgy az utólagos igazoltság már kevésbé rejti magában potenciális szankcióval terhelt bizonytalanságot a kezelőorvos szemszögéből.⁵⁶

IX. „Please Do Whatever It Takes to End Our Daughter’s Suffering!” – Kérjük, tegyenek meg bármit, ami véget vet a lányunk szenvedéseinek!⁵⁷

Egy 2016-ban publikált esettanulmányban Verhagen professzor szakvéleménye is közzétételre került. Egy kislány még kétévesen fulladás közeli helyzetben oxigénhiányos agykárosodást szenved el. Tizenkét évesen vírusos agyhártyagyulladásal intenzív ellátásra szorul, 21 nap elteltével is tracheostomás tubuson keresztül lélegeztetik (napi

⁵⁵ Uo. „The Dutch endorse the use of muscle relaxants *de novo* with the aim of stopping prolonged gasping during ventilator withdrawal and to treat parental suffering by putting an end to a prolonged dying process. This situation may occur occasionally, when even state-of-the-art palliative sedation is insufficient to relieve pain and suffering.”

⁵⁶ Uo. Conclusions.

⁵⁷ CLÉTY et al.: Please Do Whatever It Takes to End Our Daughter’s Suffering!

tünetei: agitáció,⁵⁸ *hyperpyrexia*,⁵⁹ *hypertonia*,⁶⁰ *hypoxemia*,⁶¹ *dystonia*⁶² és epilepsziás rohamok). Szülei és kezelőorvosai szerint is nem múló fájdalmai vannak. Tünetei alapján folyamatos mély szedálás alatt „él”, melynek csökkentésekor (megszüntetésekor) állapota nem mutat javulást. Szülei gyermekük további szenvedése mindenáron megszüntetésének módját keresik.

Verhagen az alábbiak szerint nyilatkozik az ügyben: egyrésztől amennyiben az intenzív ellátást nyújtó team, a beteg gyermeket folyamatosan ápoló nővérek is megerősítik azt, hogy a gyermek szenvedéseinek csökkenése, állapotának javulása valószínűtlen, úgy a szedáció mellőzése etikátlan, nem igazolható. Másrésztől a páciens sivár életkilátásai, egy elfogadható életminőség elérésének valószínűtlensége a hosszabb ideig fenntartott mély szedálást is alig teszi igazolhatóvá, mert hiányzik a reális orvosi végcél. Tulajdonképpen a mesterséges lélegeztetés és bármely egyéb orvosi beavatkozás, mely meghosszabbítja a gyermek életét, problematikus. Nyugodt lelkiismerettel teljesíthető a szülők arra vonatkozó (közvetett) kérése, hogy a gyermeküket életben tartó valamennyi kezelés (LSI)⁶³ megszüntetésre kerüljön a gyermek további (hiába-való) szenvedésének elkerülésére. (Az életfenntartó kezelések felfüggesztését követően a gyermek bizonyosan meghal igen rövid időn belül, a haldoklásának folyamata néhány órát vagy néhány napot vehet igénybe, esetlegesen további szenvedést okozva számára.) Erre tekintettel – a gyermek legfőbb érdekét (*best interest*) szem előtt tartva, mely életének szenvedésmentes befejezése, Verhagen több alternatív megoldást fogalmaz meg:

Előként: az LSI visszavonása és analgetikus-szedatív kezelés bevezetése az észlelhető terminális szenvedést jelentő tünet jelentkezésekor, melynek célja a lehetségesen elhúzódó haldoklás további szenvedéseinek kiküszöbölése, a sedatoanalgetikus kezelés gyorsíthatja a halál bekövetkeztét.

Másodsorban: az LSI visszavonása és ezt közvetlenül megelőzően a *comfort care* növelése, melynek célja a mesterséges lélegeztetés megszüntetésével előálló *dyspnoea*⁶⁴ haldokló általi megtapasztalásának elkerülése azzal a lehetséges mellékhatással, hogy a haldokló élete megrövidül.

Harmadik alternatíva: az élet aktív (szándékos) elvétele halálos injekcióval, mely egyévesnél idősebb, belátási (döntési) képességgel nem bíró gyermek esetében bűncselekmény Hollandiában. Az eutanázia azonban mégis okszerű, és kimentésre van mód, amennyiben a beteg elviselhetetlenül szenved, mely szenvedés nem enyhíthető. Ebben az esetben a jog kivételt enged, ha a szülők, kezelő orvosok, nővérek (a kezelő

⁵⁸ nyugtalanság

⁵⁹ igen magas láz

⁶⁰ magas vérnyomás

⁶¹ a vérnek oxigénnel való hiányos telítődése

⁶² kóros izom-összehúzódások által kiváltott kóros testtartással, végtagtartással és akaratlan mozgással járó állapot

⁶³ *life-sustaining interventions* vagy LST – *life-sustaining treatment*

⁶⁴ nehézlégzés

team) egyetértenek abban, hogy a gyermek reménytelenül és elviselhetetlenül szenved, a konzultációk, (szülői) beleegyezések megfelelően dokumentáltak. Etikailag nincs túl sok különbség a biztos, rövid időn belül beálló, egyenesen a halálba vezető életfenntartó kezelés visszavonása és az így előre tervezett halál között.

Legyen „minőségi” az élet, inkább el se kezdjük, így is haljunk meg, ezt szeretnénk! Hiábavaló elszenvadni az életet, annak a legvégét!⁶⁵ vs. Az élet nem (bármely értelem nélküli szenvedés)mentes, csillapítsuk (totális) fájdalmunkat! „Ha az életnek egyáltalán van értelme, akkor a szenvedésnek is kell legyen értelme. [...A] szenvedés része az életünknek – ugyanúgy, mint a ránk mért sorsunk és a halál. Csak az elszenvedett szükség és halál által válik az emberi lét teljessé.”⁶⁶

A Groningen Protokoll tehát állást foglal a neonatális eutanázia mellett, amennyiben annak kondíciói teljesülnek: gyógyíthatatlan betegség által keltett elviselhetetlen szenvedés, melynek enyhítésére nincs esély, vagy amely egy jelentősen csökkent életminőséget vonhat maga után egyértelműen feltéve azt, hogy lehetőségünkben áll harmadik személyként egy fejlődő új élet értékéről olyan előzetes döntést hozni, mely annak kioltását eredményezheti. Idetartozó, ezért ismét hangsúlyozzuk azt a (holland) érvrendszert, miszerint nincs lényeges és éles különbség (1) a hasztalan életfenntartó kezelés megszüntetése; (2) az életet esetlegesen megrövidítő, elsődlegesen a fájdalmat enyhítő terápia; valamint (3) az életet szándékosan megrövidítő (a haldoklási folyamat lerövidítő) halálos injekció beadása között [amikor a szenvedés a (2) pont „eszköztára” kimerítése után sem tűnik el] az utolsó órákban, napokban. Jogi nyelven: csak a (3) pontban beszélhetünk eshetőleges vagy egyenes szándékról a halál okozásánál. Arról sem feledkezhetünk meg, hogy mindhárom előbb nevesített műveletet (műveletsort) egy körben életszerű vizsgálni (az EoL-zónában). Az (1) után röviddel (feltétlenül) beáll a halál, de addig is a fájdalom marad, ezért szükséges és elégséges (lehet) a (2), ha mégsem, akkor kerülhet sor a (3)-ra. De (2) és (3) határai nem határozottak, nem élesek, nehezen megítélhetőek, és nincs mindig konszenzus arról sem, hogy melyik gyógyszer milyen behatárolt hatással bír.

A várható életet előzetesen értékelő szemlélet nemcsak az életvégi döntésekben jelenik meg, hanem felbukkan akkor is, ha az emberi élet túl korán kezdődne el, az extrém koraszülöttek esetében. Egy, a skandináv országok koraszülött-ellátásra vonatkozó gyakorlatát összehasonlító tanulmány⁶⁷ szerint Dánia, Norvégia és egyéb skandináv

⁶⁵ Holland nemzeti attitűd a szerző subjektív, leegyszerűsített (modell) interpretációjában. Arra vonatkozóan, hogy holland kontextusban pontosan mit jelent szenvedni (a Saunders-féle totális fájdalomhoz képest) nem találtunk elégséges hivatkozást, csak azt, amit már ismertettünk az élet értékelése kapcsán.

⁶⁶ FRANKL, Viktor E.: ...mégis mondj igent az életre! *Egy pszichológus megéli a koncentrációs tábor*. Budapest, 2014. 104. o.

⁶⁷ VERHAGEN, A. A. Eduard: Why Do Neonatologists in Scandinavian Countries and the Netherlands Make Life-and-death Decisions So Different? Decisions in the Delivery Room: An Interventionist Approach Versus Conservatism. *Pediatrics*, 142. (2018) 1., 585–589. o., ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30171145 (letöltve: 2020.07.20.).

országok a koraszülöttek intenzív ellátását (elsősorban újraélesztését) abban az esetben kezdik meg, amennyiben a koraszülött a 23. gesztációs hetet követően jött világra (*protreatment* attitűddel). A vonatkozó 2005-ös holland irányelv alapján a holland neonatológusok pedig csak a 25. gesztációs hetet méhen belül megélt csecsemőknek tulajdonítanak annyi életerőt, amely indokolja intenzív ellátásukat (konzervatív szemlélet). 2010-ben módosították ezt az irányelvet, mely a 24. gesztációs hétnél húzta meg az új határvonalat e tekintetben.

Sajnos alig fellelhető arra vonatkozó információ, hogy hogyan és mikor kerül sor életfenntartó kezelés felfüggesztésére, illetve annak el sem kezdésére koraszülötteknél a skandináv országokban. Hollandiában a korababák halálának 93-98 százalékban a kezelés felfüggesztése, el sem kezdése az oka, mely döntés felerészben a várható alacsony életminőségi prognózison nyugszik olyan újszülötteknél, akik fiziológiailag stabil állapotúak a döntés meghozatalakor. A mesterséges lélegeztetés megszüntetésének oka sokszor a várható későbbi szenvedés elkerülése.⁶⁸

X. Miért túl liberális a holland szemlélet az életvégi döntések meghozatalakor, és miért konzervatív, amikor egy újszülött életképességi korlátokkal érkezik túl korán?

A válasz a minőségi élet értékében és a méltósággal teli befejezés értékének felismerésében, kihangsúlyozásában rejlik, a halál tabujának célzott, funkcionális, kulturális feloldásában, a szándékolt halál folyamatának transzparenssé változtatásával, mely sajátos nemzeti hozzáállás a gyermekek esetében is egyértelműen jelen van. Prioritás, hogy az újszülöttek és nagyobb gyermekek bármely szenvedését mindenáron enyhíteni kell, ki kell kerülni még akkor is, ha az erre vezető egyetlen út a halálukat idézi elő.⁶⁹

Különösen érdekes e holland attitűd abból a szempontból, hogy nem gondolja, hogy az élet feltétlenül szenvedésekkel teli természetű kell hogy legyen, a legvégén sem. (Kizárólag) a jelen tanulmányban foglaltak alapján számunkra úgy tűnik, hogy nem keres értelmet a megélt szenvedésekben, mintha eleve hiábavalónak tartaná azokat elszenvedni. Inkább kizárja, mindenáron kiküszöböli, önkezeléssel maga zárva le az élet folyamatát. Úgy tűnik, nem ért egyet, nem tud azonosulni a koncentrációs táborátél Viktor E. Frankl gondolati ívével, létértelem-képével, amely így szól:

„Csak egytől félek: nehogy méltatlannak bizonyuljak a rám mért szenvedésre”, mely az ember utolsó és elveszithetetlen belső szabadsága. A mártíriumot elszenvedő emberek táborbéli magatartása, szenvedése és halála pont erről tanúskodik: bebizonyosodott, hogy a méltó módon elviselt szenvedés önmagában teljesítmény,

⁶⁸ Decisions in the NICU: Withholding or Withdrawing Treatments and Physiologic Stability. Uo.

⁶⁹ Understanding Differences in Approach Toward Decision-making in Newborns Who Are Critically Ill. Uo.

belső teljesítmény. „Az ember szellemi szabadsága, amitől utolsó leheletéig nem fosztható meg, lehetőséget nyújt arra, hogy életét utolsó lélegzetvételéig értelmesen alakíthassa.” Nem számít, hogy élete nem alkotó, nem élvezetekkel teli, és nem a szépség élményeiben kiteljesedő. A koncentrációs táborban csak egyetlen utolsó lehetőség van az élet értelmes alakítására: a kívülről rákényszerített korlátozottságokhoz való belső alkalmazkodás személyes módja. A táborlakók többsége azon aggódott, hogy túlél-e a tábort, mert ha nem, akkor az egész szenvedésüknek az égvilágon semmi értelme. Frankl egész más véleményen van: szerinte egy élet, amelynek értelme azon áll vagy bukik, hogy megússzuk-e elevenen, vagy sem, azaz amelynek értelme a véletlen kénye-kedvétől függ, egy ilyen élet egyáltalán nem érdemes arra, hogy azt egyáltalán megéljük!⁷⁰ Hozzáteszük, hogy idézett írásában szerepel az is, hogy lehetőségében volt önkezeléssel véget vetni akkori életének, ezzel szenvedéseinek, mégsem tette.

XI. Gyermekgyógyászati palliatív ellátás Hollandiában 2015-ből⁷¹

Az alábbiakban – egyfajta teljességi igényre törekedve – néhány szót ejtünk a fejlődő holland palliatív ellátásról, mely jelen van a neonatális eutanázia és a gyermekeutanázia mellett. Sajnos az alább részletezettek körén kívül esik az idő előtt születettek (jelen kontextusban a 26. gesztációs hetet megelőzően) és az olyan gyermekek palliatív ellátása, akik állapota újraélesztést igényel.

A gyermekgyógyászati palliatív ellátás minél magasabb minőségű biztosítására 2015-ben összeállításra került egy ajánlás(csozor) (Verhagen professzor közreműködésével). Célja a számba veendő összes tünet beazonosítása,⁷² azok optimális kezelési lehetőségeinek felvázolása, és tünetenként nagy biztonságú, tapasztalatokon nyugvó ajánlások kidolgozása, melyek a gyermekgyógyászati palliatív ellátásra vonatkozó, igen szűkösen rendelkezésre álló bármely információ hiányában elsősorban a felnőtt palliatív ellátásra építkeznek.^{73,74}

⁷⁰ Frankl Dosztojevszkijt idézi. FRANKL: *...mégis mondj igent az életre!* 103–104. o.

⁷¹ KNOPS, R. R. – KREMER, L. C. – VERHAGEN, A. A.: Dutch Paediatric Palliative Care Guideline Group for Symptoms: Paediatric palliative care: recommendations for treatment of symptoms in the Netherlands. *BMC Palliat Care*, (2015) Nov 5., 14–57. o., ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26542477 (letöltve: 2020.07.20.).

⁷² Beazonosított tünetek, tünetcsoportok, melyekre az ajánlás tüneti terápiás megoldási javaslatot tesz: szorongás – depresszió, vérzés – vérszegénység, köhögés – zörgő nehézlégzés – légzési zavarok, fáradtság, hányinger – undor – émelygés – hányás, neurológiai tünetek, fájdalom és viselkedés. Results. Selection of topics. Uo.

⁷³ E célból egy 22 fős, releváns szakmai tudással bíró szakértői panel felállítására került sor (például gyermekonkológus, gyermekneurológus, nővér, aneszteziológus, pszichológus, hospice orvos, szülői érdekvépvisező bevonásával). Az ajánlategyűjtemény kidolgozásához egy intenzív adatgyűjtési folyamat lefolytatására került sor (a 2011. évig bezárólag), mellyel a meglévő terápiás javaslatok közül válogatott a szakértői panel, lehetőségében állt új ajánlásokat is javasolni a tüneti kezelésekhez.

⁷⁴ Selection of topics. In KNOPS–KREMER–VERHAGEN: Dutch Paediatric Palliative Care Guideline Group for Symptoms...

A konszenzusos ajánlásgyűjtemény célja a korlátozott életkilátású gyermekek várható tüneteinek korai felismerésére támaszkodva a gyermeki (potenciális) szenvedések enyhítésére olyan tüneti terápiás megoldás javaslata, mely igen nagy valószínűséggel hatékony, biztonságos („high quality care recommendations”) a kimeneteltől függetlenül: legyen az gyógyulás vagy halál.⁷⁵ Megjegyezzük, hogy az ajánlás ekként való szövegezéséből kitévőnk egyfajta közeledés az alább következő (már említett) IMPaCCT irányába, mely szerint a palliatív ellátás már a súlyos diagnózis felállításakor kezdetét kell hogy vegye, nem pedig csak akkor, amikor már a gyógyító terápia kimerült.⁷⁶

Az ajánlások három csoportban összegezhetők: (1) „strong recommendation”: melyek tapasztalati tényeken és közös megegyezésen alapszanak, az általuk hordozott előnyök túlszárnyalják negatív hatásait; (2) „intermediate level of recommendations”: ugyancsak tapasztalaton nyugvó, megfontolásra érdemes ajánlások: az általuk hordozott előnyök és hátrányok azonos arányban jelenhetnek meg, az előny/hátrány mérlege csak kis mértékben tér ki az előny oldalára; (3) „red recommendation”: feltétlenül kerülendő tiltások, egyértelműen negatív hatásúak adott tünet/betegség esetén.⁷⁷

Tekintettel arra, hogy a jelen ajánlások forrásai jórészt a felnőtt palliatív ellátás rendelkezésre álló tüneteire, ahol a leggyakoribb gyógyíthatatlan, tüneti kezelést igénylő betegség a rák, a fentebb azonosított tünetek is e betegség vonatkozásában értelmezendők, mely nyilvánvalóvá teszi azt, hogy az így összegyűjtött tünetcsoport mindenképpen részleges, nem lehet teljes (több okból adódóan sem).⁷⁸

Feltételezzük, hogy az ajánláscsoportja célcsoportja elsősorban az 1 és 12 év közötti korosztály, az az életszakasz, amelyben az eutanázia főszabály szerint tiltott.

Az alábbiakban, a tanulmányunk második részében váltunk: most térünk át a hospice szemlélettel bíró palliatív medicinára, ellátásra és gondozásra valamennyivel kevesebbet (időt, sort) szentelve annak (a holland nézőpont viszonylatában) kifejezetten arra tekintettel, hogy saját szabályozási és kulturális közegünkben erről már jóval több szó esett, (amit) nem kívánunk feltétlenül (meg)ismételni, inkább néhány, bennünket különösen megragadó, idetartozó gondolat következzen most.

⁷⁵ Search for evidence. Uo.

⁷⁶ „Symptom control could benefit from greater awareness, prevention, and early recognition of symptoms by caregivers in paediatric palliative care. [...] This study will be helpful in the international debate on improving the care for children with life-threatening conditions. Palliative care is a wide concept which also encompasses end-of-life care. [...] Our approach can be seen as an important step towards closing the gap between treatment of suffering in children in the context of palliative care and end-of-life care.” Uo. Discussion.

⁷⁷ Uo. Recommendations.

⁷⁸ Észak-amerikai gyermekgyógyászati palliatív ellátásra vonatkozó adatok szerint a palliatív ellátásban részesülő gyermekek nagyobb részének alapbetegsége nem a rák. A magyar idevágó statisztika szerint is a gyógyíthatatlan betegségek 1/3-a onkológiai (Benyó Gábor előadása alapján, Tábita Ház, 2019 önkéntesképzés).

XII. Perinatális hospice,⁷⁹ hospice az anyaméhben,⁸⁰ „az idő ajándéka”⁸¹

A perinatális *hospice* és palliatív ellátás egy innovatív, könyörületes módja azon szülők (anyák) támogatásának, akik úgy döntenek, hogy folytatják terhességüket a magzatuk életkilátását korlátozó, az étellel összeegyeztethetetlen prenatális diagnózis mellett is: a magzat várhatóan meghal a születését megelőzően vagy rövid idővel a megszületést követően. Arra biztatva az anyákat, hogy folytassák terhességüket, majd pedig tudják (tanulják meg) elengedni újszülött gyermekük életét, mert bármely emberi élet értékes, nem számít, hogy milyen rövid, tömör vagy akár tökéletlennek tűnő, mindegyik új élet értelemmel bíró emberi lét. A folytatás melletti döntés a szülői döntés, méltányolja a gyermek életét, lehetővé teszi, hogy a szülők szülők legyenek addig, amíg a gyermek élni tud. A terhesség folytatása nem(csak) passzív várakozás a halálra, hanem a gyermek rövid élete örömteli pillanatainak elfogadása és megélése is.⁸²

E mozgalom abban segít, hogy a szülők el tudják fogadni épp azt az életet, amely a gyermekük sajátja lehet. A szülők tervezzenek, készüljenek az ő életére, mert minden gyermek egyedi: az ugyanolyan súlyos kondíciókkal születettek különböznek egymástól az élethez való ragaszkodásban, némelyek meglepően erősek, meghálálják az életvégi ellátást, és a vártnál tovább élnek. Alkalmazkodjanak a szülők az újszülött életéhez, kísérjék a gyermeket, teljesen ráhagyva, hogy meddig marad velük.⁸³ A nyomasztó teher enyhülhet, még megnyugvást is lelhetnek abban, ha rövid életű gyermeküket méltósággal gondozzák, természetes haláláig oltalmazzák, életét szeretettel töltik meg. Az újszülöttek jó része születését követően (családi körben) a szüleivel marad a kórházban egészen addig, amíg az élete csendben, természetes módon, békében és szeretetben

⁷⁹ perinatalhospice.org/faqs (letöltve: 2020.07.20.).

⁸⁰ *Hospice in the womb.*

⁸¹ KUEBELBECK, Amy – DAVIS, Deborah L.: A Gift of time: Continuing your pregnancy when your baby's life is expected to be brief. Reviewed by Byron C. Calhoun. *The Linacre Quarterly*, 81. (2014) 4., 394–397. o., ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4240052/ (letöltve: 2020.07.20.). „Chapter 3 moves into the »emotional journey« of the pregnancy with a looming death. [...] The conflicting emotions and thoughts pop up in the parents' minds. [...] Fears are openly discussed by the parents: fears of the unknown, fears of the baby suffering, fears of childbirth, fears about the baby's appearance, and most importantly fears about death. [...] The families help others to understand what »living in the twilight of death« means with a child who will die soon after birth.” „Chapter 8 could be the entire book in itself. So much practical wisdom is packed into this chapter about how to »say goodbye« to your baby. [...] Kuebelbeck and Davis prepare families by gently describing the dying process, the varying death experiences of the babies involved, the moment of death, death at home, death in unexpected circumstances, discontinuing medical interventions, and care if the baby struggles. Kuebelbeck does not shy away from the spiritual aspects of the loss of a child. [...] the physical care of the baby's body, the appearance after death [...]”

⁸² Why would anyone continue a pregnancy like this? „choosing to continue is a parenting decision that honors the baby as well as the parents. It allows you to parent your baby as long as possible and to protect your child for as long as he or she is able to live. Ultimately, it allows you to give your baby – and yourself – the full measure of your baby's life ...” Uo.

⁸³ Isn't perinatal hospice mostly for people who oppose abortion? Uo.

véget ér. Többen fényképet, lábnyomot, egyéb emléket készítenek az együtt töltött közös pillanatokról; a múlt időt hordozó emléktárgyak segítenek az elmúlás elfogadásában.⁸⁴

A halálos diagnózis feltétlenül kétségeket szül, mindig bizonytalan, hogy vajon melyik út lehet a könnyörületesebb: a folytatás vagy az elvétel. Az „élettel összeegyeztethetetlen”, a „halálos magzati rendellenesség” nem orvosi terminológia, a „halálos” szubjektív értékítélet a magzat várható élettartamáról, életminőségéről, mely lehet önbeteljesítő. Soha nem lehet előre tudni pontosan, hogy mennyi a gyermek élete, mindannyian meghalunk, és pár perc élet éppoly értékes, mint 50-60 életévnyi.⁸⁵

XIII. A hospice-gondozási filozófia⁸⁶ egyben intézmény (hospice-ház), a hospice „identitás” szerint

A gondozás életigenlő, a haldoklást természetes folyamatnak tekinti, sem siettetni, sem későbbi időpontra tenni nem kívánja a halál beálltát (utalva a WHO definíciójára), kizárja az asszisztált öngyilkosságot és az eutanáziát. E körbe tartozhat a hasztalan (hiábavaló) kezelés megszüntetése, el sem kezdése és a terminális szedáció, amely szedatív gyógyszerek (midazolam, propofol, esketamin)⁸⁷ alkalmazása a türheterlen és kezelhetetlen kínok csökkentésére a beteg tudatának redukálása által. A folyamatos mély szedálás csak abban az esetben elfogadható, ha a beteg szenvedése egyéb módon nem csillapítható, ha a halál néhány órán vagy néhány napon belül várható, ha a betegnek ez kifejezett óhaja, illetve ha életvégi katasztrofális esemény (masszív vérzés, fulladás) következik be.⁸⁸

A valódi nehézséggel akkor szembesülünk, amikor tudomást szerzünk arról, hogy vannak olyan palliatív ellátást nyújtó szakemberek, akik azt az álláspontot képviselik, hogy például az eutanázia a megfelelően magas színvonalú palliatív ellátás integráns része, vagy hogy van olyan hospice, ahol a személyzet segítséget nyújt ahhoz, hogy a beteg a saját kezével véget tudjon vetni az életének (e helyütt Bernheimre utalva). Az egyesek számára esetleg magától értetődő álláspontok magától értetődő jellege válik itt kérdésessé.⁸⁹

⁸⁴ Doesn't hospice mean giving up and losing hope? Uo.

⁸⁵ What if the doctor says my baby is incompatible with life? „Terms such as »incompatible with life« and »fatal fetal abnormalities« are not defined medical terms.” Uo.

⁸⁶ KÓMÚVES: A modern hospice. 42. o.

⁸⁷ WILLEMS-VERHAGEN-WIJLICK: Infants' Best Interests in End-of-life Care for Newborns. Treatment of Symptoms at the EoL. „Palliative sedation, the intentional and proportional lowering of consciousness in a patient who has otherwise intractable symptoms, may be an appropriate way to relieve the suffering of a dying newborn. It is a solution of the last resort. The drug of choice is midazolam, sometimes combined with propofol or esketamin. Dosages for very young children are unknown, but should be increased until the symptoms subside.” (Holland értelmezésben!)

⁸⁸ HEGEDŰS: A hospice és palliatív ellátás, mint az eutanázia alternatívája. 162–163. o.

⁸⁹ KÓMÚVES: A modern hospice. 10. o.

Kömüves Sándor fogalmi heterogenitásról, jelentésszóródásról számol be a „palliatív ellátás” társadalmi fogalmánál. A Cicely Saunders szellemi hagyatéka áttekintésére, interpretálására és felidézésére törekvő tanulmánya szerint: az 1980-as évektől Angliában a palliatív medicina már önálló orvostudományi szakág (a Saunderst személyesen ismerő orvosok ekkor alapítják a Palliatív Medicina Szövetségét, majd 1993-ban megjelenik az *Oxford Textbook of Palliative Medicine* első száma).⁹⁰

„A palliatív gondozás (palliative care) az a szemléletmód, mely az életet veszélyeztető betegséggel kapcsolatos problémákkal szembesülő betegek, illetve családjaik életminőségét kívánja javítani a szenvedés megelőzésével, annak enyhítésével a korai felismerés és alapos kivizsgálás eszközeivel, valamint a fájdalom és más egyéb fizikai, pszichikai, pszicho szociális és spirituális problémák kezelésével.”⁹¹ A *care* szót Kömüves *ellátásról gondozásra* cseréli, mellyel lehetőség nyílik a Saunders-féle hagyomány felelevenítésére, sajátos szemléletmódja hangsúlyozására, mely nem redukálódhat egy vagy néhány diszciplína eszköztárára: gondozásról van szó, nem pusztán ellátásról. E mélyen megalapozott gondozás igényéből fakad az eszközök folyamatos keresése, mely nyitottság csak annak lehet a sajátja, aki széles műveltsége következtében olyan határokat érzékel, melyekről tudja, hogy mesterségesek, azokat – szükség szerint – újra lehet és újra kell gondolni. A „végső valóság” tanulmányozása kikerülhetetlen: gyakorlati cselekvést orientáló morális alapelveink ontológiai álláspontjainkban gyökereznek, abban például, hogy mit gondolunk magáról az emberről, annak sajátosságairól, szükségleteiről, az egymás közötti viszonyainkról, a lét értelméről, milyenek metafizikai alaptételeink.⁹²

„Nem mi mondhatjuk azt meg, hogy a szenvedés hiábavaló, vagy hogy a beteg már nem tehet semmit, nem tanulhat semmit ebben az életben. Az ember nem mestere és birtoklója testének és létezésének. Nem vagyunk abban a helyzetben, hogy tudhassuk: egy haldokló találhat-e megnyugvást és békét az utolsó napjaiban.”⁹³

XIV. A gyermekgyógyászati palliatív ellátás európai standardjai: IMPaCCT⁹⁴

Jó néhány európai ország (Hollandia nem), Kanada és az Egyesült Államok képviselőjében mindösszesen 18 fő⁹⁵ összegezte a gyermek palliatív ellátás (*care*) alapjait

⁹⁰ Uo. 41. o.

⁹¹ SEPÜLVEDA, Cecília – MARLIN, Amanda – YOSHIDA, Tokuo – ULLRICH, Andreas: Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*, 24. (2002) 2., 91–96. o., doi: 10.1016/s0885-3924(02)00440-2. (letöltve: 2020.07.20.)

⁹² KÖMÜVES: A modern hospice. 44–46. o.

⁹³ Uo. 36. o.

⁹⁴ *Standards for Paediatric Palliative Care in Europe*. Trento, 2006.

⁹⁵ Olaszországból 6 fő; Libanonból 1 fő; az USA-ból 3 fő; az Egyesült Királyságból 1 fő; Szlovákiából, Kanadából, Görögországból, Franciaországból, Németországból 1 fő; Írországból 2 fő.

(IMPaCCT). A palliatív ellátás négy kategóriába tartozó (rendkívül sokféle) betegségszoport⁹⁶ valamelyikének diagnosztizálásakor veszi kezdetét attól függetlenül, hogy a gyermek részesül-e kuratív kezelésben. Olyan ellátási forma, amit a beteg gyermek a gyógyító kezelés és az életet hosszabbító kezelés ideje alatt egyaránt, mindvégig igénybe vehet; e felfogás szerint annak része (lehet) a *hospice*-ellátás, de a beteg meg is gyógyulhat.⁹⁷ A gyermek teste, lelke és szelleme aktív, teljes gondozását jelenti, ideértve a hozzátartozói (gondozói) támogatást is. Az ellátás egysége a család (a gyermek gondozói), mert célja a gyermek és hozzátartozói életminőségének javítása rendkívül nehéz élethelyzetükben. Az ellátó multidiszciplináris teamnek (nemcsak az egészségügyi ellátó személyzetnek) folyamatosan és ismételtelen fel kell mérnie a gyermek (és hozzátartozói) fizikai, pszichológiai, szociális és spirituális terhelésének (totális fájdalomnak) mértékét, és enyhíteni kell azt a lehetséges mértékben.

Az IMPaCCT fájdalomterápia alapelvei (kifejezetten a holland szabályozástól való különbözőségekre koncentrálva a figyelmet):⁹⁸ kerülendő a szükségtelen fájdalmas beavatkozás, az egyes beavatkozásokkal együtt járó fájdalomra előre fel kell készülni, azt aktívan kezelni kell. A WHO analgetikus létra-szemlélete⁹⁹ alkalmazandó, a fájdalom patofiziológiájának, intenzitásának megfelelően a 3. lépcsőfoktól is indítható a kezelés. A megfelelő dózisú fájdalomcsillapítót rendszeres időközönként kell adagolni, áttörési fájdalom¹⁰⁰ kezelésére szükség szerint további dózis(ok) adandó(k). Elégséges dózis és megfelelő gyógyszerformula (lassú felszabadulású készítmény vagy folyamatos infúzió) választandó, hogy a gyermek és hozzátartozói átaludhassák az éjszakát. Az a megfelelő ópiát dózis, amely hatékonyan csillapítja a fájdalmat. Az életet korlátozó vagy életet veszélyeztető betegségben szenvedő gyermekek ópiát alapú

⁹⁶ Az érintett négy betegségszoport, a palliatív ellátásra szoruló gyerekek: (1) Életet veszélyeztető állapot, melyben a kuratív kezelés eredményes és sikertelen is lehet, a palliatív ellátás igénybevétele a kuratív kezelés megkísérlése mellett és/vagy annak sikertelensége esetén szükségessé válhat. (2) Ha az idő előtti halál elkerülhetetlen, és sor kerülhet az élet meghosszabbítását, a normál tevékenységekben való részvétel elősegítését célzó hosszán tartó intenzív kezelésre. (3) Progresszív állapotok kuratív kezelési lehetőség nélkül. (4) Irreverzibilis, de nem progresszív állapotok komplex egészségügyi ellátási igénnyel. BENVÓ GÁBOR – RÉVÉSZ Renáta Liliana – KRÁLIK ISTVÁNNÉ: A Tábítha Gyermekhospice Ház működésének bemutatása és esetismertetés. *Kharón*, 21. (2017) 2., 1–16. o.

⁹⁷ BENVÓ GÁBOR: A gyermek hospice-palliatív ellátás 7 éve Magyarországon című előadása nyomán, mely a Tábítha Ház 2019. tavaszi önkéntesképzésén hangzott el.

⁹⁸ IMPaCCT. A gyermekgyógyászati palliatív ellátás európai standardjai. *Kharón*, 11. (2007) 3–4., 11–27. o. BÍRÓ Zsuzsanna fordításában. https://www.icpcn.org/downloads/IMPaCCT_Hungarian.pdf (letöltve: 2020.07.20.).

⁹⁹ A gyógyszeres fájdalomcsillapítókat a WHO ún. háromlépcsős létrája hatásereőség szerint három csoportba sorolja: (1) nem-szteroid gyulladáscsökkentő gyógyszerek; (2) gyenge opioidok; (3) erős opioidok.

¹⁰⁰ Mi az az áttöréses fájdalom a daganatos betegeknél, és hogyan csillapítható? „Áttöréses fájdalomnak azt nevezzük, amikor a jól beállított fájdalomcsillapító kezelés ellenére váratlanul nagy fájdalom tör rá a betegre. Az áttörő fájdalom gyorsan erősödik, néhány perc alatt kialakulhat, s akár több órán keresztül is fennállhat. Kiválthatja egy mozdulat, helyzetváltozás, de külső ok nélkül, spontán is kialakulhat, előre megjósolhatatlan, hogy bekövetkezik-e, s ha igen, mikor – gyakorlatilag tehát a nap bármely szakában vagy bármely élethelyzetben megjelenhet, s a fájdalom bármely testrészt érintheti. Az intenzív fájdalom kiszámíthatatlansága nagy fizikai és lelki megterhelés, hozzájárul a beteg elszigetelődéséhez, növeli a szorongást, a kiszolgáltatottság érzését.” *Rákgyógyítás.hu*, 2016.12.05., <http://rakgyogyitas.hu/mi-az-az-attoreses-fajdalom-a-daganatos-betegeknel-es-hogyan-csillapithato/> (letöltve: 2020.07.20.).

fájdalomterápiája nem eredményez függőséget, azonban fizikai hozzászokáshoz vezethet. Amennyiben a dózis csökkentése szükséges, úgy lassú dóziscsökkentés javasolt. A nem gyógyszeres terápiák is a fájdalomkezelés integráns részét képezik.¹⁰¹

XV. Gyermekgyógyászati palliatív ellátás a magyar jogi szabályozásban¹⁰²

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az alábbiak szerint definiálja a gyermekgyógyászati palliatív ellátást:

Olyan egészségügyi ellátási forma, melyben a krónikus komplex állapotokban levő, vagy gyógyíthatatlan, életet megrövidítő betegségekben vagy terminális állapotban lévő, ezen betegségek végső stádiumába került gyermek betegek fájdalmainak és egyéb kínzó tüneteinek megszüntetése vagy csökkentése, a gyermek betegek életminőségének javítása, a családtagok, gyászolók támogatása történik multidiszciplináris ellátó csoport segítségével.

Nyomban megjegyezzük, hogy a magyar jogi háttér nem emeli ki azt az „IMPaCCT-karaktert”, miszerint a palliatív ellátás már az életet veszélyeztető diagnózis kinyilvánításakor elindul, amikor kuratív kezelésre kerül sor, amely eredményes is lehet.

Annak négy formája (a rendeletben rögzített minimumfeltételekkel): (1) palliatív mobil csoport (*mobil team*); (2) palliatív terápiás osztály (idetartozó a hospice-ház külön deklarált minimumfeltételekkel); (3) járóbeteg-szakellátás és otthoni gyermekhospice-palliatív gondozás.¹⁰³

A mobil team konzultatív szakellátó csoport, fekvőbeteg-intézmények különböző osztályain kezelt gyermekek ápolása során működik közre a palliatív ellátási szempontok érvényesítésére.¹⁰⁴ 2012-ben a Madarász Utcai Gyermekkorház létrehozott egy

¹⁰¹ Például szívhang-, zeneterápia, táplálási és nem táplálási célú szopás, pólyálás, érintés, kengurumódszer. ANDREK Andrea: A fájdalom és csillapításának nem gyógyszeres lehetőségei a neonatológiai intenzív ellátásban. *Lege Artis Medicinae*, 21. (2011) 1., <https://elitmed.hu/kiadvanyaink/lege-artis-medicinae/a-fajdalom-es-csillapitanak-nem-gyogyszeres-lehetosegei-a-neonatologiai-intenziv-ellatasban> (letöltve: 2020.07.20.).

¹⁰² Gyermek palliatív ellátás szakmakód: 7310.

¹⁰³ A rendelet szerint számozatlanul hagyva.

¹⁰⁴ I. Palliatív mobil csoport (mobil team): „Fekvőbeteg intézményen belül végzett olyan szakellátás, melynek célja a különböző osztályokon kezelt, a krónikus komplex állapotokban levő, vagy gyógyíthatatlan, életet megrövidítő betegségekben szenvedő vagy azok terminális állapotában lévő gyermek betegek ellátásának segítése, a palliatív ellátási szempontok érvényesítése. Feladata: Szakmai segítségnyújtás a krónikus komplex állapotokban levő, vagy gyógyíthatatlan, életet megrövidítő betegségekben vagy a terminális állapotú, ezen betegségek végső stádiumába került gyermek betegek és családtagjaik számára erre kiképzett, interdiszciplináris csoport segítségével, szakmai, konzultatív segítségnyújtás a kórház személyzete számára.”

palliatív mobil csoportot, amely ma nem működik, „bár a kezdeményezés hiánypótló lett volna”.¹⁰⁵

A palliatív terápiás osztály fekvőbeteg-ellátást nyújtó szolgáltatónál szervezett önálló palliatív osztály a kórházban kezelt végstádiumú gyermekbetegek életvégi tünet- és fájdalom-menedzselésére¹⁰⁶ és családtagjaik támogatására.¹⁰⁷ A Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkórházában 1996 és 2005 között működött Gyermek Onkohematológiai és Hospice Részleg a kórházi palliatív ellátási modellt valósította meg.¹⁰⁸ E kategóriába tartozó a gyermekhospice-ház is részben ugyanazon feladatkörrel,¹⁰⁹ mely radiológiai kontrollt igénylő beavatkozást nem végezhet, mentesítő és tranzitellátást nyújthat.¹¹⁰

A járóbeteg-szakellátás funkciója (értelmezésünkben) elsősorban a további ellátási formákról tájékoztatás nyújtása az érintetteknek.

A preferált *hospice* ellátási forma: az otthoni *hospice* gondozás, amely a krónikus komplex állapotokban levő vagy gyógyíthatatlan betegségben szenvedő, illetve azok végstádiumába került gyermekkorú betegeknek nyújtható.¹¹¹ A Pécsi Tudományegyetem Gyermekklinika Onkohematológiai Osztályán kezelt daganatos és leukémiás gyermekek otthonápolását hivatott támogatni az Eurakvilo Gyermekonkológiai és Gyermekhospice Közhasznú Alapítvány 2011-től.¹¹²

Az ellátás visszautasítása jogának (mely a leginkább vitatott magyar jogszabályhely, és ezért említjük meg): az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás

¹⁰⁵ BENYÓ Gábor: A gyermekhospice Magyarországon. *Kharón*, 18. (2014) 1., 27–30. o.

¹⁰⁶ Eütv. 99. § (2) bekezdés: „...a beteg jogosult fájdalomának csillapítására, testi tüneteinek és lelki szenvedéseinek enyhítésére, valamint arra, hogy hozzátartozói és a vele szoros érzelmi kapcsolatban álló más személyek mellette tartózkodjanak.”

¹⁰⁷ Eütv. 99. § (4) bekezdés: „A hospice ellátás magában foglalja a haldokló beteg hozzátartozóinak segítségét a beteg ápolásában, továbbá lelki gondozásukat a betegség fennállása alatt és a gyász időszakában.” „A gyermek palliatív osztály feladata a krónikus komplex állapotokban levő, vagy gyógyíthatatlan, életet megrövidítő betegségben szenvedő, illetve azok végstádiumába került gyermekbetegek kórházi körülmények között történő ellátása, kínzó tüneteinek, fájdalmainak enyhítése és tünetmenedzselése, ideértve a radiológiai kontrollt igénylő kisebb sebészeti beavatkozások (például mellkas-, has csapolás, ganglion-blokád) végzését is. Feladata továbbá a kórházi kezelésben részesülő végstádiumú gyermekbetegek életvégi tünet- és fájdalom-menedzselése és a családtagok támogatása.”

¹⁰⁸ BENYÓ: A gyermekhospice Magyarországon.

¹⁰⁹ „A gyermek hospice ház feladata a krónikus komplex állapotokban lévő, vagy gyógyíthatatlan, életet megrövidítő betegségben szenvedő gyermekbetegek kínzó tüneteinek, fájdalmainak enyhítése és tünetmenedzselése.”

¹¹⁰ Lásd később.

¹¹¹ Eütv. 99. § (3) bekezdés: „A hospice ellátást lehetőség szerint a beteg otthonában, családja körében kell nyújtani.”

¹¹² Lásd eurakvilo.com/hu (letöltve: 2020.07.20.).

visszautasításának¹¹³ nincs gyakorlati jelentősége: e jogszabályhely gyermekekre szabott szakasza egyszer sem került alkalmazásra,¹¹⁴ de volt olyan helyzet, amikor indokolt lett volna.¹¹⁵

XVI. A „Janus-arcú” Tábita Ház:¹¹⁶ Életet adni az élet végén – Hogy legyen mindig segítség

2011-től fogad gyermekeket Magyarország jelenleg (2019 áprilisában) egyetlen gyermekhospice háza, mely az IMPaCCT szerinti szemléletben működik. Mentésítő,¹¹⁷ tranzit,¹¹⁸ nappali¹¹⁹ és a prioritást kapó terminális állapotú gyermekek életvégi ellátásával (ellátási formák) segíti a betegeket és családjukat térítésmentesen. A gondozó családtagok (szülők, testvérek), nem családtag gondozók gyászában is támogatást nyújt. Az életvégi ellátásra más szinten lévő külön apartman áll rendelkezésre az érintett egész család részére.

61† gyermek életét segítették, kísérték a végéig (2019 áprilisáig). A legnagyobb ajándék, amit a multidiszciplináris csapat adhat a családnak a haldoklás alatt, az a szerepettszemély fájdalom- és szenvedésmentessége. A diagnózis és az utolsó órák emléke örökre belénk ég, a maradék életünk része marad.¹²⁰ Az számít, hogy az adott idővel mit kezdünk, mindannyian meghalunk, csak „ők” korábban, „beláthatóbb” időn belül. Mit akarhat egy halálosan beteg gyerek? Lehet, hogy már nincs módja elmondani. Biztosan

¹¹³ Eütv. 20. § (3) bekezdés: 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. Az életfenntartó, illetve életmentő beavatkozás visszautasítása a (2) bekezdés szerinti alaki előírások betartásával történhet. Eütv. 21. § (2)–(4) bekezdés: Ha cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes kiskorú beteg esetében a 20. § (3) bekezdés szerint az ellátás visszautasítására kerül sor, az egészségügyi szolgáltató az illetékes járásbíróshoz kérelmet nyújt be a (szülői felügyeleti) beleegyezés pótlására. A kezelőorvos a soron kívüli nemperes eljárásban hozott jogerős bírósági határozat meghozataláig jogosult egyben köteles a gyermek beteg egészségi állapota által indokolt ellátásokat foganatosítani, és közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozásokhoz (utólagos) nyilatkozat pótlására sincs szükség. (Nem teljes hivatkozás.)

¹¹⁴ Az Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, Esélyegyenlőségi és Gyermejjogi Főosztály által foganatosított adatgyűjtése alapján.

¹¹⁵ „A kezelő orvos nem tudta a gyermeket megfelelően ellátni, a fájdalmakat csillapítani, hiszen a mama nem egyezett bele a vénás morfium adásába.” FÖLDES ENIKŐ – HAUSER PÉTER – GARAMI MIKLÓS: „Míg a halál el nem választ” Esetbemutató. *Kharón*, 6. (2002) 3., 23–31. o.

¹¹⁶ Lásd tabitha.hu/ (letöltve: 2020.07.20.).

¹¹⁷ Mentésítő ellátás: a teljes ellátást igénylő, súlyos, krónikus beteg gondozása alól mentesíti a családot.

¹¹⁸ Tranzit, azaz otthoni adaptáció: súlyos, krónikus beteg kórházból való hazaadásának megkönnyítésére.

¹¹⁹ Nappali ellátás: súlyos, krónikus beteg napközbeni, pár órás ápolása.

¹²⁰ 2019. tavaszi önkéntesképzés, Tábita Ház. Benyó Gábor előadása alapján.

fájdalommentesen lenni, és talán néhány boldog pillanatot, életélményt, valamennyi figyelmet épp tőlünk.¹²¹

A kapun belül hirtelen beszűkül, nyomban besűrűsödik az élet. A tétovázó, helyét a forgatagban nem nagyon találó ráatalál – kétségeken felüli – valódi lényegére önmagában, talán tisztábban lát már. Hogy lehet, mit jelent az, hogy van, aki szórakoztatni jár ide, van, aki szolgálni, van, aki csak kívül tud maradni, és támogatni, végül van, aki inkább nem is akar erről semmit sem tudni?!¹²²

XVII. Az anya szava¹²³

Megint a nemrég született gyermek ágya előtt állok. Tökéletes csecsemőteste van, a feje más, nevezzük most másnak. Gondozói azt javasolják, hogy ne képzeljük el Őt épen, betegsége nélkül, fogadjuk el olyannak, amilyen valójában, így vigyázunk magunkra is. Fogja néhány ujjamat, közben azon gondolkodom, miért is próbálom Őt spontán, feltétlenül elképzelni egészségesen. Az erre irányuló belső késztetésem roppant erős, szinte erőszakos, mintha erre lennék hipnotizálva, de úgy tűnik, nem elég jól, mert mégsem jelenik meg előttem a betegsége nélkül. Hátha ez azt jelenti, hogy el tudom jelen állapotában fogadni. Milyen Ő valójában? Az a személyes benyomásom, hogy ezt senki sem tudja.

Máshol, rajta kívül álló harmadik személyek (amilyen én is vagyok) élete minőségéről gondolkodnának kompetensnek tekintve magukat arra, hogy ezt mérlegeljék, mert az Ő betegsége is az egyik olyan betegség: a minőségi étellel teljesen összeegyeztethetetlen, külszöbölhetetlen, de szerintem az élet inkább valamilyen.

Mi kívülállók, azt sem tudjuk, lát-e, hall-e bennünket, mit észlelhet a körülötte buzgó világból, senki sem tudja, hogyan éli meg biztosan igen rövid életét sérült testében. Nem tudni mit érez, mit gondol velem kapcsolatban, miközben reflexszerűen szorítja az ujjam. Azt látom, hogy elviselhetetlen fájdalmai jelenleg nincsenek, meglévő fájdalmai megfelelően enyhítettek a palliatív ellátással, és anyai személyiségem is elégedett a helyzetével: jelenleg igen jó külső körülmények között éli saját életét szerető közegben. Maradjon is így a végig, orvosa járjon sikerrel!

¹²¹ Bánfi Róbert Élményszerző önkéntesség című előadása alapján.

¹²² A szerző Tábita Házban tett látogatásai alkalmával megélt személyes benyomásai: a kívülálló csak a saját halálfélelmét érzékeli, a „bennfentesekét” nem, feltételezzük, hogy az a háttérbe szorul, amíg a beteg gyermek él.

¹²³ Önkéntesjelöltként megélt személyes élmény.

Számomra Ő maga az élet és egyben halál kifürkészhetetlensége. Úgy vélem, ez az oka annak, hogy nem látom Őt magam előtt ép, teljes testtel, csak éppen úgy, ahogy van.

XVIII. A valóság elfogadására nyitott jelenlét¹²⁴

Mit gondolhat a nem érintett olvasó a jelen tanulmányról: számára melyik út az „inkább” vagy az elfogadható? És vajon mit osztana meg velünk, a (még) járatlanokkal az érintett olvasó arra tekintettel, hogy az élet senkit sem mentesít? De ezáltal lehet, hogy jutunk valamire: már mások vagyunk, mi is változunk, majd „az élet tovább gurul”.

Ahogy említettük, nekünk az emberi természetünkéből fakadó *in extremis* erős tevési kényszerrel gondunk van: minél gyorsabban túlesni, irányítani akarni, időzíteni élet, halál kiismerhetetlennek mutakozó határzónájában, hogy legyen könnyebb a szenvedésekkel teli életünk és annak a vége. Kifejezetten a számunkra „a bármilyen lehetőségét” magában rejtő élet kifürkészhetetlenségére tekintettel utasítjuk el a kívánatra ölést jelen (irgalmas) helyzetünkben, melyet az alábbiak szerint kísérünk meg körülírni a mások segítségével:

„Az isten szerelmére, Isten tenyerén ülünk, érhetnek meglepetések, talán hirtelen eltűnők, nem sejtetem, hogy lesz.”¹²⁵

Vagy: „A lélek feltevése egyáltalán nem nyújtja azt, amit általa elérni kívánnak. Megoldódna egyáltalán bármiféle rejtély azáltal, hogy örökké életben maradunk? A jelenlegi lét nem éppen annyira rejtélyes, mint az öröklét?”¹²⁶

Végül: „Mindegyikünk tudja, hogy hús-vér ember, anyagi lény, alá van vetve a fiziológia meg a fizika törvényeinek, és minden érzésünk együttes ereje sem harcolhat ezekkel [...], csak gyűlölni őket. [...] De tetteinknek mégiscsak volt (van) valami célja. Igaz, ebben sem vagyok egészen biztos. Ám, ha (önként) elmegyek innét, végképp lemondok arról a talán csekély, talán csak a képzeletben létező lehetőségről, amit a jövő rejteget (számomra). [...] Nem tudok semmit, de rendíthetetlenül hiszem, hogy a kegyetlen csodák ideje nem múlt el.”¹²⁷

¹²⁴ MOLNÁR Cecília Sarolta: Miért nehéz és miért könnyű gyermekhospice-önkéntesnek lenni? *Kharón*, 20. (2016) 2., 31–37. o. tanulmánya alapján.

¹²⁵ VAMOS Miklós: *Az isten szerelmére. Hogy volt. Írhatnám polgár*. Budapest, 2019. 12. o.

¹²⁶ WITTGENSTEIN: *Tractatus*. Idézi GÁSPÁR László Ervin: Az elmondható határán. Thanatológiai közelítés Ludwig Wittgenstein filozófiájához. *Kharón*, 21. (2017) 2., 31–40. o.

¹²⁷ LEM, Stanislaw: *Solaris*. Bukarest, 1977.

SZEBIK Imre*

Újra kell-e definiálnunk az agyhalál fogalmát a *McMath*-eset tükrében?

I. Jahi McMath

2013-ban agyhalottnak diagnosztizáltak egy tizenhárom éves leányt Kaliforniában, de édesanyja nem fogadta el a diagnózist, s leányát New Jersey-be szállítottatta; 2018-ban itt ismét megállapították, hogy meghalt. A világszerte nagy visszhangot kiváltó eset kapcsán sokan felkapták a fejüket, vajon hogyan lehetséges ez? Tévesen diagnosztizálták volna a páciens Kaliforniában? Lehetséges, hogy nem megfelelőek az agyhalál diagnózisának kritériumai, emiatt „élő” páciens tévesen halottnak gondolnak? A dilemma ugyan első látásra orvosi, neurológiai kérdésnek tűnik, de tekintettel arra, hogy az agyhalál megállapítása kapcsán általánosságban is számtalan etikai és társadalmi kérdés merül fel, esetünk szélesebb érdeklődésre tarthat számot. Különösen fontos ez a kérdés, hiszen az agyhalál diagnózisát követően számos halottból távolítanak el szerveket átültetés céljából, s amennyiben az agyhalál megállapításának eljárása pontatlan, akkor a társadalmi bizalom joggal rendülhet meg, s a halottból történő donáció intézménye is veszélybe kerülhet.

II. A halál definíciói

Közismert, hogy a 20. század közepéig a halált alapvetően a keringési, légzési szervrendszerek leállításával és neurológiai kritériumok alapján definiálták, azaz a személy akkor számított halottnak, ha nem reagált külső ingerekre, és nem volt pulzusa, sem spontán légzése.¹ A lélegeztetőgépek megjelenése és elterjedése azonban alapvetően változtatta meg a halállal, haldoklással kapcsolatos attitűdjeinket, ugyanis sokan tartottak attól, hogy a hetekig, hónapokig, esetenként évekig tartó intenzív osztályon történő gépi lélegeztetés csak a kommunikációra teljesen képtelen betegek szenvedéseinek

* SZEBIK Imre egyetemi docens, Semmelweis Egyetem

¹ TRUOG, Robert D. – BERLINGER, Nancy – ZACHARIAS, Rachel L. – SOLOMON, Mildred Z.: Brain Death at Fifty: Exploring Consensus, Controversy, and Contexts. *Defining Death: Organ Transplantation and the Fifty-Year Legacy of the Harvard Report on Brain Death, special report. Hastings Center Report*, 48. (2018) 6., 2–5. o., <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hast.942> (letöltve: 2020.07.20.).

meghosszabbítását jelenti, miközben az intenzív osztályos kezelés költsége jelentős. A szervtranszplantáció lehetőségeinek folyamatos fejlődése is motivációs tényezőként hatott arra, hogy az irreverzibilis és nagymértékű agykárosodást szenvedettek esetében találjunk egy olyan kritériumrendszert, amely biztosítja azt, hogy nem történhet meg még megmenthető betegek halottá nyilvánítása, ugyanakkor a „biztosan” menthetetlen páciensek szervei (vese, szív, tüdő, máj) más, súlyos betegségben szenvedő, esetenként már haldokló embereknek segíthessenek a gyógyulásban.

Ez a kritériumrendszer az agyhalál definíciójának bevezetésében öltött testet. Tudományos ismereteink jelenlegi állása alapján úgy gondoljuk, hogy az emberi személy egyedisége, kommunikációs képessége alapvetően a központi idegrendszerhez, az agyhoz kapcsolódik, ezért az agy halála az emberi személy halálát is jelenti, noha agyhalott páciensek számos biológiai funkciója működőképes marad, például életfenntartó kezelés esetén az immunrendszer képes a fertőzések ellen küzdeni, a vese- és májfunkciók is kiválóan működhetnek, s a várandós anya (teste) még magzatát is képes életben tartani. Láthatjuk, hogy a halál definíciója, megállapítása valójában egy társadalmi konstrukció, ami emberi szubjektív döntésen alapul.²

A mérföldkőnek számító, s 1968-ban a Harvard *Brain Death*-jelentésben megfogalmazott egész agyhalál-konceptió szerint halott az a páciens, aki eszméletlen, akinél a kulcsfontosságú agytörzsi funkciók permanensen és visszafordíthatatlanul hiányoznak, és nincs spontán légzése. Esetünk szempontjából fontos hangsúlyoznunk, hogy az agyhalál diagnózisakor az agy egyes neuronjai nem feltétlenül pusztultak el, bár az agy egészének működése visszafordíthatatlanul megszűnt, ugyanakkor gerincvelői reflexek épek maradhatnak.

A sajtó több esetben számolt be agyhalottnak diagnosztizált ember csodás visszatéréséről, de ezek a beszámolók tudományos értelemben nem voltak bizonyíthatóak.³

A magyar jogrendszer is az általános nemzetközi gyakorlatnak megfelelően definiálja az agyhalált és annak megállapítását.^{4,5}

III. Mi történt Jahi McMath műtété után?

2013. december 3-án az alvászavarától eltekintve egészséges Jahi McMath-t obstruktív alvási *apnoe* miatt műtötték, egy kaliforniai gyermekkórházban uvulaplasztikát

² Uo.

³ TRUOG, Robert D.: Lessons from the Case of Jahi McMath. Defining Death: Organ Transplantation and the Fifty-Year Legacy of the Harvard Report on Brain Death, special report. *Hastings Center Report*, 48. (2018) 6., 70–73. o., <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hast.961> (letöltve: 2020.07.20.).

⁴ 1997. évi CLIV. törvény 202. és 216. §.

⁵ 18/1998. (XII. 27.) EüM rendelet 2. sz. melléklet.

végeztek rajta. A sikeres műtétet követően vérzéses szövődmény lépett fel, a vérvesztés olyan jelentős volt, hogy a kislány szíve megállt, a sikeres reanimációt követően súlyos agyi hypoxiás károsodást állapítottak meg nála. A két nappal ezt követően elvégzett EEG-vizsgálat az agyhalálnak megfelelő képet mutatott, ezt a diagnózist a rákövetkező nap egy másik orvos is megerősítette, és december 12-én a pácienszt hivatalosan is agyhalottnak minősítették.

A kezelőorvosok a családnak kegyeleti okok miatt adott három nap haladék után a mesterséges lélegeztetés leállítását kezdeményezték, a családtagok azonban ezt a döntést nem fogadták el, és ügyvédhez fordultak. Ezt követően egy másik kórházban dolgozó neurológus tesztelte a páciens/holttest agyi vérkeringését, és megerősítette az agyhalál diagnózisát.

Jahi McMath családja nem fogadta el ezt a diagnózist, s a kórházzal történt egyezkedést követően szokatlan kompromisszumos megoldásként a kórház kiadta a pácienszt (a holttestét) a családnak, a holttest kiadásáig azonban a kórházban folytatták a lélegeztetést és az intravénás folyadékpótlást. 2014. január 3-án – 2013. december 12-i dátummal – Kaliforniában kiállították a páciens halotti bizonyítványát. A kislányt ezt követően az USA-beli New Jersey államba szállították. Ebben az államban biztosítják a szülőknek azt a jogot, hogy világnézeti alapon elutasíthassák az agyhalál diagnózisát, és biztosítják az ilyen páciensek kezelésének finanszírozását is. A kislány kórházi kezelését követően egy lakásban ápolták, géppel lélegeztették, szondán át táplálták. A kislány testhosszának növekedése folytatódott, majd menstruációja is elkezdődött, s viszonylag stabilnak mondható állapotban volt 2018-ig. Ekkor azonban ismeretlen eredetű vérzés és májelégtelenség miatt hasi feltárási műtétet végeztek, s a további szükségessé váló műtéteket a kislány édesanyja már nem vállalta, s családja körében engedték a kislányt „elmenni”. New Jersey-ben is kiállítottak egy halotti bizonyítványt 2018-ban, tehát csaknem öt évvel a kaliforniai után.

Hogyan történhetett meg mindez, szabad-e egy holttestet csaknem öt éven át lélegeztetni, ápolni pusztán azért, mert a szülők nem fogadják el az egyébként mind az USA-ban, mind Magyarországon társadalmi konszenzust élvező agyhalál-diagnózist? A holttest megbecstelenítéseként, esetleg kóros gyászreakcióként értelmezhetjük vajon a család tettét? Ismert, hogy terhesség kihordása miatt lélegeztettek, és egyéb módon is kezelték holttestet, de esetünkben nyilvánvalóan nem volt ilyen racionális cél. A kérdés fontos etikai és társadalmi szempontokat érint, Jahi McMath helyzetének megítélése azonban nem ilyen egyszerű.

A New Jersey-i időszakban ugyanis több neurológiai vizsgálatot végeztek rajta, részben az interneten is publikussá tett videóval dokumentálva. A kislány anyja szóbeli utasítására megmozgatta kezét és hüvelykujját neurológus jelenlétében. A reakció nem azonnali volt, hanem hosszabb, több másodperces várakozás után volt látható, azonban figyelembe véve a spontán lábmozgások gyakoriságát, a neurológus véleménye szerint egyértelműen ok-okozati összefüggés volt az utasítás és a reakció között.

Több neurológiai lelet is különösnek hat egy agyhalottként diagnosztizált páciens esetében:⁶

1. A 2014 szeptemberében elvégzett MRI-vizsgálat szerint a kiterjedt agykárosodás ellenére a nagyagy és a kisagy anatómiai értelemben vett képletei meglepően jól megtartott állapotban voltak: ismert a „krónikus agyhalott” állapot,⁷ s Jahi McMath esetében az agyi anatómiai struktúrák sokkal megtartottabbak voltak;

2. Az EEG ugyan izoelektromos volt az agyhalál diagnózisának felállításakor, de később detektáltak valamennyi agyi elektromos aktivitást, sőt szívfrekvencia-változást is a páciens anyjának hangja hallatán, ami alapján esetlegesen valamilyen érzelmi reakciót feltételezhetünk.

Ugyanakkor ismert, hogy egy agyhalott esetében semmilyen magasabb idegrendszeri tevékenység nem képzelhető el: az agyi elektromos aktivitás *per definitionem* kizárt, a szóbeli utasítások követése is olyan cortikális funkciókat feltételez, ami agyhalott ember esetében elképzelhetetlen. Ugyanez igaz az emberi hang által kiváltott szívfrekvencia-változás detektálására, miközben a menstruációs ciklus hormonális koordinációjához is feltételezhető a *hypothalamus* valamilyen szintű funkcióinak megőrzöttsége.

Nem feltételezhetjük ugyanakkor azt sem, hogy az agyhalál megállapításakor alkalmazott diagnosztikus eljárások alkalmával tévedtek volna, a három egymástól függetlenül elvégzett teszt eredményei utánkövethetőek, dokumentáltak.

IV. Mivel magyarázhatóak e paradox jelenségek?

A gyermeket megvizsgáló neurológus arra a következtetésre jutott, hogy bár az agyhalál megállapításakor a diagnózis egyértelmű és helyes volt, Jahi Mcmath állapota New Jersey-i halála előtt 2018-ban nem merítette ki az agyhalál kritériumait.⁸ Úgy tűnik, hogy az agyhalottként diagnosztizált páciens később a „minimally conscious state”^{9,10} azaz minimálisan tudatos állapotban lehetett, amennyiben a szóbeli utasításra adott motoros választ tudatos válasznak értékeljük, nem spontán *mioklonos* gerincvelői reflex miatti mozgásnak.

⁶ SHEWMON, D. Alan: The Case of Jahi McMath: A Neurologist's View. Defining Death: Organ Transplantation and the Fifty-Year Legacy of the Harvard Report on Brain Death, special report. *Hastings Center Report*, 48. (2018) 6., 74–76. o., <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hast.962> (letöltve: 2020.07.20.).

⁷ SHEWMON, D. Alan: Chronic „brain death”. *Neurology*, 51. (1998) 6., 1538–1545. o.

⁸ SHEWMON: The Case of Jahi McMath... 74–76. o.

⁹ TRUOG: Lessons from the Case of Jahi McMath. 70–73. o.

¹⁰ CRANFORD, R. E.: What is a minimally conscious state? *The Western Journal of Medicine*, 176. (2002) 2., 129–130. o.

Feltételezhető, hogy az agyi vérátáramlást is *lege artis* végezték, de a 2013 decemberében elvégzett vizsgálatkor a mérési technika esetleg nem volt elég érzékeny ahhoz, hogy a minimálisan meglévő vérkeringést detektálja. Az is lehetséges, hogy volt olyan átmeneti időszak, amikor az agyi vérkeringés valóban leállt, de kismértékű keringés időlegesen létezhetett.¹¹

V. Hogyan értelmezhetjük a történeteket?

Az agyhalál-definíció szerint az agyi funkciók teljes és visszafordíthatatlan megszűnését jelzik, de a teljesen szétesett és lebomlott nekrotikus agyállomány és a funkcióját veszített agyállomány közötti határvonal nagyon éles ugyan, de valamennyire önkényes, s az általunk ismert eddigi esetekben vélhetően pontosan leképezi az élet és halál határát. Jahi McMath esetében azonban úgy vélhetjük, hogy a rendelkezésünkre álló diagnosztikai eljárás során az alkalmazott eszközök nem voltak képesek olyan érzékenységgel tesztelni az agyi folyamatokat, hogy az agykárosodás-reverzibilitást teljes bizonyossággal kizárják. Az akkori diagnosztikai eljárás nem volt eléggé érzékeny annak a minimális agyi funkciómaradványnak a detektálásához, amit feltehetően a legalább időszakosan meglévő részleges és minimális agyi keringés biztosíthatott.

VI. Hogyan érinti az agyhalál definícióját, illetve az agyhalál megállapításának eljárását Jahi McMath esete?

E helyen utólag nem kívánom elemezni azt a nehéz kérdést, hogy a betegség kórlefolyásának ismeretében megérte-e a többéves intenzív kezelés, de talán nem tévedünk nagyot, ha azt állítjuk, hogy az agyhalál diagnózisának felállítása esetlegesen téves lehetett, ugyanakkor a páciens prognózisa mindenképpen rendkívül rossz volt, a leírások alapján annak a valószínűsége, hogy központi idegrendszeri funkciói rehabilitálhatóak lettek volna, a nullához közeli értékű.

Sok, itt nem vizsgálendő etikai kérdés felmerül a szomorú eset kapcsán. Fontos lehet mérlegelnünk, hogy milyen hatással volt a többéves kezelés a család egészére, a páciens testvérére, hogy mennyit érezhetett a páciens, szenvedett-e ez idő alatt. Több igazságossági kérdés is felmerül az eset kapcsán, a páciens mostohaapja ugyanis felvetette, hogy afroamerikai származásuk miatt nem szenteltek az orvosok a kislány

¹¹ SHEWMON: The Case of Jahi McMath... 74–76. o.

állapotának elegendő figyelmet a vérzés fellépése után,¹² illetve hogy a kislány ismert *carotis* artériájának elhelyezkedési anomáliáját esetlegesen nem kellő mértékben vették figyelembe a műtét tervezésekor.

Az agyhalál emocionálisan nagyon megterhelő lehet a szülők számára, különösen olyan esetben, amikor látszólag szinte teljesen egészséges gyermek egy nap alatt meghal, de érzékszerveinkkel a halál nem érzékelhető egyértelműen, hiszen a páciens bőre meleg, rózsaszín, géppel ugyan, de lélegzik, keringése fenntartott. Az agyhalál diagnózisának tagadását az ezt követő fent ismertetett események látszólag igazolták, kérdés, hogy mennyire volt mindez pozitív hatással a páciens és a család életére.

Érdekes azt is megvizsgálni, hogy különböző országok eljárásrendjében az agyhalál megállapítása kapcsán milyen nagy mértékű különbségeket figyelhetünk meg. Van olyan ország, ahol négy orvos szükséges, máshol csak egy, s az obszervációs idő is nagy szórást mutat 0 és 24 óra között, sőt Magyarországon ez az idő csecsemők és másodlagosan agykárosodottak esetében 72 óra.¹³ Vannak országok, ahol megkövetelik az *apnoé-tesztet*, máshol viszont nem.¹⁴

Ezen eljárásbeli különbségek miatt és Jahi McMath esetének ismeretében tanulságul tudományos szempontból azt a kissé közhelyes megállapítást tehetjük, hogy az agyhalál jogosságának filozófiai definícióját az eset nem rendíti meg, de a kritériumok és az eljárás tudományos evidenciákon alapuló folyamatos értékelése és finomítása szükséges ahhoz, hogy minimálisra csökkenthessük az álpozitív diagnózisok valószínűségét, s hogy az agyhalál diagnózisa ne váljon önbeteljesítő jóslattá.¹⁵

¹² GOODWIN, Michele: Revisiting Death: Implicit Bias and the Case of Jahi McMath. Defining Death: Organ Transplantation and the Fifty-Year Legacy of the Harvard Report on Brain Death, special report. *Hastings Center Report*, 48. (2018) 6., 77–80. o., <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hast.963> (letöltve: 2020.07.20.).

¹³ 12/2012. (VIII. 6.) EMMI rendelet 1. melléklet.

¹⁴ JIN, Beatrice: *Limbo Lines: Dead Here, Alive There. Brain death's role in the uncertainties of death.* <https://pudding.cool/2018/02/death/> (letöltve: 2020.07.20.).

¹⁵ SHEWMON, D. A.: Truly Reconciling the Case of Jahi McMath. *Neurocrit Care*, 29. (2018) 165–170. o., <https://link.springer.com/article/10.1007/s12028-018-0593-x> (letöltve: 2020.07.20.).

MÁSODIK RÉSZ
MORÁLTEOLÓGIA, KÁNONJOG,
VALLÁSTUDOMÁNY

FÜSTI-MOLNÁR Szilveszter*

Megközelítési szempontok az eutanázia teológiai kérdésköréhez.

Morálteológia, kánonjog, vallástudomány

„[...] valahogyan azt ne méltóztassuk hinni, hogy én itt a halálról valami újat akarok vagy tudok mondani. Hiszen az emberiség legmélyebb elméi és legnagyobb látnokai éppen a halállal kapcsolatban mondták el legmélyebb gondolataikat, és pillantották meg legragyogóbb látásaikat. Ezekhez nem, hogy újat tudnék mondani, de arra sem vállalkoznék, sorra bemutassam azokat. Csupán arra hívom fel olvasóimat, hogy az én parányi mécsesem világánál szálljunk alá a szellemi élet legsötétebb és legmélyebb bányájába: a halál problémájának mélységeibe, s nézzünk ott körül. Talán meglátjuk ott, lenn azoknak a hatalmas földalatti erőknek a nyomait és útjait, amelyek világunk fundamentumát formálták.”¹

Ravasz László egykori püspök és mértékadó teológus szavai a halál kérdésében alázatra intenek. Elsősorban a keresztyén teológiai szempontokat előtérbe helyezve úgy szeretnénk szólni a halálról mint a „halál életformáló erejéről”. Ebben az összefüggésben ugyanis az élet mélyebb megértéséről van szó a halál témakörén belül is. Így az eutanázia kérdése sokkal inkább árnyalható a maga problematikus voltában. A „jó halál” fogalma önmagában is nehezen értelmezhető teológiai szempontból, amikor a halál témakörét nem megfelelő körültekintéssel kezeljük. A feszültség hatványozottan nő, amikor az aktív eutanázia kerül napirendre, amin gyakran meghatározott szabályozás melletti halálba segítést értünk.

Olyan határmezsgyén állunk, amelynek egyik és másik partja az élet és halál. Nem tekinthetünk csupán az egyikre a másik nélkül. A halál titka az életben van elrejtve, és ez megfordítva is igaz. Szüntelen értelemkeresésünknek megannyi válasza lehet csapdahelyzet, különösen is akkor, amikor a halállal való szembesülésünk, élet-halál harcunk kioltja az élet értelmét. Különös jelentőségű, sőt döntő fontosságú ebben

* FÜSTI-MOLNÁR Szilveszter főiskolai tanár, rektor, Sárospataki Református Teológiai Akadémia

¹ RAVASZ László: A halál életformáló ereje. In *Látások könyve*. 2. kiadás. Budapest, 1942. 36–42. o.; *Magyar református önismereti olvasókönyv*. Budapest, 1997. 259–263., 259. o.

a tekintetben az, amit Isten mond az ő igéjében életről és halálról. Ennek igen sokrétű és gazdag tartalmából éppen csak pár, elsősorban rendszeres teológiai összefüggésre és következtetésre van lehetőségünk.

I. Rend és mérték

A kiindulási pontnál megkerülhetetlen az a klasszikus tétel, hogy az embert alapvetően metafizikai helyzete határozza meg. Az ember *metaxy*,² azaz 'köztesség': az isteni és az emberi közötti feszültség. Ennek az ontikus kiindulópontnak az értelmében az ember valamennyi létszférával kapcsolatba kerül, és azoknak résztvevőjévé válik. Létrejöttét éppen úgy meghatározza a testisége révén az organikus és vegetatív valóság, mint az anyagi létezés, míg lelkében a *noétikus*³ vonzerőnek köszönhetően az isteniben való misztikus részvételt tapasztalhatja meg. Ebből a mindent átfogó, gyakran hierarchikusan bemutatott karakterből vezethető le az ember *szintetikus* természete, amiből többek között következik specifikus, racionális lény, *noétikus* meghatározottsága. A *noétikus* értelem a klasszikus filozófiai megközelítésben olyan kognitív erő, amely a rend és egyben a lét rendező, teremtő és formáló ereje. Ennek köszönhetően az ember vagy megvalósíthatja saját természetét, vagy teljesen elvétheti (ahogyan erre példa a modernség gnosztikus karaktere, a transzcendens alapoktól történő elszakíthatósága a 19. századi német filozófiában és a 20. századi politika vallásaiban).

A keresztyén teológia az életet minden érdemtől független isteni ajándéknak tekinti. Ez egy olyan kapcsolatiságot (*koinoniát*) hoz létre, amelyben az ember meghatározásának viszonyítási pontja az Istennel való kapcsolata lesz. Az emberi létezés ebben az értelemben is köztes; elindulhat az isteni felé, de meg is tagadhatja azt, szembeszállva (*noszema*, a szellem betegsége) az őt meghatározó renddel, létrehozva így önmagára épülő mércéjét (szubjektív relativizmus). A szubjektív relativizmus az *én* számára olyan megfelelő lelkiséget kíván létrehozni, ami egyes egyedül az övé. Mannion elemzésében ez az *individuális identitás* kimunkálásának folyamatához vezet, ahol az *én* válik a valóság és az igazság alapjává, és az individuum sokkal inkább saját létének értelmét

² Lásd PLATÓN: *Symposium*ában Diotima alakját és szerepkörét. Voegelin Platón *metaxy* fogalmát használja annak a köztes állapotnak a leírására, amely két egzisztenciális állapot közötti létet jelent. A végtelen (*apeiron*) és véges vagy immanens és transzcendens találkozási pontja ez a „köztesség”. A *nous* kapcsolata a materiális valósággal.

³ *Noétikus* az a működés, amelynek mozzanatai a működő szubjektum lelkében (elméjében) zajlanak, végeredményének a fizikai világban történő megjelenése esetleges. Ilyen az elméleti gondolkodás és az etikai cselekvés. A külső szemlélő észlelés útján ismerheti meg az externális működés mozzanatait és eredményét. A *noétikus* működés eredményéről a külső szemlélő gondolkodás vagy beleérzés útján alkothat észszerű feltevést, és a működés mozzanatait e feltevése alapján kísérelheti meg rekonstruálni.

teremti meg, minthogy azt önmagán kívül ragadja meg.⁴ A modernségbe érkező nyugati civilizációban az ember elfordult az isteni alapoktól, ami egyenértékű a valóság elvesztésével, társadalmi rendezetlenséghez vezetett, amely a 20. század karakterisztikus vonása, és úgy tűnik, a 21. század elején sincs ez másképpen.

Nem a mai világunk az egyetlen, ahol az egyre elhatalmasodó káoszban a rend és mérték helyreállítása égetően szükséges feladat lenne. Jó példa erre a preszokratikus Hérakleitosz néhány töredéke:

Ezt a kozmoszt itt, amely ugyanaz mindenkinek, sem isten, sem ember nem alkotta senki, hanem volt mindig és van és lesz örökkön égő tűz, amely fellobban mértékre és kialszik mértékre (B30, lásd még B69, B94). De egy és közös az emberi élet mértéke, a logosz is: ahhoz kell igazodni, ami közös. De bár a logosz közös, úgy él a sok ember, mintha külön gondolkodása volna (B2); pedig nem tölem, hanem a logosztól hallván, bölcs dolog elismerni, hogy minden egy (B50, lásd még B1, B41, B102, B60). Ezen emberi logosz mértéke pedig az isteni, mert minden emberi törvény egyből táplálkozik, az isteniből (B114). A logosz, a mérték figyelmen kívül hagyása nemcsak hübrisz (B43, B112), de egyben értelmetlenség, sőt butaság (B5, B9, B19, B86–7, B95, B104). Az életformává vált mértéktelenség és ostobaság pedig a világ valóságosságának tagadásához, illúzióhoz, álomléthez vezet: Az ébren levőknek egy és közös a világuk [az alvóknak mindegyike pedig] külön [világba lép] (B89); melyből keserű a kiábrándulás: Csak el ne hagyjon benneteket a gazdagság, epheszosiak, hogy rátok bizonyuljon a nyomorúságtok (B125). Ez az álomvilágban lebegő valaki Hérakleitosz számára az elszigetelt, önmagában és önmagának való, alvajáró egyén, az idiotés, akit fel kell ébreszteni. E feladatot Szókratész fogja felújítani.⁵

A rend mint központi meghatározottság foglalja magában a mérték problematikáját. Nem olyasvalamiről van szó mérték alatt, amit az ember talál ki vagy alkot meg önkényesen, mert a világnak mint létezőnek már van egy eleve adott természetes rendje, amelynek egy része csupán az ember világa.

A mérték megtestesítése az isteni és az emberi világ szférája közötti kapcsolat visszaállítása volt a keresztyénségen belül is. Jézus életét és tanítását a legelső idők óta mint a mérték megtestesítését, az ige (*logosz*) testet öltését fogták fel. Élete és tanítása szétválaszthatatlan egymástól, hiszen a tanítás volt az élete, fő tevékenysége; és leginkább az életén, tettein és viselkedésein át tanított. Mindez feloldotta az etikai és példaszerű prófécia dilemmáját. Másik fontos tényező ebben az összefüggésben a hatáserő. Ez a hatáserő elsősorban a feltámadáselményben fejtette ki hatását. A mérték erejét tehát nem a tanítás adta, nem is az élet egésze, még csak nem is

⁴ MANION, Gerard: *Ecclesiology and Postmodernity. Question for the Church in our Time*. Collegeville, 2007. 4. o.

⁵ HÉRAKLEITOSZ: *Töredékek. Görög gondolkodók Thalészától Anaxagoraszig*. Budapest, 1992.

a halál, hanem a feltámadásélmény. Jézus halálának és feltámadásának élményegyüttese a mérték hatásossá tétele.

II. Hitvallásos (református) megközelítési szempontok

Református hitvallásaink, különösen is a Heidelbergi Káté, már az első kérdés-feleletben nyilvánvalóvá teszik, hogy a keresztyén egzisztencia szempontjából elsősorban nem valamilyen elméleti problémáról vagy az igazság kereséséről és megtalálásáról van csupán szó, hanem a legszemélyesebb módon élet-halál kérdésről, amelyre nézve mindannyian vigasztalásra szorulunk.

1. Mi életemben és halálodban egyetlen vigasztalásod?

Az, hogy testestől-lelkestől – akár élek, akár halok – nem az önmagamé, hanem az én hűséges Uramnak és Megváltómnak, Jézus Krisztusnak a tulajdona vagyok.

Ő drága vérével minden bűnömért maradéktalanul megfizetett, és az ördög hatalmából megszabadított.

Úgy megőriz, hogy mennyei Atyám akarata nélkül egy hajszál se hullhat le fejemről, sőt mindennek üdvösségemre kell szolgálnia.

Ezért Szentlelkével bizonyosságot ad örök életemről,

és szív szerint hajlandóvá és készvé tesz arra, hogy szüntelenül neki éljek.

A Heidelbergi Káté több ponton is világosan érzékelteti ezt az átmenetiséget, liminalitást. A Káté teológiai szerkesztésének hármassága arra az *ordo salutis*ra vonatkozó liminális tapasztalatra utal, hogy az ember egyidejűleg elveszett, Krisztusban megigazult, és hálás, megszentelt életű, gyümölcsöt termő emberré lett. Elég az első kérdés-felelet összefüggéseire koncentrálnunk ennek a megállapításnak a létjogosultságát illetően. A Káté *consolatio*ra helyezett hangsúlya már önmagában is egy olyan élethelyzet megragadásával áll szemben, amire és amihez képest az evangélium üzenete örömezenet lesz. Az ember valósága, hogy egy köztes állapotban van az *életet és halált* illetően.

Nyilvánvaló, hogy a vigasztalás tónusán keresztül erőteljesen a *halálra* kerül a hangsúly. Olyan *eszkatologikus pereme* az emberi életnek, amely a határhelyzeti létet erősíti. Ezen a ponton (a halál) történik meg a döntés: az *ítéltről*, a *létről* és *nemlétről*. Ebben az élet-halál helyzetben ad vigasztalást az evangélium. A Káté a vigasztalás centrumába helyezi: *Jézus Krisztusnak tulajdona vagyok*. Minden következmény ezen a tényen alapszik. Jézus Krisztus tulajdonának lenni minden fenntartás nélkül. Ő a cselekvő alany. Az Ő léte, tette és egyedisége az alap. Alapja a teremtésnek, az

egyháznak, az áldozatnak és az elégtételnek, az egy igaz Istenről való beszédünknek és az üdvösségünknek.

Az én hűségese megváltómnak, Jézus Krisztus tulajdonának lenni annyit tesz, hogy hozzá tartozom. *Létem középpontja és lényege rajtam kívül van.* Ez olyan alapja ennek a köztesség (liminális) helyzetnek, melyben a *létében megragadott létező* előtt egy új eredet áll, és a lét egyszerre megnyílik a struktúrák absztrakt és személytelen viszonyába zárt létezése előtt. Úgy is fogalmazhatnánk, hogy az ember kilép a „törvény szolgáltatásából”, hiszen meghívása a szabadságra szól (Gal 4,5; 5,3). Éppen ez az alapja annak a csodálatos és misztikus tapasztalásnak, amely távolról sem idegen a világ megélésének emberi rendjétől, hiszen az *Egészen Más* jelenik meg az evilági struktúra meghatározott töréspontjában, és válik olyan ütközési vagy metszésponttá, ami szembehelyezkedik a sokféleképpen tipizált világunk *megfelelésrendjének* logikájával, ábrázolva az átmenetiség lényegét. A keresztyén teológia ezt a kereszthalál és keresztség közötti párhuzam eszkatologikus eseményeként írja le. A megfeszített Krisztusban az ő megaláztatásában és halálában Isten félreérthetetlenül lépett be a mi emberi szituációinkba. Isten ebben a döntő fontosságú lépésben kiszolgáltatta magát a mi bűnünknek: „Ő, aki bűnt nem ismert, bűnné tette értünk [...]”.⁶ Irányt és megoldást adott az életünknek. Ebben a szélsőséges helyzetben úgy állunk meg Isten előtt, hogy Isten értünk adott jóvátételével szembesülve, a vele való közösségben, a bűnből, a halálból ad kivezető utat. Ez az értünk adott kivezető út, nagypéntek és húsvét, amiben Isten minden elképzelésünket felülmúlóan lépett be a mi élettörténetünkbe, és őhozzá vezet haza.

III. A halállal történő szembesülés felelőssége a keresztyén ember és közösség számára

Az emberi egzisztenciát sokszor rémisztő módon kötheti gúzsba a haláltól való félelem mint *mysterium tremendum*. Leginkább a halállal szembenézve láthatjuk meg törekénységünket, ahogyan erre Kierkegaard mutat rá metsző pontossággal. Kierkegaard a kétségbeesés elemzésére vállalkozik *A halálos betegség* című kötetében, ahol ez a kétségbeesés nem más, mint a szubjektum önmagához való viszonyulásának eltorzulása, ami kihatással van az Istennel való kapcsolatára is.⁷ Az *én önreflexiójában* így számottevően jut kifejezésre az a vonatkozás is, ami ahhoz a transzcendens erőhöz köti, amely ezt a viszonyt benne létrehozta. Ebből adódóan pedig a kétségbeesés három jól megkülönböztethető típusát vezeti le Kierkegaard: 1. a szubjektum nincs tudatában, hogy van *énje*; vagy 2. nem

⁶ 2Kor 5, 21.

⁷ KIERKEGAARD, Søren:: *A halálos betegség*. Budapest, 1993. 20. o.

akar önmaga lenni; vagy 3. éppen az előbbivel ellentétesen önmaga akar lenni.⁸ A haláltól való félelem kétségbeesésre is vonatkoztatható kierkegaard-i felosztás a szorongásnak ezt az ambivalens érzését, amely egyszerre taszítja és vonzza az embert, a kierkegaard-i értelmezés „a szabadság szédületében” ragadja meg, ami „akkor jön létre, ha a szellem tételezni akarja a szintézist, a szabadság pedig saját lehetőségeinek mélyére néz, ott megragadja a végességet, hogy ahhoz tartsa magát”.⁹ Így a kétségbeesésnek csak a halál vethet véget. Az ember saját tehetetlennek tűnő *halálos betegsége* közvetlen kapcsolatba hozható a különböző szintű kapcsolatrendszereivel is, ami fokozza szorongását. Ebben a mai atomizálódott társadalomban is jól megfigyelhető még, hogy minden egyes halál-essettel az eltávozottakat hordozó közösség is mindig meghal egy kicsit, hiszen tagjainak elvesztésével kevesebb lesz, potenciális fizikai és szellemi fenntartó erőt veszít, és ezáltal szembesül leginkább saját maga végességével is.

A kétségbeeséssel való tudatos szembenézés ugyanakkor rádöbbsenheti az embert valós helyzetére is (a bűnnel összefüggésben), és egy autentikus létállapot felé vezetheti el, amelyben a halál új megvilágításba kerül. A halál tudata és tudatosítása ugyanis meg is mentheti az embert. Egy olyan pozitív értelemben vett kényszerítő irányultságként is tekinthető, amely kizökkenti abból a hamisan valódinak és rutinszerűen alacsonyabb szinten megélt, létezést elfedő állapotból, egy létezést tudatosító, igazán autentikus életbe.¹⁰ Így a halállal való szembesülés nem csupán a sívár rettegéshez és pesszimizmushoz vezethet, hanem egy olyan katalizátorként is működhet, ami mindennél valódibb életformára sarkallhat. A halállal történő szembesülés ettől még rettenetes misztérium¹¹ marad éppen amiatt az aszimmetria miatt, amiben a végtelen szeretet adománya, az engem látó isteni tekintet és köztem rejlik. Ez a végtelen adomány és a végességem közötti aránytalanság, a felelősség mint bűn, a bűnösség, az üdvösség, a megbánás és az áldozat – ahogyan erre Derrida mutat rá.¹² Ez a felelősség leginkább akkor tudatosulhat bennünk, amikor saját halálunkkal szembesülünk. Ebből arra a következtetésre is juthatunk, hogy a saját halálotat tekintve senki sem léphet a helyemre.¹³ Derrida gondolatai különösen is szívbemarkolóak lehetnek a keresztyén ember számára, hiszen Isten evangéliuma az számunkra, hogy ő emberré lett értünk Jézus Krisztusban. Jézus Krisztuson keresztül a halandóságunk a halhatatlan Isten irányába mutat. Isten Jézus Krisztusban gyógyítja meg az emberiséget, mindeközben pedig a *vég*, egyéni és egyedi halálunk Istenben való részesedését jelenti, melynek nyomán Istenről nemcsak mint korlátlanul szabad Istenről, hanem mint felelős Istenről is beszélhetünk.

⁸ Uo. 91. o.

⁹ KIERKEGAARD, Søren: *A szorongás fogalma*. Budapest, 1993. 73. o.

¹⁰ HEIDEGGER, Martin: *Lét és idő*. Budapest, 1989.

¹¹ Kierkegaard ezt nevezi a *Félelem és reszketés* című művében az *abszurditás szakadéknak*, a vallási stádiumba történő *ugrásnál*. Vö. KIERKEGAARD, Søren: *Félelem és reszketés*. Budapest, 1986. 22. o.

¹² DERRIDA, Jacques: Whom to Give to (Knowing Not to Know). In *The Gift of Death*. Chicago (IL), 2008. 54–82. o.

¹³ Uo.

Márk evangéliumában így olvasunk erről:

És tanítani kezdte őket, hogy az Emberfiának sokat kell szenvednie, és el kell vettetnie a vénektől, a főpapoktól és az írástudóktól, és meg kell öletnie, de harmadnapon fel kell támadnia. Jézus nyíltan beszélt erről. Péter ekkor félrevonva őt feddeni kezdte; ő azonban megfordulva tanítványaira tekintett, megfeddte Pétert, és ezt mondta: Távozz tőlem Sátán, mert nem az Isten szerint gondolkozol, hanem az emberek szerint.¹⁴

Jézus nyilvánvalóvá tette, hogy küldetése elválaszthatatlan az ő halálától, ami nem emberi, hanem isteni dolog. Isten úgy vállalja az emberi véget, hogy ezzel is szembe helyezkedik mindazzal, ami a gonosz, a sátán, a gyengeség, sőt, a démoni hatalomhoz tartozik, és ami alapvetően mindig kísértéseink forrása. Továbbolvasva Márk evangéliumát Jézus egyértelművé teszi, hogy az ő messiási küldetése elválaszthatatlanul kapcsolódik össze a mi tanítványságunkkal és az ő követésével.

Márk evangéliumának megkezdett idézete az alábbiak szerint zárul: „[...] vegye fel a keresztyét, és kövessen engem! Mert aki meg akarja menteni az életét, az elveszti azt, aki pedig elveszti az életét énértem és az evangéliumért, megmenti azt”.¹⁵ A halál lesz a tanítvánnyá válás próbája is. Úgyis kifejezhetjük ezt, hogy a megváltás paradoxonja a halál metaforájaként áll előttünk.¹⁶ „Mert aki meg akarja menteni az életét, az elveszti azt, aki pedig elveszti az életét énértem és az evangéliumért, megmenti azt.”¹⁷

Tanítvány az, aki ilyen módon is szembe mer nézni a halállal, ami elhívásunktól elválaszthatatlan felelősség. Ezt a felelősséget ragadja meg a keresztyén üzenet az áldozat motívumában. A keresztyén áldozatát csak felvenni lehet. Így az én halálom, amiben senki sem állhat a helyemre, a keresztyén hit szerint ugyanakkor oly módon kerül Krisztus kezébe, hogy azt vallhatom meg, hogy benne halok meg, mert ő értem halt meg. „Krisztussal együtt keresztre vagyok feszítve: többé tehát nem én élek, hanem Krisztus él bennem; azt az életet pedig, amelyet most testben élek, az Isten Fiában való hitben élem, aki szeretett engem, és önmagát adta értem” – olvassuk a Galatákhoz írt levélben.¹⁸ Ebben az összefüggésben teljesen háttérbe kerül az „én” és minden, ami az énhez kapcsolódóan megkötöz. A keresztyén felvétele a szabadságot adja meg az életre. Szabadságot nem a szó általános, népszerű értelmében, ami a lehetőségek választását hordozza, nem is abban az értelemben, amiben az *én* aktualizálja önmagát az önmaga élete számára. Ez a szabadságban kapott élet Istenre mutat, és a Krisztus keresztyénében történő részesedésen keresztül a megfeszített Krisztusban részesít.

¹⁴ Mk 8, 31–33.

¹⁵ Mk 8, 34–35.

¹⁶ DERRIDA: *The Gift of Death*. 16. o.

¹⁷ Mk 8, 35.

¹⁸ Gal 2, 20.

IV. Összegző és következtető megjegyzések az eutanáziával összefüggésben

Azok a teológiai szempontok, amelyek a fentiekben élet és halál kérdésében tömören iránymutatásra törekedtek, komoly mérlegelést hívnak elő az eutanáziára nézve is.

Az eutanázia kérdéseire felelő emberi válaszok mellett, de még azokkal szemben is Istennek egészen határozott és világos az állásfoglalása. Az Isten által védett élet csodáját és értékét akkor érthetjük meg igazán, ha ezzel összefüggésben mérlegeljük a halál veszélyét is. Az ő hatalma a halál legyőzésében, a feltámadásban teljesedik ki leginkább. Ez egy olyan realiztikus élet-halál felfogáshoz is vezethet, amelynek nagyszerű példáit követhettük nyomon a Heidelbergi Káté vonatkozó kérdés-feleleteiben; mindent átfogóan és meghatározóan az első kérdés-feleletben. Erre az örökké való hatalomra és gondviselésre hagyatkozni, nemcsak elszenvedőként, de mások élet-halál harcának szereplőjeként is meghatározó szempont. Ebben az összefüggésben a célok önmagunkon túlra mutatnak, és tesznek egy olyan (isteni) rendnek és mértéknek a részesévé, amelyben az élet nem önmagában válik abszolút értékévé, hanem annak tartalma szerint, amely elválaszthatatlan az Istennel és emberrel való közösségtől. Ez a közösség (*koinónia*) az élet ajándékát a feladat sajátos tartalmával is megtölti, amelyben Isten akaratának követése, szolgálata az élet beteljesedésének, célba érkezésének feltétele lesz. Isten a szenvedés és halál miértjeire egyetlen választ adott: Jézus Krisztusnak, amaz egyetlen igaznak a szenvedését. Isten igazsága, mindenhatósága és jósága Krisztus személyében találkozik, úgy, hogy annak végső meghatározottsága eszkatologikus elrejtettségben marad.

Barth pontos meghatározását használva, a halál birodalma elsősorban ott van és lesz, annak teológiai és egyéb jelentését is ideértve, ahol a halál hatalma uralkodik. Isten azonban a halál felett is Úr. A szenvedésben és azokban az etikai helyzetekben, amelyek az aktív eutanáziánál merülnek fel (többek között: Utasíthat-e valaki saját életének kioltására mást? Meddig terjed az önrendelkezés orvosi közreműködés során? Dönthet-e a jog az élet értékéről annak elutasításának vonatkozásában? Jelenti-e az életről történő önrendelkezés az emberhez méltó halál tagadását?); a keresztyén teológiai szempontok szem előtt tartása többek között a következőkre hívhatja fel a figyelmünket:

1. Az (aktív) eutanázia háttérben gyakran meghúzódo érvelések az autonómiának és a szabadságnak olyan jelentőséget tulajdonítanak, amelyben nem, vagy csak nagyon csekély mértékben jut szerephez az Istenhez fűződő kapcsolat.

2. A hit által történő megigazulás felszabadít attól, hogy az emberi élet végső értelmét erkölcsi teljesítmények érdekéért lássuk. Ebben az összefüggésben a szabadságunk sem érhető el erkölcsi teljesítmény alapján. Nem választható el a felelősség fogalmától.

3. Amennyiben a protestantizmus teológiai álláspontját elfogadjuk, úgy az emberi autonómia és szabadság is az Isten-ember kapcsolatból következik. Nem feleltethető meg ebben az összefüggésben az önrendelkezésnek és önmeghatározás gondolatköreinek, mintha az ember élete kizárólag a sajátja lenne. Az ember az életét Istentől kapja ajándékba, és felelőséggel tartozik érte.

4. Az emberi méltóság és az élet értéke a másoktól való függésben és a szenvedés nehézségeinek közepette önmagában nem jelenti az élet elértéktelenedését, mint amire valaki méltatlan. Itt sokkal inkább a kontextus uralta mintakövetésről van szó. A keresztyén identitás és önértelmezés az élet végső szakaszában is sajátos forrása lehet az élet értékének és Istenhez tartozásának. Természetesen ezzel nem eszményítjük az emberi életre nehezedő fájdalmat és szenvedést. Azt minden körülmények között gyógyítanunk és csillapítanunk kell.

5. Az eutanázia keresztyéni értelmezésben sokkal inkább a 'meghalásban történő segítségnyújtás' lehet a 'halálba segíttessel' szemben. Ebben az egyház leghatékonyabban a diakóniai munkáján keresztül képes segítséget nyújtani az irgalom és a szeretet megtapasztalt és megélt valóságának közvetítésével.

OROSZ Gábor Viktor*

Ars moriendi – szempontok az életvégi döntésekhez

A halál gondolatának modern kori tudatos kirekesztése a nyugati civilizációban a halálosan beteg emberek és a haldoklók lelki kísérésének hiányához vezetett. Gondoljunk csupán arra a tényre, hogy az európai emberek több mint hetven százaléka kórházban és szeretetotthonokban hal meg. A haldoklás folyamata sok esetben – jórészt a modern technikai lehetőségek révén – hosszabb időre nyúlik. A hagyományos családmodellek felbomlásával több esetben az a gondoskodó közösség is megszűnt, amely szeretettel vehetné körbe a földi világból távozó embert. Ezért a haldoklással járó fájdalom mellett az egyedül maradástól való rettegés is félelemmel tölti el az élete végéhez közeledő embert.

Ám nem csupán a haldokló, hanem a hozzátartozóik is a támogatás hiányától magányosan érezhetik magukat, miközben az eltávozó hozzátartozójuk gondozásával járó feladatokkal, az elengedés egzisztenciális feszültségeivel kell küzdeniük. Ebből a helyzetből következhet a „másik terhére lenni” vagy az orvosnak és az ápolóknak való „kiszolgáltatottság” érzete, a méltóság elvesztésének fájó látszata. Másrészt felmerül a „szükségtelenül” meghosszabbított élet kérdése is, az orvosi túlbuzgóság ebben játszott szerepe, de kétségeket ébreszthet a megfelelő, egyénre szabott orvosi ellátás hiánya is.

Johannes Fischer szerint a halál bekövetkeztére való várakozás motívuma kapcsán nem irracionális, hanem „preracionális intuícioról” van szó. Hiszen „kultúránkban az az elterjedt felfogás, hogy az embertől való elválás, ami a halállal következik be, elszenvedett végzet és nem idegen tett”.¹ Ekkor azonban a halál várásának helyzete jelentékeny szerephez jut. Az orvosi beavatkozás nem csupán a gyógyítás és a szenvedés csillapítására irányul, hanem a társadalom élethez és halálhoz való kapcsolatát is alakítja, mert a meghalás fázisának befolyásolásával *rituális funkciót*² is magára ölt, ezzel a morális gondolkodást megelőző ténnyel van dolgunk.³ Bár a halál és a születés nem olyan „természetesen” következnek be, mint a megelőző korokban, a meghalás helyzetében nyújtott orvosi beavatkozás alakítható úgy, hogy *biztosítsa a várakozás idejét*. A kérdés mégiscsak az, hogy ezt miért kell megtenni.

* OROSZ Gábor Viktor egyetemi docens, Evangélikus Hittudományi Egyetem

¹ FISCHER, Johannes: *Handlungsfelder angewandter Ethik. Eine theologische Orientierung*. Stuttgart, 1998. 72. o.

² Ekkor a rítus olyan történészként értendő, amely ismeret nyújt a halál közeledtéről, ami elválaszt a másik embertől.

³ FISCHER: *Handlungsfelder angewandter Ethik*. 73. o.

I. Az élet teljessége és töredezettsége

Az élet teljessége a szabadság, az egészség és a jólét fogalmaival fejezhető ki, szemben a töredékességgel, amit a betegség, a korlátozottság és a kiszolgáltatottság jellemez. Dietrich von Engelhardt az ember fragmentális élethelyzetéből következő feladatként látja eme teljesség létrehozásának igényét.⁴ Általános vélekedés szerint csak annak az embernek lehet teljes az élete, aki boldog, kiegyensúlyozott, testileg és lelkileg egészséges, társadalmi feladatait képes sikeresen betölteni. Az ember töredékes létének tapasztalata korunkban egyre élesebben kerül szembe „az egészség, a fiatalság és szépség uralkodó ideáljával”.⁵ Az antik világ még ismerte a betegség és egészség állapota mellett a neutralitás (*ne-utrum*, a kettőből egyik sem) állapotát, amit sajátosan „köztes állapotként” értelmezett. A ma már megszokott kettős megosztottság mellett felismerték, hogy az ember sohasem mentes a betegségtől, ezért sohasem lehet „teljesen” egészséges.⁶ A középkorban a betegség és egészség fogalmai a transzcendencia felől új megvilágításba kerültek. A szenvedés és a fájdalom, a betegség és a halál teológiai értelemben a bibliai bűneset büntetéseként jut jelentőséghez. Ez olyan létállapot, amely minden ember egyaránt érvényes jellegzetessége, és egyben jele a teljesség hiányának.

Az ebből következő felfogás a gyógyítás lehetőségét túlvilági erőknek is tulajdonította, de a beteggel való szolidaritást és az orvostudomány eredményeit is komolyan vette. A gyógyulás nem egyszerűen a beteg testrészek megjavulásából állt, hanem spirituális és lelki tartalmakat is hordozott. Ennek eredményeként fokozatosan jöttek létre a mai kórházak elődei, a *hospice*-ok. A kereszténységnek ez a szolidáris magatartása nemcsak a szűken vett orvosi ismeretek és az említett spirituális tartalmak segítségével valósult meg, hanem jelentős szerephez jutottak a műalkotások is,⁷ amelyek szimbolikus kifejezőerejük által segítettek nemcsak leküzdeni, de értelmezni is a beteg állapotát vagy a fogyatékoságot, az ember fragmentális létének jeleit. Mindez annak tudatosításában és spirituális szinten történő elfogadásában fejeződött ki, hogy „az élet művészetéhez (*ars vivendi*) hozzá kell tartoznia a meghalás művészetének is (*ars moriendi*)”,⁸ ami a keresztény életstílus jellemzőjeként meghatározó erővel bírt. Az ember földi életének alakítása és életvezetése arra irányult, hogy halálára felkészüljön, és visszatérése a paradicsomba előkészített legyen. Az *ars*

⁴ ENGELHARDT, Dietrich von: Illusion Gesundheit – ein Plädoyer für das fragmentarische Leben aus medizinhistorisch-ethischer Sicht. In HÖFNER, Markkus – SCHAEDE, Stephan – THOMAS, Günter (Hrsg.): *Endliches Leben. Interdisziplinäre Zugänge zum Phänomen der Krankheit*. Tübingen, 2010. 3. o.

⁵ Uo. 3. o.

⁶ Uo. 4–5. o.

⁷ Uo. 8. o.

⁸ IMHOF, Arthur E.: *Ars moriendi. Die Kunst des Sterbens einst und heute*. Wien–Köln–Weimar, 1993. (Kulturstudien. Bibliothek der Kulturgeschichte 27.) 9. o.

vivendi magában foglalta az *ars moriendi*,⁹ az élet az örök életre irányult, ami tudatos előkészületekben fejeződött ki.

A középkori mintával való szakítást Michel Foucault a klinika és a *hospice*/ispotály közötti különbségtételen keresztül szemlélteti.¹⁰ A *hospice*-ban a beteg individuummal foglalkoznak, aki egy betegség hordozójaként találkozik orvosával; olyan, mint egy kriptogram (szöveges rejtvény), akiben a megkeresendő betegség felfedezésre vár, amit a megfelelő terápia követ. Ezzel szemben a klinikákon csupán betegségeket kezelnek, miközben a beteggel szemben közömbösek, „maga a betegség van jelen, jóllehet testben, ami a betegségé, és nem a beteg teste”.¹¹ A beteg csupán a betegség „akcidenseként” (járulékos jegyeként) jelenik meg. A betegség episztemiológiai perspektívája a beteg testnek.¹² Ha a test eltárgyasul, akkor megszűnik az emberi szubjektummal egységet alkotni – a „betegség naturalizálódik”.¹³

A technika modern kori és egyoldalú abszolutizálása az emberképet is „technikaivá tette”. A betegség és az egészség megállapítása nem csupán diagnózist jelent, hanem egyúttal számszerű értékelést is.¹⁴ Ugyanakkor nemcsak a keresztény, de például az ayurvédikus hagyomány is *a gyógyulás lehetőségét látja a betegségben*: a töredékesség az egészre mutat. Ez a tapasztalat az Ószövetségben is kifejeződik, ahol azt olvassuk: „Az ő sebei árán gyógyultunk meg” (Ézs 53,5). Vagyis a betegség, a töredékesség felismerése és tapasztalata a gyógyulás bölcsője. Végso soron teljes gyógyulást egyedül Isten képes ajándékozni, az emberi lét akár teológiai, akár természettudományos értelemben mindvégig töredékes marad a jelen világ feltételei között. Ezzel kapcsolatban jegyzi meg Karl Jaspers: „Az orvos se nem technikus, se nem üdvözítő; mulandó emberi lény, egzisztencia az egzisztenciáért”.¹⁵ A terápiának nem csupán a testi funkciók egészségének visszaállítására kell irányulnia, hanem az értelemmel teli élet felmutatására is.¹⁶ Röviden: „Minden ember többé-kevésbé beteg, mert nem a paradicsomban egzisztál”.¹⁷

⁹ BENZENHÖFFER, Udo: *Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in der Geschichte und Gegenwart*. München, 1999. 14. o.

¹⁰ Az ispotály (gör. *xenodocheion*, lat. *hospitale pietatis, refrigerium pauperum*) a keresztény ókortól kezdődően idegenek, zarándokok, betegek, szegények és rászorulóok gondozására a vendég iránti szeretet címén fönntartott intézmény. Lásd *Magyar Katolikus Lexikon*, <http://lexikon.katolikus.hu/I/ispot%C3%A1ly.html> (letöltve: 2020.07.20.).

¹¹ FOUCAULT, Michel: *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. Frankfurt am Main, 1963. 74. o.

¹² Vö. SCHNEIDER, Ulrich Johannes: Michel Foucault – Der Körper und die Körper. In ALLOA, Emmanuel et al. (Hrsg.): *Leiblichkeit. Geschichte und Aktualität eines Konzepts*. Tübingen, 2012. 260–272., 263. o.

¹³ HABERMAS, Jürgen: A humán tudományok észkritikai leleplezése. In *Filozófiai diskurzus a modernségről. Tizenkét előadás*. Budapest, 1998. http://frankfurt.tek.bke.hu/media/szoveg/habermas_a_humantudomanyok_eszkritikai_leleplezese.htm#_ftn9 (letöltve: 2020.07.20.).

¹⁴ ENGELHARDT, H. Tristram Jr.: Die Begriffe »Gesundheit« und »Krankheit«. In SCHRAMME, Thomas (Hrsg.): *Krankheitstheorien*. Berlin, 2012. 41–43. o.

¹⁵ JASPERS, Karl: Ein Beispiel: ärztliche Therapie. In JASPERS, Karl: *Philosophie*. 1. kötet. Berlin, 1932. 121–129., 127. o.

¹⁶ MOLTSMANN, Jürgen: *Ethik der Hoffnung*. Gütersloh, 2010. 109. o.

¹⁷ Uo. 110. o.

II. Perszonalitás és aktualitás

Az ember személyi léte az, ami életét különösen is védendővé teszi. Egy ember személyi léte azonban olyan szemléletet feltételez, amelyből mi saját magunkat is felfogjuk önmagunkként, amelynek segítségével saját magunkhoz is kapcsolódunk. Egy embert így akkor ismerünk el személynek, ha benne felismerjük az említett perspektívát. Ekkor azonban a személy fogalma egy relációt jelöl. Valakinek a személyi léte nem belső tulajdonságaitól függ, hanem attól, hogy valaki más (reálisan vagy potenciálisan) személyként áll vele kapcsolatban. Perszonalitása kívülről kapcsolódik hozzá,¹⁸ két ember kapcsolatában valósul meg és alakul ki, ami kifejezi: egy személyt nem lehet csupán a szubjektum-objektum ellentétének fényében megérteni.¹⁹ Ezért a személy fogalma egyben feltételezi a relációt.

A másik lényeges fogalom az *aktualitás*: a perszonális vonatkozások nem nyugodt korrelációkban, hanem mozgalmas kapcsolatban valósulnak meg. Ebből következik, hogy a személyes kapcsolat nem statikus, hanem „megtörténő”; a reláció eseményében válik megtörténné. *Az ember ezért nem „statikus”, hanem dinamikus értelemben személy* – nem az, hanem *mindig azzá válik* a másokkal való kapcsolatában.²⁰ Perszonalitása magában foglalja a relációt Istenhez. Ezért is állítható, hogy az ember *vonatkozása a perszonalitása maga*.²¹

Az ember akkor tudja megőrizni emberi identitását, ha relációiban marad, ha személyként van jelen. Ebből is világossá válik az a humánus felfogás, amely állítja, hogy a halál – mint elszakadás egy másik embertől – valakinek a végzet lehet, de nem lehet okozója egy másik ember. A halálra való közös várakozásban az valósul meg, amivel az egyik ember a másiknak személyes vonatkozásában tartozik, és ezzel együtt saját embersége (*Menschlichkeit*) is kifejeződik. Ez a szemlélet érvényesül a passzív halálba segítség során is, amikor a személyes vonatkozás védettségében megkönnyíthető a meghalás folyamata.

A reláció és a személy fogalmának hangsúlyozásával azonban napvilágra kerül a tulajdonképpeni dualista szemlélet problematikája, ami jellegzetes az eutanáziáról folytatott párbeszédben. Sajátossága, hogy különválasztja a személyt fizikai valóságától. Ez a szétválasztás teret enged a halál pusztá fizikai értelemben vett felfogásának, és eltekint a meghalás folyamatának személyes és szociális vetületeitől. Másként: az orvos nem a beteg személyiségét oltaná ki, hanem az elviselhetetlenné vált fizikai életét.²² Az aktív

¹⁸ MOLTSMANN, Jürgen: *Ethik der Hoffnung*. 79. o.

¹⁹ Uo. 65. o.

²⁰ Lásd OROSZ Gábor Viktor: *Idegen méltóság. Preimplantációs genetikai diagnosztika és az emberi méltóság elve a teológia kontextusában*. Budapest, 2009. 103–116. o.

²¹ PÖHLMANN, Horst G.: *Abriss der Dogmatik*. Gütersloh, 1985. 167. o.

²² FISCHER: *Handlungsfelder angewandter Ethik*. 82. o.

halálba segítség mellett érvelők számára az orvos hivatásánál fogva a beteg testi állapotaért felelős. Ennek alapján azonban közreműködése támogathatná az „elszemélytelenítés” (*Entpersonalisierung*) folyamatát is, ami az aktív halálba segíteshez szükségesnek tűnik. Képzeljük csak el azt a paradox helyzetet, hogy a meghalni akaró embert saját hozzátartozóinak kellene megölni, vagy megfordítva: ha a meghalni kívánónak kellene saját gyermekéhez vagy anyjához fordulnia segítségért. Így azonban az érintettek arra gondolhatnak, hogy valaki hivatásánál fogva felelős a testi fájdalom csillapításáért, és a meghalni akaró embert megmenti a szenvedésétől. Ugyancsak Johannes Fischer hívja fel ezzel kapcsolatban arra a figyelmet, hogy itt is az esemény ritualizálódásáról van szó, ami az érintetteket ahhoz az elképzeléshez segíti, hogy „a halál nem a meghalni akaró ember személyét érinti, hanem csupán testi életének vet véget, és ennek következtében nekik nem a személyes vonatkozások szintjén kell felelőssé válni”.²³

Természetesen ezen a ponton nyilvánvaló, hogy rítus helyett beszélhetünk a haláltól való elidegenedésről, a halál folyamatának intézményesüléséről is. Bár a személyek közötti kapcsolat és reláció így sem oldódik fel. Mint láttuk, a személy egy összetéveszthetetlen individuum, aki más személyek közösségén belül individualizálódik. Olyan testi-lelki tulajdonságokkal és ismertetőjegyekkel rendelkezik, amelyek a többiekétől megkülönböztetik, de olyanokkal is, amelyek megegyeznek másokéval. Bár a test és a lélek egy személy „megjelenésének médiumai”, a személy azonban nem azonos csupán testi-lelki természetével. Több annál: ő maga nem ez a természet, hanem személyként birtokolja azt.²⁴ Az ember interperszonális kapcsolata a halállal szűnik meg, ez azonban kizárja az aktív halálba segítség azon érvét, hogy a halál az ember testi egzisztenciájának vet csak véget, hiszen megszünteti a személyek közötti kapcsolatokat is. Az önrendelkezési jogra történő hivatkozás részben enyhíti az aktív eutanázia radikális elutasítását, mivel az egyik személy saját és tudatos döntéséről van szó. „Ám mivel az akarat és az érdekek szintjénél mélyebb síkokat is érint az aktív eutanázia problémája, a konfliktust nem lehet arra a kérdésre redukálni, hogy annak az embernek a kérését, aki ilyen jótettet (aktív halálba segítséget) kér, miért ne lehetne támogatni.”²⁵

III. Távlatok és jelenlét

A fentiekben azt a megállapítást tettük, hogy az orvosilag asszisztált öngyilkosság kérdése elsősorban világnézeti kérdés, amely azon belül is az élet értelme és célja felől közelíthető meg.

²³ Uo. 82–83. o.

²⁴ Vö. FISCHER, Johannes: Mit Leib und Seele. Die praktische Evidenz der Personenwürde. *Evangelische Kommentare*, 32. (1999) 5., 49–51., 50. o.

²⁵ FISCHER: *Handlungsfelder angewandter Ethik*. 83. o.

Ha az ember méltóságát a „végső dolgok felől”, az emberi élet beteljesedésének irányából vizsgáljuk, akkor eszkatologikus dimenziója jelenik meg. Wolfhart Pannenberg így fogalmaz: az istenképűség az ember meghatározottsága az Istennel való közösségre, és ez a meghatározottság az ember méltóságát is jelenti egyben.²⁶ Ebből fakadóan válik érthetővé Pannenberg megállapítása: „Ha nem lenne Isten, akkor emberi méltóság sem lenne”.²⁷

Amennyiben az emberi méltóságot az üdvtörténet perspektívájában vizsgáljuk, akkor a korábbiak mellett a fogalom más dimenziói is megjelennek abból következően, hogy „az ember történelmi lényként nem csak a célja, hanem a mozgása is a célhoz vezető történelemnek. Az ember azonban a jövővel való egységét a beteljesedés felől nyeri el. Ezért az ember csak e jövő anticipációja által képes önmagaként (*als er selbst*) létezni.”²⁸ Ekkor azonban az ember jelenléte a világban nem szabad akaratának és önkényének (félreértelmezett autonómia), hanem erre a jövőre való meghívásnak és kiválasztásnak fogható fel. Ittléte az egész emberiség és a világ jövőjének feltétele is, mert *az individuum nem választható el attól a világtól, amelyben él.*²⁹ Ebben a történeti folyamatban van jelen istenképűsége úgy, hogy Isten képe az emberen folyvást megfelel Isten prezenciájának a világban, mivel az reprezentálja Isten jelenét.³⁰ Ebből következően az Isten prezenciájával változik Isten képe is: az ember eredeti meghatározása (Isten képe) Krisztus kinyilatkoztatásával együtt formálódik Isten igazi képére. Az ember az eszkatologikus „*gloria Dei* felé tartó úton” válik *imago Christivé*.³¹ Másként fogalmazva: a teremtett ember kezdeti istenképűségéből Isten gyermekévé lesz a Fiúval való messiási közösségben, és e kettőből lesz az Istenhez való hasonlóság az új teremtésben.³²

Az eszkatológiai távlat minden emberi élet kezdetén ott található meghívás. Az individuum történeti jelenléte a történelem cél felé tartó mozgásaként felelősséggel jár, de az egyénnel szembeni felelősségre is kötelezi a társadalmat, hiszen ő a társadalom

²⁶ PANNENBERG, Wolfhart: *Christliche Wurzeln des Gedankes der Menschenwürde*. In KERBER, Walter: *Menschenrechte und Kulturelle Identität*. München, 1991. (Fragen einer neuen Weltkultur 8.) 72. o.

²⁷ Uo. 92. o.

²⁸ PANNENBERG, Wolfhart: *Anthropologie in theologischer Perspektive. Religiöse Implikationen anthropologischer Theorie*. Göttingen, 1983. 512. o.

²⁹ Uo. 513. o.

³⁰ MOLTSMANN, Jürgen: *Gott in der Schöpfung. Ökologische Schöpfungslehre*. München, 1985. 235. o.

³¹ Ez az eszkatologikus dimenzió főleg az Újszövetségben válik nyilvánvalóvá. Isten cselekvésének célja, hogy az ember Krisztus életének részesévé váljon, az ő életének hordozója legyen. Így az ember méltósága nem abban rejlik, amivé az ember válik, vagy amivé az embert mások teszik és nevezik. Az ember méltóságának alapja az, aminek az ember Isten szemében látszik: Isten gyermeke. A páli iratok interpretációja alapján az ember méltósága Isten akaratának megvalósulásán nyugszik. A keresztség által megkezdődik Isten eszkatologikus kegyelmi cselekvése, ami az ember egzisztenciájának megváltozásán keresztül Krisztus képére történő hasonulásban, átváltozásban teljeseedik ki. Az istenképűség értelmezése itt paradigmaváltáson megy keresztül, hiszen már nem az uralomról, vagyis az ember feladatáról van szó, hanem elhívásról, az embernek a méltóságra való elhívásáról. Vö. Bevezetés. In BALDERMANN, Ingo et al. (Hrsg.): *Menschenwürde*. Neukirchen-Vluyn, 2001. (JBTh 15.)

³² Vö. MOLTSMANN: *Gott in der Schöpfung*. 134. o.

jövőjének hordozója és feltétele is egyben. Ebben a kétirányú felelősségben jelenik meg az individuum méltóságának eszkatologikus karaktere az élet első pillanatától fogva az utolsóig, és ez ad értelmet az élet minden pillanatának.

IV. Az önrendelkezés és egyházi állásfoglalások

Az Ausztriai Egyházak Ökumenikus Tanácsa 2000-ben állásfoglalást bocsátott közre a humánus halál kérdésével kapcsolatban.³³ Ehhez a tanácshoz 16 tagedyház tartozik.³⁴ Ebben a nyilatkozatban az egyházak az Európa Tanács ajánlásában foglaltakhoz hasonlóan érvelnek:³⁵ egyértelműen elutasítják az aktív eutanáziát, ugyanakkor követelik a fájdalomcsillapítás teljesebbé tételét. A nyilatkozat szembehelyezkedik az emberi élet redukcionista szemléletével: „Az élet, a szenvedés és a halál végső titkot érintenek. Nekünk, keresztényeknek olyan feladatok ezek, amelyeket Isten hűségében bízva és reménykedve fogadunk el, vagyis hogy Ő sem életünkben, sem szenvedésünkben, sem halálunkban el nem hagy”.³⁶ A dokumentum a továbbiakban úgy érinti az ember önrendelkezési jogának kérdéskörét, hogy azt összekapcsolja a passzív halálba segítés lehetőségével: „Az önrendelkezés ezen értelmezése alapján a személyes meggyőződést és értékítéletet tisztelni kell, és az ember orvosi kezelést érintő kifejezett akaratát is tiszteletben kell tartani. Kifejezett akaratával szemben senkit, aki döntésképes, nem szabad orvosi kezelésre kényszeríteni.”³⁷

Az állásfoglalás kiemeli a beteg akaratának kinyilvánításához való jogát, például az úgynevezett *élő végrendeletben*,³⁸ „amelyben valaki már korábbi életfázisában halálával kapcsolatos bizonyos – életet meghosszabbító – orvosi beavatkozásokat elutasított. Ezt az etika határain belül teljes tiszteletben kell részesíteni”.³⁹ A következőkben úgy szól az állásfoglalás az élet utolsó fázisáról, mint ami annak szerves része, valamint rámutat a haldokló és a haldoklót kísérők támogatásának szükségességére:

³³ Erklärung des Ökumenischen Rates der Kirchen in Österreich zum Menschenwürdigen Sterben (Az Ausztriai Egyházak Ökumenikus Tanácsának nyilatkozata a méltósággal való meghalásról). *Ökumenischer Rat der Kirchen in Österreich*, 2000.01.14., <http://www.oekumene.at/site/erklarungen/article/1579.html> (letöltve: 2020.07.20.).

³⁴ Lásd <http://www.oekumene.at/ueberuns> (letöltve: 2020.07.20.).

³⁵ Az Európa Tanács 1418. számú – a gyógyíthatatlan betegek és haldoklók emberi jogainak és méltóságának védelméről szóló – ajánlásának (1999) középpontjában az a kérdés áll, hogy meddig terjed a haldokló ember önrendelkezési joga, érvényes-e az élet utolsó fázisában, valamint meddig terjed az élethez való jog. Tény, hogy az Európa Tanács egyértelműen összeférhetetlennek tartja az aktív eutanáziát az Emberi Jogok Európai Egyezményével.

³⁶ Az Ausztriai Egyházak Ökumenikus Tanácsának Nyilatkozata a méltósággal való meghalásról. Lásd <http://www.oekumene.at/site/erklarungen/article/1579.html> (letöltve: 2020.07.20.). (A szerző ford.)

³⁷ Uo. 5. pont.

³⁸ Előre rendelkezés az orvosi beavatkozásokra vonatkozóan (*living will, Patientenverfügung*).

³⁹ Az Ausztriai Egyházak Ökumenikus Tanácsának Nyilatkozata a méltósággal való meghalásról. 6. pont.

A halál folyamatában az ember személyes döntések helyzetében található, lehetősége van, hogy eddigi életének egészével szembenézzen, és eme élet be nem teljesültségét és bűneit elfogadja és elengedje. Az életnek e döntő állomásánál az ember segítségre szorul. Támogatásra azonban minden olyan embernek is szüksége van, aki haldoklókat kísér – a társadalomnak különösen is elkötelezettnek kell lennie az orvosokkal és ápolókkal való szolidaritásra.⁴⁰

Miközben a palliatív orvoslás kiépítését és támogatását sürgeti a dokumentum, a továbbiakban megállapítja, hogy annak nem csupán a fizikai, de a pszichikai és szociális szenvedést is csillapítania kell. Ehhez tartozik a haldokló ember és az őt körülvevő orvosok, ápolók és hozzátartozók spirituális támogatása is. A fájdalomcsillapítás szükségességét a lehetséges kockázatok figyelembevételével hangsúlyozza: „Még ha a fájdalmat csillapító beavatkozás az élet lehetséges megrövidülését kockáztatja is, az sem lehet ok arra, hogy a fájdalomcsillapítást mellőzzék”.⁴¹ Az orvosi ellátás ilyen módja példászerűen valósul meg a *hospice*-mozgalomban, amely keresztény gyökerekből táplálkozik.

Ebben az állásfoglalásban is kifejeződik az, amit korábban a „halálra való várakozás rítusaként” neveztünk meg, ugyanakkor elutasítja az élet szükségtelen meghosszabbítását: „Az élet elfogadásához tartozik annak tisztelete is, hogy minden ember megváltoztathatatlanul végéhez ér; ezért a meghalásnak teret és időt kell adni, és az orvosi cselekvés lehetőségeinek korlátozottságát el kell fogadni. Ezért azon beavatkozások, amelyek a haldokló ember életét szükségtelenül meghosszabbítják, ahelyett, hogy engednék őt meghalni, elutasítandók”.⁴²

Az osztrák nyilatkozat más keresztény egyházak dokumentumaival egybehangzón elítéli azokat a cselekedeteket, amelyek közvetlen célja az élet befejezése. Az érvelés ugyancsak tükrözi a fentiekben kifejtett keresztény álláspontot, hogy a halál nem választható el a személy fogalmától, és nem csupán az ember testiségét, hanem egészét érinti: „Az ilyen beavatkozások nem a szenvedéssel, hanem a haldokló személyével szemben valósulnak meg”.⁴³

Ezt az álláspontot képviseli az *Evangelische Kirche in Deutschland* (EKD) 2008-ban kiadott állásfoglalása is,⁴⁴ azonban jogi kontextusba ágyazva jegyzi meg az orvosilag asszisztált halálba segítéssel kapcsolatosan, hogy

⁴⁰ Egyházak Ökumenikus Tanácsának Nyilatkozata a méltósággal való meghalásról. 7. pont.

⁴¹ Uo. 8. pont.

⁴² Uo. 9. pont.

⁴³ Uo. 10. pont.

⁴⁴ *Wenn Menschen sterben wollen. Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung. Ein Beitrag des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland. Hannover, 2008. (EKD-Texte 97.)* http://www.ekd.de/EKD-Texte/ekdtext_97.html (letöltve: 2020.07.20.).

éppen az orvosilag asszisztált öngyilkosság jogi szabályozásának esetében – az egyes esetek szabályozása alapján – a jog olyan jelzéseket adna, amelyek jelentősen negatív hatást gyakorolhatnak az orvosi etoszra és az élet és halál társadalmi felfogására. Éppen a halállal kapcsolatos orvosi cselekvés példa arra, hogy léteznek olyan életterületek, amelyek jogilag nem szabályozhatóak anélkül, hogy ezáltal általános társadalmi változásokat ne idéznének elő – akkor is, ha ez eredetileg nem állt szándékukban. A törvényi szabályozás nem csupán az orvosi etoszra vonatkozik, hanem a társadalomnak az élethez és halálhoz fűződő szemléletére is, valamint az emberek egymás iránti felelősségére a haldoklás folyamata során. Ezért az orvosilag asszisztált öngyilkosság jogi szabályozásától el kell tekinteni. Sokkal inkább a joggyakorlat áll kihívások előtt. Csak a joggyakorlat képes arra, hogy a súlyos konfliktushelyzeteket, amelyekbe az orvosok kerülhetnek, megfelelő módon számításba vegye.⁴⁵

A dokumentum kitér arra, hogy az ún. „halálba segítő szervezetek” (*Sterbehilforganisationen*)⁴⁶ működésével kapcsolatban is, amilyen gyorsan csak lehet, jogi tiltást kell fogantatni.

V. A végső horizont fényében

Spirituális értelemben az emberi élet abszolút ellensége a halál, amelyet legyőzött Krisztus. Ezért a vitalizmus kétségbeejtő varázslata, az élni kell (a saját forrásainkból) pusztán imperatívuszát meg kell törni és helyettesíteni Krisztus könyörületes uralmával, aki teremtményeinek az életet ajándékként adja vissza, és nem megparancsolja, hanem evangéliumot ad a törvény helyett. A halál mint a földi létezés megszűnte ezért értelmezhető ellenségként, de nem abszolút értelemben, hanem utolsó ellenségként, ami „eltöröltetik” (1 Kor 15; 26). Mindennek szubjektív alapja, hogy az egyén földi életét ajándékként fogadja el, mert Krisztusban örök élete van.⁴⁷ Átala van történelme az embernek, és éppen ezért nincs ismerete a kezdetről, de van a középről.⁴⁸ A halál fogalmának biológiai és spirituális értelmezését együtt kell értelmezni. Önkényesen nem választhatók szét, hanem korrelációban állnak egymással. A biológiai halál spirituális meghatározottsága felől értelmezhető helyesen.

Pál apostol a korinthusiakkal folytatott vitában kifejezi: a halálban a személy önazonossága megmarad, de hangsúlyozza a földi és a mennyei test közötti különbséget

⁴⁵ Uo. 34. o.

⁴⁶ Svájcban például a Ludwig A. Minelli által 1988-ban alapított Dignitas nevű szervezet folytat ilyen jellegű tevékenységet.

⁴⁷ Uo. 437. o.

⁴⁸ BONHOEFFER, Dietrich: *Schöpfung und Fall*. München, 1958. 69. o.

(1 Kor 15; 29–42). Mit is jelent az, hogy a személy identitása, individuális önazonossága a halálban is megmarad? Eberhard Jüngel⁴⁹ és Wilfried Härle⁵⁰ nyomán megállapíthatjuk, hogy a halál a személy végső passzivitásához vezet, de ebben az állapotában sem tekinthető a személy „semminek”. A gyász folyamatában úgy egzisztál, mint a jelentőségteljes Másik. Az egyén és a közösség emlékezetében, a társadalmat kisebb vagy nagyobb mértékben meghatározó eseményekben jelenlévő embertárs. Létezik, mivel hitben azt állíthatjuk, hogy Isten emlékezetében is jelenvaló; aki alapja és eredete minden dolognak, minden időbeli eseménynek és jelenségnek, és továbbra is jelen marad akkor is, ha a történelem véges létezői már nem emlékezhetnek.⁵¹ Másrészt az a reménységünk, hogy a személy önprezenciájában, saját maga-jelenvalóságában (*Sich-gägenwertig- Sein*) az isteni emlékezet erejével „önmagaként” marad fenn. Éppen ezt az isteni jelenvalóságban létező megőrzöttséget fejezi ki az alvás metaforája a Bibliában (Ef 5; 14), az egyén identitása és önazonossága fennmarad Isten hűségének állandóságában.⁵²

Aki életét az életre szóló parancs teljesítéseként éli, az a halált teljesítőképességének megszűnésében, saját élete felett való uralmának elvesztésében látja. Aki ajándékként fogja fel földi életét, abban tudatosul, hogy eme ajándék nélkül is van élete annak az Istennek a meglevenítő emlékezte által, aki létre hívta őt.

VI. Összegzés

Az emberhez méltó halál kérdésének súlypontját az ember autonómiájáról alkotott elképzelések adják. Vitathatatlan, hogy az ember méltóságához és személyiségéhez hozzátartozik az önrendelkezés joga is, ami ugyan etikailag megalapozott, de korlátozott is. Ezért az autonómia fogalmát nem lehet abszolutizálni, ugyanakkor magában foglalja a felelősségre való felszólítást is. A haldokló ember védelemre és segítségre szorultságát kizárólag az autonómia fogalma felől nem lehet helyesen értelmezni. Az ember élete a gondolatmenetünk elején említett relációkban valósul meg, és így azokban is válik értelmezhetővé.

Elutasítandó továbbá minden olyan döntés és beavatkozás is, amelynek közvetlen célja az emberi élet kioltása. Az ilyen cselekmények nem a szenvedés csillapítására, hanem egy személy életének kioltására irányulnak. Az ilyen és hasonló tettek engedélyezése, illetve jogi szabályozásának enyhítése beláthatatlan következményekhez vezetne a társadalomban.

⁴⁹ JÜNGEL, Eberhard: *Tod*. 3. Auflage. Stuttgart, 1993. 116. o.

⁵⁰ HÄRLE, Wilfried: *Dogmatik*. 3. Auflage, Berlin – New York, 1997. 633. o.

⁵¹ STOCK, Konrad: *Einleitung in die Systematische Theologie*. Berlin – New York, 2011. 271. o.

⁵² Vö. uo. 272. o.

Az eddigiekből még nyilvánvalóbbá lett, hogy a keresztény hagyomány egyértelműen elutasítja az orvosilag által asszisztált öngyilkosságot (aktív eutanáziát). Hangsúlyozza azonban a haldokló beteg fájdalmainak csillapítását, a beteg imádságos és szerető kísérését élete utolsó szakaszában. A keresztény közösséghez tartozás egyaránt jelenti a megváltó Krisztus munkájában való részesedést (üdvösség) és a keresztény testvérek odafordulását az e világi élettől búcsúzó testvérhez. Ezek a relációk értelmet és célt adnak az élet minden pillanatához, de az örök élet és az üdvösség ígérete egyben relativizálja is az e világi élethez való feltétlen, kompromisszumot nem ismerő ragaszkodást. Így teret is enged a passzív halálba segítség meghatározott esetekben történő alkalmazásának, a személy integritásának tiszteletben tartása mellett. Hiszen ezekben a helyzetekben az orvos nem az utolsó (üdvösség), hanem az utolsó előtti (meghalni engedés) döntést hozza meg egy ember életéről. Ennek tudata azonban a haldokló beteget kísérők lelkiismerete számára is felszabadító jelleggel bír.

HÁMORI Antal*

Életvégi döntések – autonómia és életvédelem kánonjogi és világi jogi összehasonlítással¹

„Ragyogjon ránk a te arcod világossága, Urunk.”²

Megköszönve a megtisztelő felkérést, a rendelkezésre álló keretek között eleget téve annak, tanulmányomban az *életvégi döntésekről*, az *autonómia és életvédelem* kapcsolatáról – a jogbiztonságot is szolgálva – kánonjogi és világi jogi összehasonlítással szólok. Nem könnyű a feladat, hiszen a téma súlyos, és most különösen aktuális. Az *életvégi döntések* rendkívül nehezek, összetettek (lásd például szenvedés, félelem, ki, mely jogalany mikor, mit, milyen feltételekkel, hogyan tehet, illetve nem tehet),³ és a „jog” fogalma sem egyszerű. Felfogásomban az autonómia és az életvédelem – az objektíve helyes erkölcsi rend szerint – *egybecseng*: így az életvégi döntések mértékletesek, jogba ágyazottak. Ami a *kánonjog* és a *világi jog* alapvető viszonyát illeti: mindkettő a „jó”-ban, az „igaz”-ban gyökerezik.⁴ *Jognak* az nevezhető, ami jó, ami helyes – igazságos, méltányos.⁵

* HÁMORI Antal egyetemi docens, Budapesti Gazdasági Egyetem

¹ Az Eötvös Loránd Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Karán „Autonómia, életvédelem, jogbiztonság – az életvégi döntések szabályozása” címmel 2019. január 30-án rendezett konferencián elhangzott előadás lábjegyzetével bővített változata.

² Lásd Szent II. János Pál pápa: Veritatis splendor kezdetű enciklika a Katolikus Egyház minden püspökének az Egyház erkölcsstanának néhány alapvető kérdéséről, 1993. augusztus 6. *Acta Apostolicae Sedis*, 85. (1993) 1133–1228. o.; *Pápai Megnyilatkozások*. XXIV. (Fordította: Diós István.) Budapest, 1993. (A továbbiakban: VS) 2. pont; Zsolt 4,7b: „Ragyogtasd ránk arcodat, Uram,” (szentírási szövegek: *Biblia. Ószövetségi és Újszövetségi Szentírás*. Budapest, 2000.); vö. például VS 40., 42. pont.

³ *Félelem* amiatt is lehetséges, hogy amikor a lélek elhagyja a testet, a lélek szenvedni fog. E félelemnél is súlyosabb tud lenni az a *szenvedés*, amelyben az ember a halált kívánja, hogy véget érjen e szörnyű, elviselhetetlen szenvedés.

⁴ Vö. például a német *Recht* (‘jog’) gyökere a *richtig* (‘igaz’), a magyar *jog* szó pedig a *jóból* ered; lásd például *Magyar Katolikus Lexikon* V. Budapest, 2000. 975 o., 861–863. o.

⁵ A jog leginkább külső, (jórészt) alanyok közti viszonyokat szabályozó, kötelező erővel bíró magatartási normák rendszereként ragadható meg, amely a jóra, a *helyesre*, az *igazra* irányul, hozzájárulva mind az egyéni, mind a közösségi élet megfelelő kiteljesedéséhez, *igazságos* rendjéhez, *belső békéjéhez*, örök *boldogsághoz*. E kötelező erőhöz általában kényszerítő erő is társul. Hangsúlyozandónak tartom, hogy a pozitív jog nem végső szabálya önmagának: az emberek közti *igazságos* rend alapvető követelményeire kötődik. A tételes jog megalkotása és alkalmazása sem történhet önkényesen; igazodnia kell például a fizikai, biológiai, pszichológiai, társadalmi törvényszerűségekhez, s figyelembe kell vennie az *etika* szempontjait. Ha az előírások az *igazságosság* (alapvető) követelményeivel, a szoros értelemben vett erkölcs kívánalmaival, az objektíve helyes erkölcsi renddel, illetve a *természetjoggal* kerülnek ellentétbe, akkor lelkiismeretben nem köteleznek, kötelező erővel nem bírnak. Ilyen esetben a hatalom szétfoszlik, és igazságtalansággá fajul. A jogszabályok jogi

A kánonjog és a világi jog közötti különbséget, illetve kapcsolatot tekintve elmondható, hogy a kánonjog forrásai közt mindenkor első helyen a *Biblia könyvei* és az *egyház tradíciója* állnak, a végső normatív elv a kinyilatkoztatott igazság, alapelveként is feltételezve a tanítóhivatallal való egységet. Az egyházban a természetjog, illetőleg a tételes isteni jog normái, követelményei közvetlen, jogi jellegű érvényességgel is rendelkeznek, a pozitív jogon túli valóságot is mindig szem előtt kell tartani, ezért is minősül az isteni jog a hatályos kánonjog alkotórészének. A kánonjog módszere

jellege, kötelező ereje ugyanis az emberi természet objektív céljaiban rejlik, amelyeket a természeti törvények fejeznek ki normatív módon, valódi jogi jelleggel, kötelező erővel. A jog fogalmilag csak azt foglalja magában, ami igazságos, ami a „másiknak” jár – ami méltó az emberhez. Az erkölcstelen, igazságtalan rendelkezés nem képez jogot; vagyis: *nem jog az, ami nem igazságos*. Az állam alkotta jog abban tér el a természetjegtől, hogy külső kényszerítő erő áll mögötte; e „jog” annyiban minősül jognak, s annyiban rendelkezik kötelező erővel, amennyiben az emberi természetből fakadó természetjogi kritériumoknak megfelel. Az állam és az általa alkotta jog mögött álló kényszerítő erő nem jog, hanem csak a jog foganatosítója; a kényszer lehetősége vagy realitása nem a jogiság lényegi eleme. A jog lényegi eleme a kötelező erő, ami az emberi természeten alapul. Bármekkora is a kényszerítő erő, bármilyen „hatékony” is az erőszakszervezet, nem kötelez jogi erővel, ha a rendelkezés ellentmond a természetjognak. A jog érvényessége ugyanis nem akaraton, és nem is erőn alapszik, hanem az emberi természet igazságain nyugszik; azaz semmilyen akarat, ami ellentétes a természetjoggal, nem lehet forrása a szó igazi értelmében vett jognak. Lásd például Szent II. János Pál pápa *Evangelium vitae* kezdetű enciklikáját az élet védelméről, 1995. március 25. *Acta Apostolicae Sedis*, 87. (1995) 401–522. o.; *Pápai Megnyilatkozások*. XXVI. (Fordította: Diós István; EV), Budapest, 1995. 152. o. 72. pont (Aquinói Szent Tamás tanítását is idézve: „minden emberek által hozott törvény annyiban törvény, amennyiben a természeti törvényből ered. Ha pedig valamiben eltér a természeti törvénytől, már nem törvény, hanem a törvény romlása”).; NEMZETKÖZI TEOLÓGIAI BIZOTTSÁG: *Az egyetemes etika keresése, A természeti törvény új szemlélete*. Budapest, 2013. (Római Dokumentumok 42.) 74–77., 80. o.; ERDŐ PÉTER: *Az igazságtalan törvények és a vallásszabadság. Kánonjog*, 17. (2015) 15–22., 15. o. („Aquinói Szent Tamás kimutatta, hogy a törvénynek mindig a közjóra kell irányulnia. Szerinte a törvény az emberi cselekedetek szabálya, amelyeknek végső célja az egyén és a közösség boldogsága. Ennek elemeit képviseli a közjó, ezért kell a törvénynek erre irányulnia. Ha egy szabály nem a közjóra irányul, nem lehet törvény.”); ERDŐ PÉTER: *Egyházjog*. 4. kiadás. Budapest, 2005. (Szent István Kézírkönyvek 7.) 47–49., 63. o. („[...] az »isteni jogi« elvek[...] érvényesülése révén a jog az igazságossággal esik egybe.”); ERDŐ PÉTER: *Az egyházjog teológiája intézménytörténeti megközelítésben*. Budapest, 1995. (Egyház és jog 2.) 51., 174., 217. o.; FRIVALDSZKY JÁNOS: *A jogfilozófia alapvető kérdései és elemei*. Budapest, 2011. 254–255. o.; FRIVALDSZKY JÁNOS: *Klasszikus természetjog és jogfilozófia*. Budapest, 2007. 436., 438. o.; HÁMORI ANTAL: *Természetjog és (alkotmány)bíráskodás a még meg nem született emberi lény védelmében*. In FRIVALDSZKY JÁNOS – TUSSAY ÁKOS (szerk.): *A Természetjog Napja. Konferenciatanulmányok*. Budapest, 2017. 22–28., 11–42. o.; HÁMORI ANTAL: *Életről, halálról, méltóságról és jogról – Julesz Máté könyve kapcsán. Magyar Jog*, 63. (2016) 10., 605–608., 604–611. o.; Az erkölcs és a jog kapcsolata (kánonjogi nézőpontból). *Deliberationes*, 5–6. (2012) 2. – (2013) 1., 35–39. o.; HÁMORI ANTAL: *Természetjog és alkotmányunk (alapjogi aspektusok – különös tekintettel az élethez való jogra: az Alkotmánybíróság határozatainak „tükrében”)*. *Studia Wesprimiensia*, 11. (2009) 1–2., 49–89. o. (különösen 74–76., 87–89. o.); HÁMORI ANTAL: *Az igazságosságról (erkölcsteológiai és kánonjogi aspektusok)*. *Studia Wesprimiensia*, 10. (2008) 1–2., 101–128. o.; HÁMORI ANTAL: *Az emberi méltóság etikai és jogi aspektusa. Teológia*, 41. (2007) 3–4., 132–136. o.; HÁMORI ANTAL: *Az emberi méltóság védelme az egyházi jogban I–II. Magyar Bioetikai Szemle*, 9. (2003) 4., 12–20. o. és 10. (2004) 1. 9–18. o.; SZUROMI SZABOLCS ANZELM: *A „peccatum” és a „vitium” eltérő megítélése a kánonjogi források tükrében. Kánonjog*, 17. (2015) 59–70., 60–61. o. [„A természetjog (lex naturalis), az örök törvényben részesedett értelmes teremtmény által természeténél fogva ismert törvény, amely így a lehető legszorosabb kapcsolatban van az erkölccsel és a lelkiismerettel. A pozitív isteni törvény pedig (lex positiva divina), a természetfeletti rendben adott és a kinyilatkoztatásból ismert törvényt jelenti.”]. A mértékletességhez és a többi sarkalatos erényhez lásd például PIEPER, JOSEF: *A négy sarkalatos erény, Okosság • Igazságosság • Bátorság • Tartás és mérték*. (Fordította: Körber Ágnes.) Budapest, 1996. (XX. századi keresztény gondolkodók 10.) 195. o.

a természetfeletti valóság felé nyitott sajátos megismerési mód, amelynek központi meghatározója a jogalkalmazás igénye, sokszor teológiai alapon kell interpretálni a tételes egyházi törvényt is. Az egyházi jog és a világi jogok különbsége céljaikban és az azokhoz tartozó eszközökben ragadható meg, az ember teljes méltóságának védelme és kibontakoztatása azonban a világi jognak is célja kell hogy legyen. A kánonjog – az egyház sajátos céljának megfelelően – az üdvösséget mint az ember végső javát kívánja elsődlegesen szolgálni; az egész egyházjog célja és legfőbb vezérelve a lelkek üdvössége (*salus animarum*), miként a jelenleg hatályos, 1983. évi *Codex Iuris Canonici* (CIC) 1752. kánonjában olvasható: „a lelkek üdvösségének az egyházban mindig a legfőbb törvénynek kell lennie”. Fontos, hogy a világi társadalmak (is) az emberi személyt állítsák jogrendük középpontjába, és sohase vonják ki magukat a természetjog követelményei alól, amelyeknek minden helyen és minden nép számára, ma és mindig érvényesülniük kell: az állam is a természetjog figyelembevételével köteles meghozni és alkalmazni a szabályait. A pozitív normákba, például az írott alkotmányba összegyűjtött természetjog folyamatosan megmarad természetjognak, és ekként is kell magyarázni. A természetjog felvétele a pozitív jogba nem alakítja át azt pozitív joggá, hanem hozzákapcsolja a pozitív jog saját erejét (például a biztonságot és a bizonyosságot); így természetjog marad, és a természetjog megismerésének és alkalmazásának saját szabálya szerint kell magyarázni.⁶

Kérdés, mikor mértékletesek az „életvégi döntések”, mi az „autonómia” és az életvédelem összhangja, mi a jó, mi a helyes – igazságos, méltányos, jogszerű (mi a „Ne ölj!”⁷ tartalma)?

A kérdés megválaszolása előtt érdemes utalni a „passzív eutanáziá”-val kapcsolatos fogalmi tisztázásra, amely szerint nem minősül „eutanáziá”-nak az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasításának lehetősége, ha a beteg olyan súlyos

⁶ Lásd például ERDŐ: *Egyházjog*. 49–54., 91–93., 211–212. o.; ERDŐ Péter: „Salus animarum: suprema lex”. A lelkek üdvösségére való utalások szerepe a katolikus egyház hatályos törvénykönyveiben. *Kánonjog*, 5. (2003) 7–18. o.; ERDŐ: *Az egyházjog teológiája intézménytörténeti megközelítésben*. 191–217. o.; ERDŐ Péter: A „katolikus természetjogtan” gyökerei a sztoikusok filozófiájában. *Jogtudományi Közlöny*, 49. (1994) 342–352. o.; ERDŐ Péter: Eszmétörténeti megjegyzések a természetjog fogalmának katolikus használatához. In *Az egység szolgálatában, Köszöntő Békés Gellért 80. születésnapjára*. Pannonhalma, 1994. 263–284. o.; ERDŐ Péter: Méltányosság a mai egyházjogban. *Vigilia*, 58. (1993) 2., 117–123. o.; FÜRST, Carl Gerold: Az egyházjog lényegéről. (Fordította: Erdő Péter.) *Communio*, 1. (1993) 3., 58–70. o.; HERVADA, Javier: *Kritikai bevezetés a természetjogba*. Budapest, 2004. 198. o.; HERVADA, Javier: *Il dritto naturale nell' ordinamento canonico. Ius Ecclesiae*, 1. (1989) 493–508. o.; HORVÁTH Sándor: A természetjog. *Vigilia*, 14. (1949) 218–234. o.; HORVÁTH Sándor: Az örök törvény. *Vigilia*, 13. (1948) 513–521. o.; KUMINETZ Géza: *Katolikus házasságjog (Különös tekintettel a latin egyház jogára)*. Budapest, 2002. 32. o.

⁷ Lásd Kiv 20,13; 23,7; Mtörv 5,17; Mt 5,21. Vö. például HÁMORI Antal: A „duplex effectus” és a „kisebbik rossz” elve az állapotos nő életveszélye esetén. *Magyar Sion*, 12. (2018) 2., 239–253. o.; HÁMORI Antal: Az abortusz és a fogamzásgátlás tilalma – nehéz esetek tárgyalása, a *Humanae vitae* 50., a *Donum vitae* 30. és a *Dignitas personae* 10. évfordulója kapcsán (élet-„rivalizálás”, válással fenyegetés, IVF-lét megélése). *Athanasiana*, 46. (2018) 1., 54–74., 45–95. o.; HÁMORI Antal: A „duplex effectus” elve és a „kisebbik rossz” elve az állapotos nő életveszélye esetén. *A Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesületének Tudósítója*, 34. (2017) 3., 81–103. o.

betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet, és gyógyíthatatlan, s a betegség *természetes* lefolyása lehetővé van téve.⁸ Ennek értelmében – megítélésem szerint – a hatályos magyar jog, ezen belül az Eütv. sem ismeri az „eutanázia”-t (sem aktív, sem passzív formájában). A fogalmi elhatárolás szempontjából a konjunktív feltételek közül a „természetes” szónak is meghatározó jelentősége van. Az „eutanázia” fogalmának meghatározása vonatkozásában meglévő véleménykülönbségek egy része – meglátásom szerint – a „természetes” szó, a „betegség természetes lefolyását lehetővé téve” szövegrész eltérő értelmezése, jelentőségének más súly „tulajdonítása” miatt áll fenn.⁹ Így az ún. „túlbugzó gyógyítás” elutasítása – az általam is képviselt terminológia szerint – nem tartozik a „passzív eutanázia” körébe.¹⁰ Megemlítendő, hogy a jelenleg hatályos magyar állami szabályozás nem tartalmazza az „eutanázia” szót; korábban pedig jogellenes magatartásként foglalta magában.¹¹ Az

⁸ Lásd az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 20. § (3) bekezdés; részletesen például HÁMORI Antal: Az „eutanázia” fogalmi meghatározása, erkölcsi és jogi minősítése. *Magyar Bioetikai Szemle*, 13. (2007) 1., 24–32. o.

⁹ Lásd például 22/2003. (IV. 28.) AB határozat, Dr. Bihari Mihály alkotmánybíró különvéleménye.

¹⁰ Részletesen lásd például HÁMORI Antal: Az emberhez méltó „halál” megélése – A haldokló, szenvedő beteg életének és méltóságának tisztelete, védelme. *Magyar Jog*, 64. (2017) 7–8., 487–504., 492–493. o.; HÁMORI Antal: Az emberi élet védelme etikai, erkölcsi, jogi, kánonjogi szempontból (az abortusz, az „eutanázia” és a túlbugzó gyógyítás problémája az Egyház tanításában) I–II. *Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesületének Tudósítója*, 32. (2015) 2., 50–67. o. és 32. (2015) 3., 94–105. o.; HÁMORI Antal: Az „eutanázia” és a katolikus erkölcsi teológia. In FAZAKAS Sándor – FERENCZ Árpád (szerk.): *Ideje van az életnek, és ideje van a meghalásnak... Életvégi döntések keresztyén etikai megközelítése*. Debrecen, 2014. 97–125., 103–111. o.; HÁMORI Antal: Az eutanázia és a túlbugzó gyógyítás problémája. *Etikai, jogi, teológiai szempontok*. Budapest, 2013. 13–17., 73–86. o.; HÁMORI Antal: Az „eutanázia” és a túlbugzó gyógyítás elutasításának megítélése a Katolikus Egyház tanításában. *A Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesületének Tudósítója*, 30. (2013) 4., 137–147. o.; HÁMORI Antal: Az „eutanázia” és a túlbugzó gyógyítás elfogadhatatlansága. *Magyar Bioetikai Szemle*, 19. (2013) 1–2., 31–37. o.; HÁMORI Antal: Az „eutanázia” problémája kánonjogi nézőpontból – világi jogi kitekintéssel. In Filó Mihály (szerk.): *Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén*. Budapest, 2011. 120–140., 123–128. o.; HÁMORI Antal: Az „eutanázia” fogalmához. *Magyar Jog*, 57. (2010) 9., 561–568. o.; HÁMORI Antal: Az „eutanázia” fogalma és kánonjogi minősítése. *Magyar Sion*, 4. (2010) 2., 177–190. o.; HÁMORI Antal: Az „eutanázia” problémája a katolikus egyházjogban (magyar állami jogi kitekintéssel). *Iustum Aequum Salutare*, 6. (2010) 2., 25–44. o.; HÁMORI Antal: Az „eutanázia” megítélése a katolikus egyház tanításában. *Vallástudományi Szemle*, 6. (2010) 1., 125–149. o.; HÁMORI Antal: A haldokló, beteg ember életének és méltóságának tisztelete az Egyház tanításában, Az „eutanázia” problémája erkölcsi teológiai szempontból, profán szakirodalmi és jogi kitekintéssel. Budapest, 2009. (Erkölcsi teológiai Könyvtár 8.) 29–33., 172. o.; HÁMORI Antal: *Igazságosság, emberi méltóság, szabadság és felelősség, élet- és családvédelem*. Budapest, 2009. 34–35. o.; HÁMORI Antal: Az életvédelem kritikus pontjai (abortusz, sterilizáció, drogfogyasztás, „eutanázia”). *Teológia*, 43. (2009) 1–2., 18–51., 43–45. o.

¹¹ A főszabály szerint 1998. július 1. napjától hatályos Eütv. (például 20–23. §-ában foglalt) – [lásd uo. 245. § (1) bekezdés] –, valamint az ugyanezen a napon hatályba lépett egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályairól szóló 117/1998. (VI. 16.) Korm. rendelet – [lásd uo. 11. § (1) bekezdés] – rendelkezéseivel 2007. június 30. napjáig alkalmazandó volt az egészségügyi dolgozók rendtartásáról szóló 11/1972. (VI. 30.) EüM rendelet 20. §-ának (1) bekezdése is, amely kimondta: „Az orvosnak meg kell tagadnia az orvosi tevékenységet, ha a beteg, a hozzátartozója vagy bármely más személy olyan orvosi tevékenység kifejtését kéri, illetőleg olyan orvosi tevékenység elvégzésére kívánja rábírní, amelyet jogszabály tilt [például csak kórházban végezhető műtétnak magánorvosi rendelőben való elvégzése, életnek gyógyíthatatlan betegség miatti kioltása (euthanázia) stb.]”. [Az EüM rendeletet hatályon kívül helyezte: 30/2007. (VI. 22.)

„eutanázia” szó a CIC-ben és a *Codex Canonum Ecclesiarum Orientalium*ban (CCEO, 1990) sem szerepel, de a kánonjogi relevanciával bíró hiteles egyházi tanítóhivatali megnyilatkozásokban – mint erkölcsileg és jogilag rossz magatartásról – bőségesen olvashatunk róla,¹² s így a CIC 1397. kánonjának, a CCEO 1450. kánonja 1. §-ának, illetve az eredményes „magzati eutanázia” (lásd ún. „genetikai indikáció”) esetében a CIC 1398. kánonjának, a CCEO 1450. kánonja 2. §-ának hatálya alá esik, azaz büntetőjogilag is jelentőséggel bír.¹³

EÜM r. 2. §; hatálytalan: 2007. július 1. napjától]; ez azt a véleményt „támasztotta alá”, hogy a magyar állami szabályozás az Eütv. hatályba lépését követően sem engedte meg az „eutanáziát” [bár igaz, hogy az EÜM rendelet egészen a hatályon kívül helyezéséig, azaz körülbelül tizenhét évvel a rendszerváltást követően is, nemcsak a preambulumban „hemzsegett” a „szocialista” szótól: lásd 11. §, 13. § (1) bekezdés, 19. § (2) bekezdés, 20. § (2) bekezdés; ugyanakkor az is igaz, hogy az EÜM rendelet 1998. július 1. napját követően is többször módosításra került, anélkül tehát, hogy a 20. § (1) bekezdésében a jogszabály teljes hatályon kívül helyezéséig (2007. július 1.) szereplő „eutanázia”-tilalom hatályon kívül helyezésre került volna.] Mindemellett megemlítendő: a 117/1998. (VI. 16.) Korm. rendelet melléklete – az Eütv. 22. §-ának (1) bekezdésében megjelölt közokirat kötelező tartalmi elemei körében – a következőket is magában foglalja: „a visszautasított ellátások meghatározhatók = a magyar nyelvben általánosan használt megnevezéssel (például [...]) mesterséges táplálás vagy lélegeztetés általában vagy időtartam, illetve esetszám meghatározásával”.

¹² Részletesen lásd például HÁMORI: *A haldokló, beteg ember életének és méltóságának tisztelete az Egyház tanításában...* 29–56. o. (vö. uo. 86–91. o.). A „passzív eutanázia” hiteles egyházi tanítóhivatali megnyilatkozásokban bekövetkezett fogalmi változásához lásd például MAGYAR KATOLIKUS PÜSPÖKI KONFERENCIA: *Az élet kultúrájáért. A Magyar Katolikus Püspöki Konferencia körlevele a bioetika néhány kérdéséről.* Budapest, 2003. [146. o. MKPK 2003. évi bioetikai körlevél; „A körlevél elkészítésében a Püspöki Konferenciát neves szaktudósok – Falus András, Freund Tamás, Hámori József, Kopp Mária és Vizi E. Szilveszter, valamint Harsányi Ottó teológus – segítették.” – *Magyar Kurír*, 2003. december 11.; a körlevél célja, hogy az élet védelmét eredményező szemléletváltáshoz – a hit tanítása útján – hozzájáruljon (lásd körlevél 2. pont); e küldetést különösen azon élet elleni támadások teszik aktuálissá, amelyek a leggyengébbek és a legvédtelenebbek, a legkiszolgáltatottabbak – a születő gyermekek és a haldokló betegek – élete ellen irányulnak (vö. körlevél 4–6., 12., 14. pont, valamint EV 7–28. pont); e hiteles tanítóhivatali megnyilatkozás (lásd CIC 753. kánon) nem önálló, nem új tanítást tartalmaz, hanem instrukciójelleggel foglalja össze a bioetika aktuális kérdéseit. A körlevelet a Konferencia püspöktagjai egyhangúlag fogadták el, ezért azt az „Apostolos suos” kezdetű *motu proprio* rendelkezése alapján az Apostoli Szentszéknek nem kellett felülvizsgálnia, lásd *Acta Apostolicae Sedis*, 90 (1998) 657.] 68., 75., 79–80. pont. A hiteles egyházi tanítóhivatali megnyilatkozások kánonjogi relevanciájához lásd például CIC 749–750., 752–754. kánon; CCEO 597–600. kánon; HÁMORI Antal: *Az egyház erkölcsi tanításának kánonjogi relevanciája az élet- és családvédelem területén. Iustum Aequum Salutare*, 12. (2016) 1., 251–262. o.

¹³ A CIC 1397–1398. kánonjához és a CCEO 1450. kánonjának 1–2. §-ához – világi jogi összehasonlítással – részletesen lásd HÁMORI Antal: *Életvédelem a katolikus Egyház jogrendjében világi jogi összehasonlítással.* Budapest, 2006. 59–202. o. A „magzati eutanázia”-hoz lásd például HÁMORI: *Az emberhez méltó „halál” megélése...* 489. o.; HÁMORI: *A haldokló, beteg ember életének és méltóságának tisztelete az Egyház tanításában...* 184–186. o.; vö. például HÁMORI Antal: *A még meg nem született emberi lény élete és a vele keletkezett fogyatékos gyermek emberi méltósága védelmének összefüggése – válasz az EBH 2015.P.11.-re. Jogtudományi Közlöny*, 73. (2018) 1., 46–52. o.; HÁMORI Antal: *A még meg nem született emberi lény élete és a vele-keletkezett fogyatékos gyermek emberi méltósága védelmének összefüggése a mai magyar jogban.* In FRIVALDSZKY János – TUSSAY Ákos (szerk.): *A Természetjog Napja. Konferenciatanulmányok.* Budapest, 2017. 43–111. o.; HÁMORI Antal: *Az ember élve születése nem káresemény – az EBH2015. P.11. árnyékában és az Alaptörvény tükrében. Magyar Bioetikai Szemle*, 22. (2016) 4., 4–29. o.; HÁMORI Antal: *Az ember élve születése nem káresemény (a Legfelsőbb Bíróság 1/2008. PJE számú jogegységi határozata; alkotmányjogi aspektusok). Jogtudományi Közlöny*, 64. (2009) 11., 471–482. o.; HÁMORI Antal: *Kártérítési felelősség a fogyatékossgal való születés miatt? Magyar Jog*, 54. (2007) 2., 92–100. o. Vö. például HÁMORI Antal: *A még meg nem született emberi lény életének és méltóságának tisztelete. Magyar Sion*,

A mai magyar állami büntető törvénykönyv szerinti szabályozáshoz képest a különbségek különösen a következőkben állnak: míg az állami reguláció az „aki mást [...] megöl”-ben – és az „öngyilkosságban közreműködés”-ben – ölt testet,¹⁴ addig a kánonjog az „aki emberölést követ el”-ben („Qui homicidium patrat”) gondolkodik, vagyis az utóbbiba a saját élet kioltása is – értelemszerűen – beletartozik (lásd ún.

11. (2017) 2., 297–309. o.; HÁMORI Antal: Reflexió a Magyar Orvosi Kamara 2012. január 1-én hatályba lépett Etikai Kódexének „az ún. orvosi javallatra történő abortusz lehetősége” szövegrészéhez. *Magyar Bioetikai Szemle*, 22. (2016) 3., 23–25. o.; HÁMORI Antal: A Hittani Kongregáció művi abortuszról szóló nyilatkozata. *Magyar Bioetikai Szemle*, 21. (2015) 4., 182–183. o.; HÁMORI Antal: Az abortusz-szabályozás problémái. *Magyar Bioetikai Szemle*, 21. (2015) 1., 22–29. o.; HÁMORI Antal: A Hittani Kongregáció Dignitas personae című instrukciója. *Magyar Sion*, 6. (2012) 1., 96–103. o.; HÁMORI Antal: A Hittani Kongregáció művi abortuszról szóló 2009. július 11-i nyilatkozata. *Magyar Bioetikai Szemle*, 17. (2011) 1., 35–37. o.; HÁMORI Antal: Életvédelem a mai magyar „jog”-ban (kánonjogi összehasonlítással). *Iustum Aequum Salutare*, 7. (2011) 1., 5–13. o.; HÁMORI Antal: *Az emberi élet védelme a katolikus egyház tanítása szerint. Távlatok*, 19. (2009) 4., 20–31. o.; HÁMORI Antal: *A humánembrió védelme erkölcssteológiai nézőpontból*. Budapest, 2008. (Erkölcssteológiai Könyvtár 6.); HÁMORI Antal: Az életvédelem jogforrásai alapjai. In HORVÁTH-SZABÓ Katalin (szerk.): *Házasság és Család*. Budapest, 2008. 130–159. o.; HÁMORI Antal: Életvédelem és jog – aktuális kihívások I–II. *A Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesületének Tudósítója*, 25. (2008) 2., 49–73. o., 25. (2008) 3., 96–120. o.; HÁMORI Antal: Az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárások erkölcsi és jogi aspektusai. In HÁMORI Antal – ROJKOVICH Bernadette – SZILÁGYI Szilvia (szerk.): *Szabadságra elhívva az életért*. Budapest, 2007. 65–75. o.; HÁMORI Antal: A magzatkorú gyermek élethez való jogának egyházi és világi jogi védelméről (A Magyar Katolikus Püspöki Konferencia Az élet kultúrájáért című, a bioetika néhány kérdéséről szóló, 2003. évben meghozott körlevele kapcsán). In *Biogenetika és etika*. Budapest, 2005. (Sapientia füzetek 4.) 87–107. o.; HÁMORI Antal: „Lehetnek-e igényeink és lehetőségeink az abortuszra?” (egyházi jogi aspektusok) I–II. *Magyar Bioetikai Szemle*, 11. (2005) 3., 117–122. o., 11. (2005) 4., 190–200. o.; HÁMORI Antal: A magzati vizsgálatok, beavatkozások megítélése. *Magyar Bioetikai Szemle*, 11. (2005) 3., 150–156. o.; HÁMORI Antal: Magzátvédelem a magyar jogban. *Családi Jog*, 3. (2005) 1., 7–16. o.; HÁMORI Antal: Egidio Miragoli: Il confessore e la remissione della scomunica per aborto procurato. *Magyar Bioetikai Szemle*, 11. (2005) 1., 52–59. o.; HÁMORI Antal: Hogyan segíthet a jogász az orvosnak az életvédelemben? *Ökumené*, 11. (2004) 4., 36–42. o.; HÁMORI Antal: Magzátvédelem a magyar jogban I–II. *Magyar Bioetikai Szemle*, 10. (2004) 3., 8–21. o., 22–34. o.; HÁMORI Antal: A communio ekkleziológiai alapjai és kánonjogi vetülete az abortusz tükrében (mint a krisztushívők kötelességeinek és jogainak mértéke). *Magyar Bioetikai Szemle*, 10. (2004) 2., 19–26. o.; HÁMORI Antal: „Várandósság – cselekvőképtelenség” (A cselekvőképtelen állapotos személy véleményének figyelembevétele, illetőleg a törvényes képviselő „kérelem”-előterjesztési jogának határai a „terhesség”-megszakítás iránt indított eljárásban). *Magyar Bioetikai Szemle*, 9. (2003) 1., 36–40. o.; HÁMORI Antal: A magzatkorú gyermek élethez való joga a magyar bírói gyakorlatban. *Magyar Jog*, 49. (2002) 4., 227–231. o.; HÁMORI Antal: Az abortusz büntetendő cselekményének kánonjogi tényállása (magyar állami jogi összehasonlítással). *Kánonjog*, 4. (2002) 1–2., 85–96. o.; HÁMORI Antal: A magzatkorú gyermek élethez való joga, „Taigetosztól Dávodig”. *Magyar Bioetikai Szemle*, 7. (2001) 2–3., 37–42. o.; HÁMORI Antal: *A magzat élethez való joga*. Budapest, 2000.; HÁMORI Antal: A magzat élethez való joga. *Magyar Bioetikai Szemle*, 6. (2000) 3., 1–10. o.; HÁMORI Antal: A magzat jogalanyisága és perbeli jogképessége a hatályos magyar jogban I–II. *Magyar Bioetikai Szemle*, 5. (1999) 4., 8–17. o., 6. (2000) 1., 7–14. o.; Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.) II. cikkének kritikájához lásd például HÁMORI Antal: A család(ok) és a magzati élet védelme a mai magyar jogban demográfiai helyzetképpel. *Iustum Aequum Salutare*, 12. (2016) 4., 91–151., 137–140. o.; HÁMORI Antal: A születés előtti emberi élet alkotmányos védelme (alkotmányozás, alkotmánybíráskodás). *Magyar Jog*, 59. (2012) 1., 17–27. o.; HÁMORI Antal: Mikortól ember az ember a 21. századi Magyarország jövőképeben – a jog tükrében? In BESZTERI Béla – MAJOROS Pál (szerk.): *A huszonegyedik század kihívásai és Magyarország jövőképe*. Veszprém, 2011. 411–425. o.

¹⁴ Lásd a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény 160. § (1) bekezdés, 161. §, 162. § (1)–(2) bekezdés; a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény 166. § (1) bekezdés, 167. §, 168. § (1)–(2) bekezdés.

„eredménytelen bűncselekmény”); az más kérdés, hogy „kétség” esetén – lásd az egyházi büntető-eljárásjog által is ismert „in dubio pro reo” elvét – egyéb, kevésbé hátrányos jogkövetkezmények sem kerülnek alkalmazásra;¹⁵ az eredményes önölés esetére említve: alig képzelhető el ugyanis olyan eset, amikor az ún. „öngyilkosság” (önölés) „bűn jellege”, teljes beszámíthatósága nyilvánvalóan bizonyítható, s egyszerűs mind a temetés elvégzése botrányt is okozna.¹⁶

A kétfajta jogrend közti különbség sajátos *büntetések* céljaiban és eszközeiben is tükröződik: míg az egyházi jog elsődlegesen az *örök életet* szolgálja, hirdeti és védelmezi (azt tekinti a legfőbb közjónak), addig a világi jog az evilági életre (a földi javakra) koncentrál, eszközeit (például a büntetési tetteit) annak szolgálatában biztosítja. Ha azonban az ember teljes méltóságának védelme és kibontakoztatása a világi jog célja (nem annak megsértése és megsemmisítése: lásd például művi abortusz és „eutánázia”), eszközül pedig a természetjog követelményeit is segítségül hívja, annak figyelembevételével hozza és alkalmazza szabályait, akkor a világi jog is az emberi testvériséget, az ember igaz javát és az egész emberiséget szolgálja.¹⁷

Az, hogy a mai magyar állami büntetőjogi szabályozás – szemben a kánonjoggal – nem rendeli büntetni az ún. „öngyilkosság”-ot (önölést), nem jelenti azt, hogy e cselekmény az állami reguláció szerint jogszerű lenne: a polgári jog ugyanis tiltja.

A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) 2:42. §-ának magyarázata szerint:

Az élethez való jogról való lemondás, az élethez való jog megsértésébe való jogosulti hozzájárulás a büntető törvényben szabályozott emberölés miatt nem lehet érvényes. A személyiségi jogok védelmét értelemszerűen így nem lehet kizárólag az érintett jogalany kívánásaitól, önrendelkezési jogának gyakorlásától függővé tenni. Más szóval a jognak a jogalanyt saját magától is meg kell védenie bizonyos szituációkban. Ezek a helyzetek azonban pontosan kategorizálhatatlanságuk és sokszínűségük okán szükségszerűen nem kaphatnak helyet a Ptk.-ban egy felsorolás formájában. [...] Bár a Ptk. külön nem rögzíti,

¹⁵ Lásd például HÁMORI: *A haldokló, beteg ember életének és méltóságának tisztelete az Egyház tanításában...* 205–206. o. (670. lj.); HÁMORI: *Életvédelem a katolikus Egyház jogrendjében...* 137–138., 214–215. o.

¹⁶ Vö. CIC 1184. kánon 1. § 3. sz., 2. §, 1185. kánon, CCEO 877. kánon; Az Egyházi Törvénykönyv. *A Codex Iuris Canonici hivatalos latin szövege magyar fordítással és magyarázattal.* 4. kiadás. Szerkesztette, fordította és a magyarázatot írta: Erdő Péter. Budapest, 2001. 811–812. o.; részletesen lásd például HÁMORI Antal: *Az öngyilkosság kánonjogi nézőpontból.* In FILÓ Mihály (szerk.): *Halálos bűn és szabad akarat. Öngyilkosság a jogtudomány tükrében.* Budapest, 2013. 88–100. o.; HÁMORI Antal: *Az öngyilkosság kánonjogi aspektusai. A Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesületének Tudósítója,* 29. (2012) 1., 10–25. o. A születése előtt meghalt, a keresztség szentségében nem részesült emberi lény egyházi és világi temetéséhez lásd például HÁMORI Antal: *A születése előtt meghalt gyermek állami és egyházi védelme. Magyar Sion,* 11. (2017) 1., 45–68. o.; HÁMORI Antal: *A születése előtt meghalt gyermek állami és egyházi védelme (A keresztség nélkül meghalt kisgyermek eljuthatnak az örök üdvösségre).* *Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesületének Tudósítója,* 33. (2016) 2., 41–65. o.

¹⁷ Részletesen lásd HÁMORI: *Életvédelem a katolikus Egyház jogrendjében...* 95–100., 121–122., 168–176., 199–202. o.

azonban a továbbiakban is helytálló az a felfogás, mely szerint az érintett személyiségi jogait nem korlátozhatja és nem zárhatja ki, sem egyoldalú nyilatkozattal, sem szerződéssel. A személyiségi jogokat korlátozó általános, nem helyzetekre specializált szerződések és egyoldalú nyilatkozatok tilalma védelem az ellen, hogy a bármilyen kiszolgáltatott helyzetbe kerülő jogosult feláldozza személyiségi jogait pillanatnyi szorult helyzetéből történő szabaduláshoz.¹⁸

Továbbá:

A személyiségi jog a jog alanyának testi és szellemi személyiségi értékeire vonatkozik, amelyek elválaszthatatlanok a jog alanyától, lemondani róluk nem lehet. [...] A személyiség szabadságának korlátját jelenti az a közösség, amelyben az egyén él, cselekszik, gondolkodik. Amikor a személyiséget elsődlegesen mint individuumot tekintjük, nem hagyhatjuk figyelmen kívül a más emberre (embercsoportra) jellemző általános igények érvényesülését sem. Az általános és csoportnormák figyelembevétele abban jut kifejezésre, hogy a személyiségvédelem határait hol húzhatjuk meg. [...] Nem lehet szó olyan hozzájárulásról, amelyben valaki valamennyi személyiségi jogáról rendelkezik, azok megsértéséhez hozzájárul. [...] a törvény 6:526. §-a semmissé nyilvánítja az életet, testi épséget vagy egészséget károsító magatartás esetén a felelősség korlátozását vagy kizárását.^{19,20}

A Ptk. 6:152. §-a pedig kimondja: „A szándékosan okozott, továbbá emberi életet, testi épséget vagy egészséget megkárosító szerződésszegésért való felelősséget korlátozó vagy kizáró szerződési kikötés semmis.”²¹

Miként a Magyar Katolikus Püspöki Konferenciának *Az élet kultúrájáért* című, 2003. évi hiteles egyházi tanítói hivatali megnyilatkozásában is olvasható: „Az alany autonómiájának hangsúlyozása nem juthat el az autonómia forrásának, azaz önmaga létének megszüntetéséig.”²²

¹⁸ Lásd FÉZER Tamás in OSZTOVITS András (szerk.): *A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény és a kapcsolódó jogszabályok nagykommentárja I. kötet*. Budapest, 2014. 258–260. o.

¹⁹ Lásd PETRIK Ferenc in WELLMANN György (szerk.): *Az új Ptk. magyarázata I/VI*. Budapest, 2013. 145., 147., 149. o.

²⁰ Vö. például Ptk. 6:2. § (2)–(3) bekezdés: „(2) Egyoldalú jognyilatkozatból jogszabályban meghatározott esetekben keletkezik kötelem. Ezekre a kötelemeke a kötelemekek közös és a szerződés általános szabályait kell megfelelően alkalmazni. (3) Kötelem jogszabályból, bírósági vagy hatósági határozatból akkor keletkezik, ha a jogszabály, a bírósági vagy a hatósági határozat így rendelkezik, és a kötelezettet, a jogosultat és a szolgáltatást meghatározza. Ezekre a kötelemeke a kötelemekek közös és a szerződés általános szabályait kell megfelelően alkalmazni.” és Ptk. 6:9. §: „A jognyilatkozat hatályára, érvénytelenségére és hatálytalanságára – ha e törvény eltérően nem rendelkezik – a szerződés általános szabályait kell megfelelően alkalmazni.”

²¹ Vö. CIC 1290. kánon; és a „Ne ölj!” parancsa (Kiv 20,13; 23,7; Mt 5,17; Mt 5,21).

²² Lásd MKPK 2003. évi bioetikai körlevél 85. pont második mondat.

Az „autonómia” és az életvédelem összhangjának vizsgálata²³ az „autonómia” fogalmi meghatározását is megkívánja. Ha az „autonómia” alatt az „önrendelkezés”-t, az „önrendelkezési szabadság”-ot (is) értjük, akkor sincsen szó határtalanságról, amelyre – az életvédelemmel összefüggésben – példának hozhatjuk fel az orvos lelkiismereti szabadságát, az ahhoz való jogot (vö. például „eutanázia”, „öngyilkosság”-ban közreműködés),²⁴ a közösség (például a család, a társadalom) jogát, jogos érdekét, az állam életvédelmi kötelezettségét (az emberi élet alapvető értékét), a közjót, a rész és az egész (az egyén és a közösség) érdekeinek objektíve helyes összhangját (az emberi élet nemcsak személyes, hanem közösségi érték is).²⁵ Mindez jól mutatja, hogy az „életvégi döntés”-nek nem szabad önkényesnek, mértéktelennek, vakmerőnek, illetve gyávanak, igazságtalannak, jogellenesnek lennie (lásd például „túl buzgó gyógyítás”, illetve „eutanázia”, „öngyilkosság”). A rossz választása visszaélés a szabadsággal; a rosszra valójában nincsen szabadság; a szabadság, az igaz szabadság az igazságban és nem az igazságtól való szabadságban áll.²⁶

Nézetem szerint az „életvégi döntések” akkor mértékletesek, igazságosak, kánon- és világi jogszerűek, az „autonómia” és az életvédelem akkor van összhangban, ha a halált – az alábbiakban említettek szerint – nem siettetjük és nem is késleltetjük.

Az egyház tanítása szerint az „eutanázia” erkölcsileg és jogilag rossz magatartás, a szándékos, elfogadhatatlan *emberölés* fajtája (lásd ártatlan ember halálának közvetlen, szándékos előidézése)²⁷, a „halál közeli” állapotban lévő másik ember (beteg) „minden” fájdalom (szenvedése) megszüntetésének, kiküszöbölésének, illetve csökkentésének szándékával, saját kérésre, beleegyezéssel vagy annak hiányában történő (lásd például kómában lévő beteg), a betegség *természetes* lefolyását lehetővé *nem* tevő vagy a „duplex effectus” („kettős hatás”) elvét egyébként sértő *megölése*.²⁸ A *passzív*

²³ Lásd például HÁMORI: *Életvédelem a katolikus Egyház jogrendjében...* 209–230. o.; HÁMORI Antal: Az „autonómia tisztelete” a magyar jogban (a számi ikrek élethez való joga és szülei önrendelkezéshez való joga „kollíziójá”-nak tükrében). *Alma Mater*, (2001) 5., 113–134. o.

²⁴ Vö. például HÁMORI Antal: Az orvos lelkiismereti szabadsága és a duplex effectus elve az állapotos nő életveszélye esetén, *Egyházjogi aspektusok. Magyar Sion*, 5. (2011) 2., 197–226. o.; HÁMORI Antal: A magzatvédelem kánonjogi aspektusai és az orvos lelkiismereti szabadsága. *A Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesületének Tudósítója*, 23. (2006) Supplementum 173–204. o.

²⁵ Vö. például Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.) I. cikk (1)–(3) bekezdés, II. cikk, VII. cikk (1) bekezdés.

²⁶ Lásd például VS 64. pont; HÁMORI: *Életvédelem a katolikus Egyház jogrendjében...* 27–34. o. Vö. például Jn 8,32: „megismeritek az igazságot, és az igazság szabadá tesz benneteket.”; 1Tim 2,4: „[Isten] aki azt akarja, hogy minden ember üdvözljön és eljusson az igazság ismeretére.”

²⁷ Vö. például a „méhen kívüli terhesség” esetére vonatkozóan: HÁMORI: A „duplex effectus” és a „kisebbik rossz” elve az állapotos nő életveszélye esetén. 239–253. o.; HÁMORI: Az abortusz és a fogamzásgátlás tilalma... 54–74. o.; HÁMORI: A „duplex effectus” elve és a „kisebbik rossz” elve az állapotos nő életveszélye esetén. 81–103. o.

²⁸ Lásd például II. Vatikáni Zsinat, *Gaudium et Spes* kezdetű lelkipásztori konstitúció az Egyház és a mai világ viszonyáról, Róma, 1965. december 7. *Acta Apostolicae Sedis*, 58. (1966) 1025–1115. o., 27. pont; *A Katolikus Egyház Katekizmus*a (1997. augusztus 15.). A latin mintakiadás fordítása. Budapest, 2002. (Fordította: Diós István.) (Szent István Kézírónyek 6.) 2277. pont; EV 57., 65. pont; Hittani Kongregáció, *Iura*

(mulasztással megvalósuló) „eutanázia” esetében a beteg életének megmentésére kötelezett személy (orvos) nem fejt ki olyan tevékenységet (nem tanúsít olyan aktív magatartást), amelynek megtételére *reális* lehetősége van, és amely megakadályozza a halálos eredmény bekövetkezését. Az ún. „túlbuzgó gyógyítás” elutasítása – elkerülése, illetve befejezése – (a beteg állapotának figyelembevételével rendkívülinek vagy aránytalanak, *túlságosan* terhesnek minősülő kezelésekről, beavatkozásokról való lemondás), a közeli és elháríthatatlan, a beavatkozások abbahagyásától függetlenül halállal járó betegség *természetes* lefolyását lehetővé tevő, megfelelő fájdalomcsillapító kezelést biztosító eljárás (a beteg ápolása és az élet *természetes* befejeződésének elfogadása) nem tartozik az „eutanázia” (a rossz) fogalmi körébe.

A „duplex effectus” elve alkalmazásának szabályai szerint nincsen szó „eutanáziáról”, ha a tudatot korlátozó, életet elfogadhatóan megrövidítő narkotikummal (morfinnal) történő – a beteg állapotának megfelelő, szándékával egyező – fájdalomcsillapítás a fájdalom (szenvedés) megfelelő csökkentése (enyhítése) érdekében *elkerülhetetlen*, az adott helyzetben az *egyetlen* – *súlyos indok* (elviselhetetlen fájdalom) alapján fennálló – eszköz, értelemszerűen értve nem akadályozza meg más erkölcsi, családi és vallási *kötelességek* teljesítését, és a *beteg halálát* (életének megrövidítését, kioltását) *nem kívánják*, csak előre látják, és mint elkerülhetetlen eseményt elviselik (ennek megfelelő tükröződése a tételes jogban a jogbiztonságot növeli).

A „duplex effectus” *elve alkalmazásának szabályai*: 1. a magatartás tárgya (*finis operis*) erkölcsileg (belsőleg) – önmagában – *nem rossz* (lásd fájdalomcsillapítás); 2. a jó eredmény (a beteg elviselhetetlen fájdalmának megfelelő csökkenése) *közvetlenül* következik a magatartásból; a rossz hatás (a beteg életének elfogadható, a kellő fájdalomcsillapító hatás eléréséhez szükséges fájdalomcsillapítónál nem nagyobb „adaggal” történő megrövidítése) *ugyanannak* a magatartásnak a *nemkívánt* (eshetőleges, belenyugodott, eltúrt, azaz nem célzatos, nem egyenes – hanem indirekt – szándékú), *elkerülhetetlen mellékkövetkezménye* (a jó hatás – az elviselhetetlen fájdalom, szenvedés megfelelő enyhülése – nem a rosszon keresztül valósul meg; a rossz hatás nem a jó cél elérése érdekében felhasznált eszköz: a cél nem szentesíti az eszközt – „soha

et bona kezdetű nyilatkozat az eutanáziáról, 1980. május 5. *Acta Apostolicae Sedis*, 72. (1980) 542–552. o., II. pont; Egészségügy Pápai Tanácsa, *Az Egészségügyben Dolgozók Chartája*, Vatikánváros, 1994. In *Római Dokumentumok IX. Az Egészségügy Pápai Tanácsa dokumentuma*. Budapest, 1998. (Fordította: Leszkovszky Gy. Pál; EDC) 137. o., 147. pont; MKPK 2003. évi bioetikai körlevél 68–69., 71., 73–74., 76., 78., 80., 108., 116. pont (bizonyos megfogalmazás szerint: „az aktív és a beteg beleegyezése nélkül megvalósuló eutanázia” „gyakorlatilag az emberölés esete”; amelyből arra lehet következtetni, hogy a beteg beleegyezésével történő „eutanázia” – helyenként – az „emberölés” „privilegizált esete”-ként „értelmeződik” – lásd MKPK 2003. évi bioetikai körlevél 80. pont, anélkül, hogy például a CIC vagy a CCEO tartalmazná azt – lásd CIC 1397. kánon, CCEO 1450. kánon 1. §; más megfogalmazásban: „az eutanázia az emberölés egyik fajtája” – lásd EDC 147. pont). Vö. HÁMORI: A „duplex effectus” és a „kisebik rossz” elve az állapotos nő életveszélye esetén. 239–253. o.; HÁMORI: Az abortusz és a fogamzásgátlás tilalma... 54–74. o.; HÁMORI: A „duplex effectus” elve és a „kisebik rossz” elve az állapotos nő életveszélye esetén. 81–103. o.

nem szabad rosszat tenni azért, hogy abból jó származzon”;²⁹ ha az orvos az említettnél nagyobb adagú fájdalomcsillapítót ad a betegnek, a szenvedésmegszüntetésről vagy -csökkentéstől, az „együttérzés”-től motiválva, akkor a rossz hatás – akárcsak eshetőleg szándék esetén is – nem mellékkövetkezmény, a jó eredmény közvetett, a nagyobb adagú fájdalomcsillapítás rossz); 3. a magatartást tanúsító személy *célja (finis operantis) jó* (lásd elviselhetetlen fájdalom, szenvedés kellő csillapítása); 4. a rossz hatáshoz képest *arányos* mértékben *súlyos* ok, szükség (lásd elviselhetetlen fájdalom, szenvedés) fennállása a magatartás tanúsításához.³⁰

A Magyar Katolikus Püspöki Konferencia (MKPK) 2003. évi bioetikai körlevelének 101. pontja tartalmazza, hogy:

A közösségi meghatározottsággal kapcsolatban az eutanázia támogatói a személyi autonómia értékére szoktak hivatkozni, amely azonban nem keverhető össze az indifferens, a saját érdekeibe bezárkózó magatartással. Az eutanázia mellett fölhozott autonómia-érv nem a másik tiszteletén alapszik, hanem távolságtartáson és a kívülálló magatartáson, ahol a személy mindaddig szabad, amíg magatartása nem korlátozza mások szabadságát. [...] A tisztelet és a szolidaritás úgy próbálja hordozni a másik ember terhét, hogy tudatában van a két személy közötti áthághatatlan korlát létezésének. A túlhangsúlyozott autonómiaigény mögött tulajdonképpen a másik személyének tagadása áll, mely csak akkor jelentkezik, amikor az konfliktusba kerül saját szabadságommal. Ennek a fajta érdektelen, indifferens magatartásnak semmi köze sincs a toleranciához, ugyanarról a töről fakad, mint a háborús konfliktusok, állapítja meg Cataldo Zuccaro.³¹ Ez a gyökerében egoista magatartás abban is kifejeződik, hogy meg akarja szabadítani a társadalmat a már fizikai értelemben nem hasznos anyagi, de főleg pszichikai terhet jelentő súlyos betegektől és haldoklóktól. Mindez támadást jelent a társadalommal szemben, hiszen az eutanáziát támogató magatartás valójában a nagyobb közösség aggasztó gyengeségét mutatja olyan határhelyzetekben, ahol a korábbi értékrend és helytállás olyan viszonyítási pontokat jelentett mindenki számára, amely megalapozta és biztosította az élet egészének értelmét.

Felfogásomban – mind kánonjogilag, mind világi jogilag – olyan autonómia és életvédelem, életvégi döntés jelenik meg, amely valóban segít a bajban lévőknek,

²⁹ Lásd például XI. Pius pápa, Casti connubii kezdetű enciklika a keresztény házasságról, 1930. december 31. *Acta Apostolicae Sedis*, 22. (1930) 539–592. o. (www.katolikus.hu – Könyvtár), III. 2. d) pont; DENZINGER, Heinrich – HÜNERMANN, Peter: *Hitvallások és az Egyház Tanítóhivatalának megnyilatkozásai*. Bányterenyé-Budapest, 2004. (Szent István Kézikönyvek 9.) 1515. o., Fila Béla és Jug László fordításának felhasználásával összeállította: Romhányi Beátrix és Sarbak Gábor, szerkesztette: Burger Ferenc. 3721. pont. Vö. Róm 3,8.

³⁰ Lásd például HÁMORI: *A haldokló, beteg ember életének és méltóságának tisztelete az Egyház tanításában...* 171–174. o.

³¹ Lásd ZUCCARO, Cataldo: *L'eutanasia, Discussione dei principi argomentativi*. *Rivista di Teologia Morale*, 30. (1999) 237–249., 248–249. o.

szenvedőnek, mellőzi a „túlbugzó gyógyítás”-t; *segítségért kiáltunk – bármennyire kívánjuk a halált; ne kötelet – és ne is tortúrát – adjunk, hanem igaz szeretetet.*³²

Kérlek, Uram, adj okosságot, erőt, hogy a halált szándékod szerint ne sietessük és ne késleltessük.³³

³² Részletesen lásd például Szent II. János Pál pápa, *Salvifici doloris* kezdetű apostoli levél az emberi szenvedés keresztény értelméről a Katolikus Egyház püspökeihez, papjaihoz, szerzetescsaládjaihoz és hívőikhez, 1984. február 11. In Diós István (szerk.): *II. János Pál megnyilatkozásai, Pápai Dokumentumok 1978–2005.* I. kötet. (Fordította: Mártonffy Marcell.) Budapest, 2005. 271–302. o.; HÁMORI: *A haldokló, beteg ember életének és méltóságának tisztelete az Egyház tanításában...* 13–14., 23–84., 187–201., 216–228., 237–242. o.; HÁMORI: *Az emberhez méltó „halál” megélése...* 495–504. o.

³³ Lásd például 1Sám 2,6; Bölcs 1,12 és 16; 16,13–14.

KÉK Emerencia*

Eutanázia: „jó halál”?

Az életvégi döntések értelmezése a Katolikus Egyház tanításában

I. Bevezetés

Talán még sohasem övezte akkora érdeklődés a bioetika tudományát, mint napjainkban. A jelen embere az őt körülvevő információ- és adatáradatban szinte elveszik, nem véletlen tehát, hogy szilárd támpontokat keres élete csaknem minden területén. Különösen így van ez magával az élettel, ezen belül az emberi élet értékével, minőségével kapcsolatban, főként, ha az valamilyen belső vagy külső ok miatt veszélybe kerül.

A többi valláshoz hasonlóan, az élettel kapcsolatos erkölcsi kérdésekre a katolikus tanítás is igyekszik válasszal szolgálni az őt kérdezőknek, mindezt nemcsak a jelen földi élet viszonylatából, hanem egy tágabb horizontból, a földi halál utáni túlvilági élet felől is szemlélve.

II. Két előzetes megjegyzés

Az eutanáziáról szóló hivatalos katolikus tanítás bemutatása előtt fontos kitérni két szempontra. Az első az élet szentségi voltára vonatkozik. A Katolikus Egyház a kezdetektől hirdeti, hogy az emberi élet szent: Isten ajándéka, olyan alapvető javunk, amely lehetővé teszi az emberi tevékenységek megvalósítását, a javak elérését, a társas együttélést. Isten mindenhatósága és az élet szentsége alapozza meg az ölési tilalmat: az ártatlan ember szándékos megölése súlyos bűn (vö. Ter 4,15; EV 53–57).¹

A másik megjegyzés a katolikus tanítás forrását és tekintélyét értelmezi. A Katolikus Egyház tanítása egységes tanítás, ennek forrása az egyház hivatalos Tanítóhivatala (magiszteriuma), mely

* KÉK Emerencia főiskolai docens, Sapientia Szerzetesi Hittudományi Főiskola

¹ II. JÁNOS PÁL pápa: *Evangelium vitae* kezdetű enciklika. In Diós István (szerk.): *II. János Pál megnyilatkozásai. Pápai dokumentumok 1978–2005.* II., Budapest, 2005. 165–249. o. – A tanulmány szövegében az EV rövidítést használjuk, mely után a számok az enciklika cikkelszámait jelentik.

a pápa és a püspökök testülete, amennyiben ők a krisztusi kinyilatkoztatás hivatalos őrzői, magyarázói és védelmezői. [...] Illetékessége [...] alá tartozik a krisztusi kinyilatkoztatás őrzése, hirdetése, megvédése és mindaz, ami ezt elősegíti. Közvetlen és elsődleges tárgya a tanításnak azok az igazságok, amelyeket Isten önmagukért kinyilatkoztatott (hitletémény), vagyis mindaz, amit a keresztény hitről és erkölcsről vallunk (DH 1792, 1800, 1836). Másodlagos tárgyai a tanításnak azok az igazságok, amelyek a hitet és az erkölcsöt közvetlenül vagy közvetve érintik, mert logikai összefüggésben vannak a kinyilatkoztatással (dogmatikai tények, kat. igazságok, fontos fegyelmi döntések elméleti előzményei, szentté avatások stb. (DH 738, 1098, 1350, 1710, 1817).²

Mivel az egyház fontos feladata, hogy ne hagyja kétség között a tagjait, valamint a tanítások ne legyenek két-, illetve többértelműek, a Tanítóhivatal számos dokumentumában tárgyalja az étellel kapcsolatos erkölcsi döntéseket, melyek a kinyilatkoztatott tanítás másodlagos tárgyai közé sorolhatók.³

III. A halál természetességének elvesztése

A régi világ embere számára a halál természetes volt, a hétköznapi élet részeként volt jelen az életében. Hite szerint a halál szellemi-lelki átmenetet jelentett a másvilágra, akkor volt „jó” számára a halál, ha megfelelően fel tudott rá készülni, főként lelkiekben. A halál misztériumának feldolgozásában a személyesség, a közösség és a vallás jelenléte segítette a haldoklót, ezek reményt adtak neki és az őt körülvevőknek, gyászolóknak. Mára mindez kilúgozódott: a ma embere számára a halál, a haldoklás tabutéma lett, melytől félni kell, és emiatt jobb minél messzebbre úzni még a gondolatát is. A vallásosság, a személyesség el-eltűnik nemcsak az életből, de a halálból is, az emberek többé már nem átmenetként tekintenek saját halálukra vagy szeretetteik halálára, hanem a fizikai test működésképtelenné válását látják, tapasztalják meg benne. A haldoklásban, a halálban jelen van a tőle való rettegés és félelem, nehéz jól viszonyulni a haldokló kíséréséhez és a gyászhoz.⁴

Ez a megváltozott légkör hat a morális felfogásra is: ma nehéz megtalálni a megfelelő határt a gyógyítás és halni hagyás, az eutanázia és gondozás között. Erkölcsileg felelősek vagyunk az egészség fenntartásáért, a betegségek elleni küzdelemért, a gyógyításért,

² GÁL Ferenc – SZUROMI Szabolcs Anzelm O Praem: Tanítóhivatal. In Diós István – VICZIÁN János (szerk.): *Magyar Katolikus Lexikon XIII.*, Budapest, 2008. 646–648. o.; DENZINGER, Heinrich – HÜNERMANN, Peter: *Hitvallások és az Egyház Tanítóhivatalának megnyilatkozásai.* Budapest, 2004. [A továbbiakban: DH, melyet a dokumentum aktuális cikkelszáma(i) követ(nek).]

³ A Tanítóhivatal mibenlétéről, tanításainak kötelező érvényéről lásd KRÁNYI Mihály: *Alapvető hittan.* Budapest, 2019. 78–79. o.

⁴ NÉMETH Gábor: *Bioetikai vázlatok. Bioetika és más életerkölcsei kérdések.* Budapest, 2018. 244–247. o.

de a betegek és a haldoklók szolgálataért is. Mind az orvosok, mind a betegek részéről két véglettel találkozunk. Orvosi részről az egyik véglet szerint mindent meg kell tenni az élet meghosszabbításáért, használva minden rendelkezésre álló orvosi, technikai és anyagi eszközt, még akkor is, ha az már csak az embertelen szenvedés vagy a kómás állapot meghosszabbításának tűnik is; a másik véglet szerint azonnal véget kell vetni a halál előtti értelmetlen szenvedéseknek. A beteg szempontjából az egyik véglet a „természet” szavának való engedelmesség, azaz hogy le lehet mondani mindenféle gyógyításról, míg a másik végletben a beteg abszolút önmaga akarja autonóm módon eldönteni, hogy meddig akar gyógyulni, és mikor, hogyan, kinek a keze által akar meghalni.

A Katolikus Egyház azt keresi erkölcsstanában a Lélek világosságának a fényénél, hogy mi felel meg az ember teljességének. Az egyház szerint a betegápolás legfőbb alapelve a beteg átfogóan értett jólléte, ami tekintettel van a testére és a lelkére is, az egyénre és a közösségre is, a földi életére, szenvedésére és az üdvösségére is. Az embernek joga és kötelessége bevetni a modern orvostudomány vívmányait az egészség és az élet érdekében, de nem gátlástalanul; joga van a humánus élethez, de a humánus halálhoz is. Emiatt dolgozta ki az egyház az aktív eutanázia és a halni hagyás megkülönböztetését.⁵

IV. Fogalmi tisztázás

Noha maga az egyházi tanítás és a teológusok többsége az *aktív és passzív eutanázia* fogalmakat használja,⁶ jelen tanulmányban a könnyebb érthetőség kedvéért a Papp Miklós által használt terminológiát követjük: az életvégi döntésekkel kapcsolatos fogalmakat Klaus Demmer és Eberhard Schockenhoff teológusok segítségével tisztázzuk.⁷

Alapszabály, hogy a cselekvés a gondolkodásban kezdődik, a gondolkodás a nyelvben csapódik le. A mindennapokban gyakran találkozunk nyelvi csúsztatással a bűnnel kapcsolatban, így az eutanáziát illetően is: „kegyes halál”, „halálba segítés”, a „szenvédéstől való megmentés”. Már magát az eutanáziát illetően is problémás a szóhasználat: míg az ókori görög világban a „jó meghalás művészetét” jelentette, és elsősorban filozófiai probléma volt, nem orvosi beavatkozás, a 20. században a fogalom a náci eutanáziaprogram miatt negatív árnyalatot vett fel, mivel népiertást, gyilkosságot jelentett. Noha az orvosi, jogi, etikai területen maradni fog az *eutanázia* elnevezés, mégis szükség

⁵ PAPP Miklós: *Krisztusi bioetika*. Budapest, 2010. 164. o.

⁶ VÖ. NÉMETH: *Bioetikai vázlatok*. 247–265. o.

⁷ PAPP: *Krisztusi bioetika*. 166–167. o.

van világos, a határokat jobban elkülönítő szóhasználatra, mely mind a gondolkodásba, mind a cselekvésbe egyértelműséget visz.

A szakirodalom kétféle alapmagatartást említ a gyógyíthatatlan vagy terminális állapotú beteggel szemben: passzivitás, azaz a kezelés vagy gyógyító tevékenység abbahagyása, valamint a halál szándékos előidézése.⁸ Schockenhoff szerint ide kell venni harmadikként a fájdalom csillapítását is, mely a legtöbb esetben nélkülözhetetlen a terminális betegek kezelésében. Leszögezi: ezekre a tettekre egyértelmű fogalmakat kell használni, így a „halni hagyás”, a „kívánságra ölés”, valamint a „fájdalomcsillapító intézkedések” („palliatív terápia”) fogalmakat használja.⁹ Jelen tanulmányban ezeket a fogalmakat használjuk a fejezetcímekben; zárójelben mellettük szerepelnek a már ismert elnevezések.

Mivel az erkölcssteológia minden egyes tett esetén három szempont alapján határozza meg a tett erkölcsi értékét (maga a tett, a szándék és a körülmények¹⁰), így ezeket a szempontokat tekintjük át az életvégi döntések mindegyikében.

V. Halni hagyás (passzív eutanázia)

Amint az embernek joga van az élethez, úgy joga van a méltó halálhoz is, utóbbi azonban nem jelenti azt, hogy joga lenne ahhoz is, hogy más ember keze által haljon meg, hogy bárkit is megkérhetne vagy kötelezhetne a kivégzésére, vagy önmaga dönthetne el a halála időpontját. A haldokló igazi segítése nem a „halálba” segítségét jelenti, hanem azt, hogy a haldoklásában segítjük őt, mégpedig a teljes embert: testileg úgy, hogy csökkenteni akarjuk a szenvedéseit, meg akarjuk óvni a túlzott terápiától, lelkileg pedig azzal, hogy saját halálához akarjuk segíteni, azaz hogy haldoklása személyes legyen, ne anonim és tömeghalál. A haldoklásban való kísérés tehát nem a halál időpontját választja meg, hanem igyekszik személyessé tenni az élet utolsó szakaszát is, hogy a beteg, a haldokló személyesen érezhesse a szeretetet, és ő maga is szerethessen.¹¹

A legújabb orvosi technikák alkalmazása nemcsak a gyógyítást teszik lehetővé, hanem a haldoklás meghosszabbítását is. „A keresztény ember azonban tud arról, hogy ő nem isten. A véges határokat elfogadni senkinek sem könnyű, de Jézus Krisztus olyan Atyát ismertetett meg velünk, akinek bátran a tenyerébe helyezhetjük életünket – a halál határán innen és túl.”¹² Erkölcsi kötelesség az orvostudomány vívmányait

⁸ MAGYAR KATOLIKUS PÜSPÖKI KONFERENCIA: *Az élet kultúrájáért. Körlevél a bioetika néhány kérdéséről*. Budapest, 2003. 42. o.; lásd még HARSÁNYI Pál: A halál körüli problémák. In TARJÁNYI Zoltán (szerk.): *Erkölcssteológiai tanulmányok I.* Budapest, 2002. 27–45. o.

⁹ PAPP: *Krisztusi bioetika*. 167. o.

¹⁰ BÖCKLE, Franz: *A morálteológia alapfogalmai*. Budapest, 2004. 53. o.

¹¹ PAPP: *Krisztusi bioetika*. 166–167. o.

¹² Uo. 167. o.

arányosan, észszerűen használni: nem lehet sem könnyelműen lemondani róluk, sem túlbuzgóan alkalmazni azokat az elviselhetőség határait átlépve. Nem köteles a beteg, a hozzátartozója, az orvosa mindent megtenni az élet meghosszabbításáért, joguk van kérni az orvost, hogy ne tegyen meg mindent, viselkedjen passzívan, hagyja meghalni a haldoklót. A „halni hagyás” tehát olyan rendkívüli orvosi beavatkozások nélkülözése, amelyek a haldokló életének csak egy rövid távú meghosszabbítását eredményeznék, de tulajdonképpen csak a szenvedései meghosszabbítását okoznák.

A „halni hagyás” esetében a szándék a haldoklás megkönnyítése, így nem irányulhat sem az élet mindenáron való meghosszabbítására, sem arra, hogy szándékoltan, közvetlenül előidézze a halált. A szándéknak arra kell irányulnia, hogy értelmesen mit lehet tenni, mi elviselhető, mi a beteg átfogó jólétének az érdeke. Amint a Hittani Kongregáció tanítja: „Ha a halál az alkalmazott eszközök ellenére kikerülhetetlenül közelebb jött, megengedett a lelkiismeretben olyan döntést hozni, hogy lemondanak az olyan terápiáról, melyek az életnek már csak rövid és fájdalmas meghosszabbítását eredményeznék, ugyanakkor a normális ápolást mégse szabad elhagyni, melyekkel az ilyen esetben a beteg felé tartozunk”.¹³

A kulcskérdés ebben az esetben a „rendes-rendkívüli” (más néven „arányos-aránytalan”) orvosi eszközök mibenlétének kérdése. Mivel a Katolikus Egyháznak nem szakterülete az orvostudomány, így nem kíván és nem is feladata konkrét kezeléseket, terápiákat felsorolni sem a „rendes”, sem a „rendkívüli” orvosi eszközök esetében, nem is beszélve arról, hogy egyes betegek számára bizonyos esetekben a rendes-arányos, azaz normálisnak tekintett eszközök (például a mesterséges táplálás és folyadékpótlás) válhatnak rendkívülivé, gyötrelmes létállapotuk meghosszabbítóivá.¹⁴ Amint az egészségügyben dolgozók számára az egyház által kiadott legújabb római karta megfogalmazza: „az egészségügyben dolgozó nem az élet ura, sem a halál legyőzője, a módszerek közül megfelelően, vagyis a betegekkel kapcsolatot tartva és reális állapotukhoz alkalmazkodva kell választania” (ECH 150).¹⁵

A rendes-arányos („szokásos”) eszközök az alapellátáshoz tartoznak: az adott helyzetben könnyen elérhetőek, képesek a betegség gyógyítására vagy a beteg állapotának stabilitására, nem rónak túlságosan nagy fizikai, pszichikai vagy anyagi terhet a betegre vagy hozzátartozóira. Ezek elmulasztása vagy az ezekről való lemondás aktív eutanázia.

Lemondani csak a rendkívüli-aránytalan eszközökről lehet, s hogy mi számít rendkívülinek, azt alapos mérlegeléssel kell eldönteni. Ekkor az arányosság elvének alapján

¹³ HITTANI KONGREGÁCIÓ: *Iura et bona. Nyilatkozat az eutanáziáról.* AAS 72. 1980. 549. o., IV. cikkely.

¹⁴ MAGYAR KATOLIKUS PÜSPÖKI KONFERENCIA: *Az élet kultúrájáért.* 43. o., 68. cikkely.

¹⁵ AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN DOLGOZÓK (AZ EGÉSZSÉG LELKIPÁSZTORI SZOLGÁLATA) PÁPAI TANÁCSA: *Az egészségügyben dolgozók új kartája.* Budapest, 2019. (A továbbiakban ECH, a dokumentum aktuális cikkelszámával.)

„a terápia módját, annak nehézségei és veszélyei fokozatát, annak alkalmazása szükséges költségeit és lehetőségeit összevetik azzal az eredménnyel, amit az ember a beteg állapota, testi és lelki ereje figyelembevételével elvárhat”¹⁶

„Amikor közeli és az alkalmazott eljárások ellenére elháríthatatlan halál várható, a lelkiismeretben megengedhető az a döntés, hogy elutasítsunk minden olyan beavatkozást, amelyek csak egy pislákoló és kínos élet megnyújtását hoznák.” (ECH 150)

„Indokolt lehet költséges, veszélyes, rendkívüli vagy a várt eredményhez képest aránytalan orvosi beavatkozások abbahagyása. Így az ember nem a halált idézi elő, hanem elfogadja, hogy nem tudja megakadályozni.” (KEK 2278)¹⁷

Ezekben az esetekben az orvos kauzális (okszági) szerepe más, mint az aktív eutanáziánál: a halált itt a betegség idézi elő, az orvosi kezelés eddig visszatartotta a halált. A fő ok nem az orvos cselekedete (tesz valamit vagy elhagy), hanem maga a betegség. Nemcsak beavatkozásról lehet lemondani, hanem már folyó terápiát, életben tartást is meg lehet szakítani, hogy ne essünk a terápiás túlbuzgóság hibájába, mely minden orvosi eszközt be akar vetni, az életet mindenáron meg akarja hosszabbítani, semmilyen szenvedés vagy eszköz nem drága a számára. E mögött rejtőzhet az orvostudomány kudarcától való férelme, az élet elengedésének képtelensége a hozzátartozók, illetve a haldokló részéről, végső soron a hitetlenség. Az *Evangelium vitae* enciklika szerint a probléma alapja nem az orvostudomány fejlődése, hanem a transzcendens élet utáni érzéketlenség is (vö. EV 64). A rendkívüli-aránytalan orvosi erőbevetésről való lemondás nem öngyilkosság, hanem az ember teremtményi létének alázatos elfogadása.¹⁸

Fontos kitérni arra is, hogy a betegnek önrendelkezése értelmében joga van partnernek lenni a saját kezelésében: tudni állapotáról, megkapni minden fontos információt. Érvényt kell szerezni a beteg gyógyításba való beleszólási jogának (nyilatkozat, „beteg testamentuma”, „élő végrendelet”), ha nem így tennénk, nem vennénk komolyan őt mint személyt. Fontos, hogy pontos előzetes tájékoztatás után tiszta tudattal, aláírásával megerősítve döntést hozhasson arról, hogy „abban az esetben, amikor betegsége folyamatában vagy váratlan traumák miatt nem lesz képes kifejezni beleegyezését vagy tiltakozását” (ECH 150), milyen rendkívüli orvosi eszközöket kér vagy miről mond le (vö. KEK 2278).¹⁹ Az orvos átlépheti a beteg rendelkezését saját lelkiismerete alapján, kétséges esetben a haldokló jóléte adja a döntő súlyt. Bármilyen egyéb (jogi, gazdasági stb.) kétség esetén az alapelv az élet melletti döntés: „in dubio pro vita” („kétely esetén az élet mellett”) elv.²⁰

¹⁶ HITTANI KONGREGÁCIÓ: *Iura et bona*. 549. o., IV. cikkely.

¹⁷ *A Katolikus Egyház Katekizmusa*. Budapest, 2002. (A továbbiakban KEK, a dokumentum aktuális cikkelszámával.)

¹⁸ PAPP: *Krisztusi bioetika*. 168. o.

¹⁹ Az élő végrendelet elkészítésének jogilag meghatározott szabályai vannak, jelen tanulmányban ezekre nem térünk ki.

²⁰ PAPP: *Krisztusi bioetika*. 169–170. o.

A táplálás és a folyadékkal való ellátás a rendes orvosi beavatkozások közé tartozik, ezekről a Hittani Kongregáció 2007-ben nyilatkozott: a rendes életfenntartó ellátáshoz tartoznak (akár természetes, akár mesterséges a táplálás), erkölcsileg kötelesek vagyunk alkalmazni. Csak azokban az esetekben tartja az egyház morálisan megengedhetőnek a táplálék- és folyadékbevitel természetes vagy mesterséges módjának felfüggesztését, ahol ez már aránytalan, terápiás túlbuzgóságnak minősül: nincs rá megfelelő eszköz, a beteg számára túl fájdalmas a táplálás eszköze, vagy a táplálás már nem éri el célját, azaz nem emészt meg a beteg.²¹

VI. Fájdalomcsillapító intézkedések, azaz palliatív terápia (indirekt eutanázia)

Vannak olyan betegségek, melyek fájdalma nagyon nehezen csillapítható, ezekben az esetekben nem várhatjuk el a betegtől, hogy hősiessen, türelemmel viselje a fájdalmait. Az emberi és a keresztény okosság is azt tanácsolja a legtöbb beteg esetében, hogy éljenek a fájdalomcsillapítás eszközeivel. Azoknál is joggal feltételezhető, hogy szeretnék a fájdalomcsillapítást, akik nem tudják kifejezni kívánságukat. Az intenzív fájdalomcsillapítás azonban nem problémamentes, hiszen a hatékonyságért egyre nagyobb dózissra lehet szükség.

XII. Pius pápa tanítása, amelyet megerősített a Hittani Kongregáció is,²² leszögezi: ha más eszközök nem állnak rendelkezésre, akkor a fájdalmat lehet csillapítani olyan mértékben (akár narkotikumokkal) is, ami korlátozza a tudatot, s ami megrövidíti az életet, de nem oltja ki azonnal. Ezekben az esetekben a szándék nem a halálra, hanem a fájdalom csillapítására irányul, és a bevetett eszköz sem olyan mértékű, hogy azonnali halált okoz (mint az eutanázia). A palliatív medicina fejlődése nem tudja teljesen megszüntetni a fájdalmat (abszolút fájdalommentes halál nem létezik), de legalább elviselhetővé teheti az állapotot, és a mellékhatásokat megfelelő kontroll alatt lehet tartani. „Erkölcsileg megfelelő az emberi méltóságnak az érzéstelenítők alkalmazása a haldokló szenvedésének csökkentésére, még azzal a kockázattal is, hogy napjai megrövidülnek, ha a halált sem célként, sem eszközként nem akarja, csak mint elkerülhetetlent beszámítja és elviseli” – tanítja a Katekizmus (KEK 2279). Ebben az esetben a kettős hatású cselekvés (*duplex effectus*)²³ elvének kell érvényesülni:

²¹ HITTANI KONREGÁCIÓ: *Responsa ad questiones ab Episcopali Conferentia Foederatorum Americae Statuum propositas circa cibum et potum artificialiter praebenda*. AAS 99, 2007. 820. o., valamint MAGYAR KATOLIKUS PÜSPÖKI KONFERENCIA: *Az élet kultúrájáért*. 43. o., 68. cikkely.

²² XII. PIUS: *Beszéd az orvosok és sebészek nemzetközi összejövetelének résztvevőihöz*. AAS 49, 1958. 697–696. o., valamint MAGYAR KATOLIKUS PÜSPÖKI KONFERENCIA: *Az élet kultúrájáért*. 46. o., 73. cikkely.

²³ Az olyan tettet, amely eredményében kettős, ti. jó és rossz lehet, az erkölcsi felelősséget a „hatásában szabadon akart” cselekvés elvei szerint kell megítélni. Négy erkölcsi feltétele: 1. A végrehajtandó aktus

a fájdalomcsillapító eszközök alkalmazásának elsődleges célja a fájdalomcsillapítás a fájdalom (szenvedés) megfelelő csökkentése érdekében, aminek előrelátott és elkerülhetetlen, de nem direkte akart, hanem elfogadott mellékkövetkezménye az élet megrövidülése. Itt tehát nem szándékolt ölésről van szó, hanem a fájdalomcsökkentés mellékhatásaként a halál elviseléséről.²⁴

VII. Kérésre ölés, azaz eutanázia (aktív eutanázia)

Az eutanázia direkt beavatkozás a haldoklás folyamatába a páciens megölésével a beteg kívánságára. A Hittani Kongregáció definíciója szerint aktív eutanáziának minősül az olyan tett vagy elhagyás, amely saját természete szerint vagy tudatos szándékkal alkalmazva halálhoz vezet, hogy így minden fájdalomnak véget vessenek. Elítélendő a halálos tett vagy mulasztás is, de az eutanáziára irányuló szándék is, még ha az enyhébb tetteket is hajt végre.²⁵ A legpontosabb az *Evangelium vitae* definíciója: „eutanázián a szó szoros értelmében olyan cselekvést vagy mulasztást értünk, mely természete és a végrehajtott szándéka szerint halált okoz, azzal a céllal, hogy megszüntessen minden fájdalmat” (EV 65). Az eszköz lehet tett vagy elhagyás, azaz aktívan vagy passzívan lehet elkövetni: az aktív tett például halálos dózisú narkotikum beadását jelentheti; a passzív tett elhagyást, mulasztást jelent, amennyiben a rendes orvosi beavatkozásokat hagyjuk el (például infúzió, vérzés elállítása, táplálás stb.) Amennyiben rendkívüli beavatkozásokról mondunk le, az a „halni hagyás” körébe tartozik. Az eutanáziában a szándék mindig a halálra irányul, mert a betegség kezelése helyett a beteg megölése a cél.

A Tanítóhivatal az eutanáziát súlyos bűnnek tartja: már 1940-ben tiltotta a fogyatékkal élők szándékos megölését, határozottan felszólalva a náci visszaélések ellen. Az *Evangelium vitae* enciklika 57. cikkelyében Szent II. János Pál pápa az ártatlan élet direkt megölésének tilalmát a definitív tanítás igényével adta elő, ebből következik néhány cikkellyel később az eutanázia elítélése is: „Összhangban Elődeim tanításával, és közösségben a katolikus Egyház Püspökeivel megerősítem, hogy az eutanázia Isten Törvényének súlyos megsértése, mert egy emberi személy szándékos megölése, ami erkölcsileg elfogadhatatlan. E tanítás a természetes erkölcsi törvényen és a Szentírás

ne legyen önmagában rossz, hanem jó vagy legalább közömbös. 2. A jó eredményt ne a rossz eredmény pozitív akarása árán érjük el, vagy a kettős eredmény legalábbis közvetlenül a kérdéses cselekedetből jöjjön létre. 3. A negatív eredményt tehát nem szabad akarni, legfeljebb előrelátni vagy megengedni. 4. Aki cselekszik, annak legyen megfelelő és komoly oka a cselekvésre, mégpedig annál fontosabb oka, minél súlyosabb a következmény, minél biztosabb a negatív hatás bekövetkezése és minél kevésbé szükséges maga a cselekvés. BÖCKLE: *A morálteológia alapfogalmai*. 51–52. o.

²⁴ Vö. HÁMORI Antal: *Az eutanázia és a túlbuzgó gyógyítás problémája. Etikai, jogi, teológiai szempontok*. Budapest, 2012. 18–21. o.

²⁵ HITTANI KONGREGÁCIÓ: *Iura et bona*. 545–546. o., II. cikkely.

alapszik, az Egyház Hagyománya továbbadta, és tanítja a rendes és egyetemes Tanítóhivatal” (EV 65). Az eutanázia „az emberölés egyik fajtája, amit semmilyen cél nem igazolhat” (vö. KEK 2277), e bűncselekményben „az egészségügyi dolgozók, akik mindig és kizárólag az élet őrei, semmilyen módon sem működhetnek közre” (ECH 168–171). Még ha egy állami törvény az orvosnak meg is engedi (például Hollandiában) az aktív eutanázia elvégzését vagy egy halálos eszköz odakészítését, amit a beteg maga alkalmaz, ez erkölcsileg akkor is ugyanúgy az orvos bűne is. Az ilyen állami törvény bűnös, ezért „már nem erkölcsileg kötelező állami törvény”, az orvosnak és a betegnek is ajánlatos „lelkismereti alapon szembeszegülni velük” (EV 72).²⁶

VIII. Összegzés

Az élet végi kérdésekben való döntés minden esetben nehéz, embert próbáló feladat az abban érintettek: a beteg, hozzátartozói, orvosai, ápolói számára. A katolikus tanítás abban szeretne irányt mutatni, hogy az élet szentségi és ajándék voltát szem előtt tartva, legfőképpen az élete befejezése előtt álló beteg érdekeinek megfelelően szülessen döntés a további teendő(k)ről.

A Katolikus Egyház tanítása szerint az eutanázia súlyos bűn, mert mind Istent, mind az embert sérti. Az alábbiakban néhány olyan érvet sorakoztatunk fel súlyossága mellett, melyek egyben az eutanáziát támogatók érveinek cáfolatai:

- egyedül Isten mindenható, a keresztyén lelkület Istenre hagyatkozó: az ember gondozója, de nem ura az életnek és a halálnak;
- a közjó érve szerint megrendülne az orvostudományba és a konkrét orvosba vetett bizalom;
- az eutanázia gyakorlata kilúgozza a családi, társadalmi szolidaritást;
- az életvédelem lazulását indítaná el;
- a gátszakadás-effektus elindíthatja az eutanázia kiszélesítésének áradatát;
- a rossz modell mintául szolgál, másokat is a halálba ránt;
- a valódi együttérzés segít a betegnek, nem pedig megöli;
- a lelki, pszichológiai és az orvosi tapasztalat éppen azt kérdőjelezi meg, hogy a súlyos beteg teljesen szabadon, tiszta tudatállapottal kérné az eutanáziát;
- fontos tudni, hogy a beteg miért kérné a maga számára az eutanáziát;
- a jognak az erősebb jogot (az élethez való jog), s nem az erősek jogát kell védenie;
- az aktív eutanázia visszafordíthatatlan;
- fájdalommentes halál nincs, ez utópia.²⁷

²⁶ PAPP: *Krisztusi bioetika*. 172–173. o.

²⁷ Uo. 173–178. o.

Ezek az érvek arra világítanak rá, hogy az eutanázia orvosilag, jogilag és erkölcsileg is rossz, azt mindenképpen szabályozni kell, ugyanakkor józan ésszel beláthatóak – tehát egyáltalán nem függenek a vallásosságtól, felekezeti hovatartozástól. Úgy tűnik azonban, hiszen a Katolikus Egyház küzd a legélesebben az eutanázia ellen (miként az abortusz ellen is), mintha ez a vallásos ember saját ethosza lenne. Valójában az egyház sokak nevében harcol, nem kell azonban katolikusként lenni ahhoz, hogy etikailag közös nevezőre jussunk más felekezetekkel és minden józan gondolkodású emberrel. Együttesen kell tenni azért, hogy – Szent II. János Pál pápa szavaival élve – az élet kultúrája épüljön fel a halál kultúrája helyett (vö. EV 78–101). Haldokló betegeinket nem a halálba, a halálhoz kell segíteni, hanem a haldoklásban kell mellettük állni, hogy ne magányosan, hanem szeretettel körülvéve, méltón készülhessenek fel arra az elmúlásra, ami egyszer számunkra is valóság lesz.

1. táblázat. Az életvégi döntések sajátosságai

	TETT a halál oka	SZÁNDÉK	KÖRÜLMÉNYEK
kívánságra ölés eutanázia (aktív eutanázia)	az <u>orvos</u> tette – aktív – passzív	ölés → <u>halál</u>	<u>kérésre</u> – aktívan – injekció, mér- reg – passzívan: rendes orvosi beavatkozások elhagyása
halni hagyás (passzív eutanázia) ↔ túlbuzgó terápia	<u>betegség</u>	<u>méltó módon</u> haljon meg, haldoklás megkönnyítése „betegtestamentum” fájdalomcsillapítás, a szenvedés csökken- tése ↓ <i>duplex effectus</i> → halál	rendkívüli orvosi beavat- kozásokról lemondás, hagyjuk meghalni
palliatív terápia fájdalomcsillapítás (indirekt eutanázia)	<u>betegség</u>		csillapítjuk a fájdalmát + elkísérjük, vele vagyunk, testi-lelki támasz

DARVAS István*

Az élet mindig drága, avagy az eutanázia kérdése a zsidó vallásjogban

Az életvégi döntésekhez szorosan kapcsolódó zsidó vallásjogi előírások tárgyalása előtt fel kell tenni a kérdést: egyáltalán szabad-e a magát hagyományörző zsidóként definiáló beteg embernek orvoshoz fordulnia, illetve jogosult-e az orvos gyógyító tevékenységet kifejezteni? Bár elsőre furcsának tűnik a felvetés, de a vallásos ember világképébe nem biztos, hogy beleilleszkedik a Teremtő akaratával való szembehelyezkedés; elvégre, ha Isten szándéka, hogy betegek legyünk, akkor a külső segítséggel történő gyógyulás akár lázadásnak is felfogható. Nos, a Talmud¹ egyértelműen fogalmaz a Mózes második könyvében (21:19) olvasható vers alapján: „innen ered, hogy az orvosnak joga van gyógyító tevékenységet folytatni”. Nincs olyan tilalom, amelyet súlyos beteg érdekében ne kellene áthágni, jó példa erre a szombat szabályaival kapcsolatos kijelentés: „aki nem igyekszik a szombatot megszegni súlyos beteg érdekében, az olybá veendő, mintha vérét ontotta volna”.² Persze más felfogás is megjelent az elmúlt kétezer évben, például a többek között orvosként is működő Nahmanidesz rabbi³ nézete, aki szerint a fenti tórai vers valóban megengedi az orvosnak, hogy gyógyítson, de nem engedi meg a betegnek, hogy gyógyíttassa magát. Az igazán vallásos beteg nem hív orvost, sőt, nem is szorul orvosra, mert a Mindenható távol tartja tőle a betegséget. Napjainkban azonban az általánosan elfogadott nézet még a legvallásosabb körökben is az, hogy az orvos működése jogos és törvényes, és a betegnek nem egyszerűen csak joga, sokkal inkább kötelessége élni az orvos segítségével.

Az előrehaladottan rossz állapotban lévő, haldokló ember vallásjogi megítélésével a Tóra nem, de a Talmud már foglalkozik, és világossá teszi, hogy a haldokló minden szempontból élőnek tekintendő.

Nem kötik meg a kezeit, nem zárják le a testnyílásait, nem helyeznek semmilyen hűsítő tárgyat a köldökére mielőtt meghalna. Nem mozdítják el, és nem helyezik homokra vagy sóra, mielőtt meghalna. A haldokló szemeit nem szabad lezárni, nem szabad mozgatni vagy megérinteni, aki megérinti, olyan mintha a vérét ontaná. Rabbi Meir mondta: pislákoló

* DARVAS István rabbi; egyetemi tanársegéd, Országos Rabbiképző – Zsidó Egyetem

¹ bTalmud, Bává Kámmá 85a: „mikán senitán r'sut l'rofé lerápot”.

² Sulhan Aruh, Oráh Hájim 328:2.

³ A Ramban néven is ismert Mose ben Nahman rabbi (1194–1270).

gyertyára hasonlít, ha hozzáér valaki, elalszik, ezért mondták, hogy aki a haldokló szemét lezárja, az olyan mintha elvonná a lelkét.⁴

Ez a felfogás tükröződik a középkor legfontosabb törvénykódexében, az ún. Sulhan Aruh-ban⁵ is:

tilos siettetni a halál beállítását. Tilos például a hosszú ideje haldokló alól kivenni a párnát [...], mert egyesek szerint ez sietteti a halált, és hasonlóképpen tilos a feje alá tenni a zsinagóga kulcsait, hogy eltávozzon. Ha azonban valami akadályozza a lélek eltávozását, például a beteg házához közeli erős zaj, vagy sórt helyeztek a beteg nyelvére, [...] akkor ezek elmozdítása lehetséges, mert ebben nincs valós cselekedet, csak az akadály elmozdítása.

Ha a beteg ember úgy dönt, hogy öngyilkosságot követ el, akkor a zsidó vallásjog megítélése szerint helytelenül cselekszik. A *háláhá* (a zsidó vallásjog) az öngyilkosságot gyilkosságként kezeli, mert az ember nem rendelkezhet szabadon életével, „aki adta, csak az veheti el”.⁶

Legfontosabb forrásunkban, a Tórában szerepel az öngyilkosságra,⁷ valamint az önmagunk veszélyeztetésére vonatkozó tiltás (1Mózes 9:5, 5Mózes 4:15).

A Rámbám⁸ hozzáteszi; testünk isteni tulajdon, ebből fakadóan bárminemű kísérlet, amely arra irányul, hogy kárt tegyünk benne; tilos. „Akaratod ellenére teremtettél, akaratod ellenére születél, akaratod ellenére élsz, akaratod ellenére halsz meg, és akaratod ellenére kell majd számot adnod a Királyok királya előtt”.⁹

Kivételes eseteket ismer azért a hagyományos irodalom: Rabbénu Tám¹⁰ azt az esetet idézi, amikor a rómaiak négyszáz fiatal fiút hajón Rómába vittek, hogy ott örömtanyákon „használják” őket. Amikor ezt megtudták – a tengerbe vetették magukat,

⁴ Misna, Szmáhot 1:1–4. A halállal és a gyászolással foglalkozó traktátus.

⁵ Nyomtatásban először 1565-ben megjelent zsidó törvény- és szertartásgyűjtemény. Összeállítója Rabbi Jozsef Káro. A Sulhan Aruh egyes paragrafusait többnyire a Remá néven ismert Moses Isserles (1520–1572) lengyelországi rabbi jegyzetei követik.

⁶ Jób könyve 21:1 parafrazált változata

⁷ Az előírások szerint az öngyilkosokat a temető kerítésén kívül kell eltemetni. Manapság nem (nagyon) tartják be ezt a halahikus utasítást, és ebben egy magyar rabbitekintélyre, a Hátám Szofér néven ismert pozsonyi Mose Szoférra hivatkoznak, aki arra a következtetésre jutott, hogy az öngyilkos élete utolsó pillanatában megbánja tettét. Így aztán semmi akadálya, hogy „jó zsidóként” temessék el. Mások arra a megállapításra jutottak, hogy az öngyilkos csak akkor vétkes, ha tiszta fejfel követi el tettét, viszont, ha nem, akkor nem hibáztatható, nem felelős cselekedetért. Későbbi bölcseink ezt azzal egészítették ki, hogy még abban az esetben is, ha tanúk által igazoltan, tiszta fejfel jelentette ki, hogy végezni akar magával, akkor is bizonyos, hogy az öngyilkosság pillanatában nem volt beszámítható. Ezáltal az öngyilkosok, és családtagjaik mentesültek a megalázó temetési procedúra, illetve a gyászszokások korlátozott végrehajtásának büntetésétől.

⁸ Majmonidesz néven is ismert rabbi (1138–1204).

⁹ Midrás Tanhuma, Pekudei 3:11.

¹⁰ Rabbi Jakov ben Meir (1100–1171).

és meghaltak. A *háláhá Kiddus Hásemet* (Isten nevének megszentelését) látja ebben az esetben.¹¹

De mi a helyzet, ha nem a beteg embernek kell döntést hoznia? Elviselhetetlen szenvedést kinek kívánhatnánk, tudva mit jelent számunkra a fájdalom? Életről és halálról ki dönthet, és milyen körülmények között? Milyen szerepet szán a döntés kialakításában, meghozatalában a betegnek, a hozzátartozóknak, a közösségnek, az orvosnak és a rabbiknak a zsidó gondolkodás? A beteg ember döntési kompetenciájának korlátai, mely keretek között módosulhatnak állapotának tekintetében? Mekkora mozgásteret engedélyez a zsidó vallásjog a betegnek, hogy rendelkezzen saját teste, élete fölött? „Csak a szív ismeri saját fájdalmát”,¹² vagyis senki sem tudja jobban, milyen is fájdalomának mértéke, mint az, aki átéli. Ha a beteg nincs, vagy csak erősen korlátozottan van döntési helyzetben, akkor környezetére hárulhat a döntés nehéz feladata.

Rabbi Shlomo Zalman Auerbach (1910–1995) rámutatott: „nincs mércénk, hogy megmérjük egy élet értékét. Még a süket, demens öreg – aki már egyetlen micvát¹³ sem tud elvégezni – életének megmentéséért is meg kell szegnünk a szombatot. Nem a mi erkölcsi ítéletünk körébe tartozik eldönteni, hogy milyen minőségű élet az, amelyiket »nem érdemes élni«, és így kezelésre is méltatlan.” Az a gyógyíthatatlan betegség, amely valószínűsíthetően egy éven belül végez a pácienssel, halálos betegségnek minősül a zsidó jog szerint. Azt a pácienszt, akit ilyen betegség vagy állapot gyötör, úgy nevezik, hogy *hájé sáá* – olyasvalaki, akinek már csak átmeneti, limitált az életideje. Aki azonban várhatóan egy éven túl is élni fog, azt *hájé olámnak* nevezzük – olyasvalakinek, akinek az élete „örök” abban az értelemben, hogy életének végső pontja határozatlan és nem limitált. A rabbinikus irodalom¹⁴ különbséget tesz *teréfá* és *goszesz* között. Az utóbbi alatt a haldokló embert értjük, akinek halála 72 órán, maximum három napon belül bekövetkezik, amely állapot a beteg légzésének jellegzetes megváltozásáról felismerhető. *Teréfának* a gyógyíthatatlan beteget nevezzük, akinek halála előreláthatóan bekövetkezik egy éven belül, de még nem kezdődött el nála a haldoklás folyamata.

Meg kell jegyezzük, hogy egyes meghatározások idővel pontatlanná válnak, amint erről Rabbi Elliot N. Dorff is írt: „hagyományosan a haldokló olyan beteget jelentett, aki várhatóan 72 órán belül el fog hunyni. Ez a meghatározás napjaink orvosi körülményei között aktualitását veszítette, hiszen rendelkezünk például mesterséges lélegeztetés lehetőségével”.¹⁵

¹¹ bTalmud, Gittin 57b.

¹² Példabeszédek könyve 14:10.

¹³ Vallási parancsolat.

¹⁴ bTalmud, Szanhedrin 78a.

¹⁵ Rabbi DORFF, Elliot N.: A Jewish Approach to End-Stage Medical Care. *Conservative Judaism*, 43. (1991) 3., 3–51. o.

Moshe Feinstein¹⁶ rabbi írja: a Babilóniai Talmud (Ketubot 104a)¹⁷ arra tanít, hogy olyan esetekben, amikor egy beteg szenved, és sem a gyógyszerek, sem a felgyógyulásáért mondott imák nem segítenek, akkor szabad a haláláért imádkozni. Az ilyen esetekben amikor az orvosok felismerik, hogy nem fog meggyógyulni, és nem lehet a fájdalmat gyógyszerekkel csökkenteni, és csak a szenvedéssel teli életét tudjuk meghosszabbítani a gyógyszerek segítségével, akkor nem adunk ilyen gyógyszereket, hanem hagyjuk úgy, ahogy van. Veszélyben lévő betegnek, aki nem tud lélegezni, adunk oxigént, mert ez csökkenti a szenvedését. Ebből kitűnik, hogy nem tekinthető egy gyógyíthatatlan beteg gyötrelmes életének megrövidítéseként, ha életét nem hosszabbítják meg mesterséges úton beavatkozva a haldoklás folyamatába olyan kezelésekkel, amelyek magát a betegséget nem gyógyítják, csak átmenetileg hosszabbítják meg egy fájdalommal élő ember életét. Az élet alapvető értéke nem azt jelenti, hogy a beteget minden esetben feltétlenül kezelni kell. Azt sem jelenti, hogy nem fogadjuk el, hogy a halál jobb választás lehet, mint egy rendkívüli fájdalommal teli élet. A már említett Rabbi Auerbach is azt írja, hogy imádkozhatunk a halálosan beteg és szenvedő ember haláláért, de nem tehetünk semmit, amivel ténylegesen siettetnénk azt. Ugyancsak ő ismerte fel, hogy gyakran az a legjobb, ha nem teszünk semmit, amikor az élet „rossz és keserű”. Annak ellenére, hogy a legbetegebb páciens kezelése is kötelességünk, a betegnek van (korlátozott) döntési joga, visszautasíthatja a kezelést, ha betegsége gyógyíthatatlan, különösen, ha erős fájdalmai vannak. „Rossz és keserű” volt például az élet, ha valakit megkínóztak. A Talmud¹⁸ közli a megállapítást: „ha kínozták volna Hananját, Misáélt és Ázárját (ahelyett, hogy tüzes kemencébe dobják őket, mivel megtagadták a bálványimádást), beadták volna a derekukat, és leborulnak az idol előtt. Mert a kínzás rosszabb a halálnál. Ugyanez elmondható, ha valaki elviselhetetlen szenvedéseknek van kitéve egészségi állapota okán”.

Feinstein és Auerbach rabbik nézete lehetővé teszi a haldokló számára, hogy az ne hosszabbítsa meg saját szenvedéseit. Mindezt olyan végstádiumú betegekre is kiterjesztik, akiknek véleménye nem megállapítható, mivel feltételezhető, ők maguk sem szeretnék élni, és nincs is olyan követelmény, mely szerint kezelésben kellene részesíteni őket ebben a helyzetben. Ennek szellemében fájdalomcsillapító készítmények adhatók ezekben az esetekben, annak ellenére, hogy ezek a haldoklás folyamatát gyorsíthatják, de mértékük meghatározásakor azt kell szem előtt tartani, hogy a dózis semmiképpen se legyen halálos, és hogy azzal a szándékkal alkalmazzák ezeket a szereket, hogy fájdalmat csillapítsanak, semmi esetre sem gyilkosság céljából.¹⁹

¹⁶ Moshe Feinstein (1895–1986) az amerikai ortodox zsidóság egyik legfontosabb döntéshozója.

¹⁷ A Rabbi szolgálonője felment a tetőre és azt mondta: „A fentiek is Rabbit akarják, és a lentiek is. Legyen az az akaratod, hogy a lentiek akarata felülkerekedjen a fentiekén.” Amikor látta, hogy a mellékhelyiségbe menet előtt és után mekkora kín számára le-, illetve felvennie az imaszíját, azt mondta: „Legyen az akaratod, hogy a fentiek akarata felülkerekedjen a lentiekén.” A bölcsek azonban nem hagyták abba az imádkozást érte. Ekkor ledobott egy vázát a tetőről, egy pillanatra elhallgatott az imájuk, és a Rabbi lelke eltávozott.

¹⁸ bTalmud, Ketubot 33b.

¹⁹ Rabbi COHEN, Alfred: Living with Pain Whose Body? *Journal of Halacha and Contemporary Society*, 16. (1996) 32., 39–64. o.

E nézet szerint tehát az orvos szándéka meghatározó; amennyiben a fájdalom enyhítése érdekében alkalmazott kezelés halálhoz vezet, úgy a halál nem szándékos gyilkossággént értelmezhető, hanem a kezelés nem kívánt mellékhatásának eredménye.²⁰

A *midrás*,²¹ a rabbinikus irodalom egyik gyöngyszeme elbeszél egy történetet, melyben egy nagyon idős asszony felkeresi Joszé ben Halaftát, és így szól hozzá:

már nagyon öreg vagyok, az életem nem élet, nem érzem már az étel-ital ízét [...], meg akarok halni. A rabbi kérdezett: hogy néz ki egy napod? Mit csinálsz egész nap? Vajon miért értél meg ilyen magas kort? Az asszony így válaszolt: felkelés után elmegyek a tanházba zsoltárokat mondani és hallgatni a férfiak tanulását. A mester ezt tanácsolta: három napig nem menj tanházba [...], három nap múltán az idős nő meghalt.

A példázatból kiderül: az élet megrövidítésének általánosan elfogadott tilalmát nem szegték meg, ugyanakkor annak meghosszabbítását sem tették kötelezővé. Joszé ben Halaftá tanáccsal látta el az idős asszonyt, ahelyett, hogy döntőbíróként lépett volna fel.

A zsidó vallásjog bizonyos esetekben, feltételekhez kötve engedélyezi a passzív eutanáziát. Ha fenntartják a természet által megkívánt életszükségleteket – tehát ételt, italt és oxigént kap a beteg –, de tiszta tudattal lemond a kezeléstről, azt abba lehet hagyni. A kezelés beszüntetése elsősorban attól függ, hogy mennyire áll közel a páciens a halálhoz, és hogy mesterségesen tartják-e életben. Izraelben (zsidó betegek esetén) rabbikból és orvosokból álló bizottságok döntenek el, hogy mikor engedélyezhető a kezelés beszüntetése. Csak akkor nem kell mesterségesen életben tartani valakit, ha a szíve, az agya vagy a vérkeringése már nem működik.

A rettenetes módon kivégzett ókori rabbi, Hanina ben Tradjon halála kapcsán olvassuk a Talmudban:²²

Tanítványai azt mondták neki: „Rabbi, nyisd ki a szádat, hogy a lángok behatoljanak.” Azt mondta: „Jobb, ha az veszi el, aki adta *életed*, és az ember ne okozzon magának sérülést.” A hóhér megkérdezte: „Rabbi, ha teszek a tűzre és elveszem a szivacsokat, magaddal viszel a túlvilágra?” „Igen” – felelte. „Esküdj meg rá!” – kérte. Megesküdött. Azonnal fát tett a tűzre és kivette a szivacsot, a lelke eltávozott, ő (a hóhér) pedig a lángokba vetette magát. Az égi hang megszólalt: „Rabbi Hanina és a hóhér beléphetnek az Eljövendő Világba”.

Segédkezett-e Hanina rabbi egy ember azon igényének kielégítésében, hogy az saját életét megrövidítse, azáltal, hogy a rabbi halálának útjából egy akadályt elhárított, mikor az megengedte neki, hogy szívéből levegye a nedves rongyot? Hanina rabbi Eljövendő Világban való részesülése arra enged következtetni, hogy semmiképp sem követett el

²⁰ Uo.

²¹ Jalkut Simoni, Mislé 843:8.

²² bTalmud Avoda zara 18a.

gyilkosságot ezzel a tetteivel, hiszen az kizáró oknak számított volna. A római katona önfeláldozása szintén nem minősülhet öngyilkosságnak, hiszen következményeként az Eljövendő Világban kapott helyet.

Vajon miért engedte a rabbi a rongy levételét, ha a száját nem volt hajlandó kinyitni? Ezzel kapcsolatban több vélemény is van. Egyrészt az embernek nincs joga meggyorsítania a haldoklást. Másrészt viszont el lehet görgetni az akadályokat a halál útjából. A *Sulhan Aruh* szerint a haldoklót nem szabad megérinteni, még szemhéját sem szabad lezárni, mert meghalhat, és gyilkosságnak számít, ha csak egy percet is elveszünk valaki életéből. A *Rema* viszont azt is kijelenti, hogy ha a haldoklót „mesterséges” körülmények tartják életben, a „hasarat hamonea” (az akadályok elgördítése) elve alapján ezeket az akadályokat meg lehet szüntetni.

Ez a talmudi történet egyidejűleg világítja meg a haldoklót, az eutanázia valamely formáját végrehajtani vágyó, valamint a család, a közösség emberi perspektíváját. Ugyanakkor megjelenik benne Hanina rabbi által a mindenk fölé helyezett isteni kompetencia is.

A család, a közösség könyörgése a rabbi embertelen szenvedései láttán elének tárja azt a szempontot, hogy a haldokló ember méltóságteljes és lehető legfájdalommentesebb halála mindegyik fél számára kegyes. Az érintettek lelkiismerete, felelősségérzete, empátiája mind befolyásolja saját kompetenciájuk megítélését egy ilyen helyzetben, egyben rendkívül meg is nehezítik azt. Egy ember haldoklása, kínjai nem csupán magáról a szenvedőről szólnak. Ember és ember kapcsolata nem állhat szemben, sem hierarchikus viszonyban Isten és ember kapcsolatával, a kettő nem elválasztható, és a zsidó gondolkodás alapvetése, hogy Isten láthatatlansága ellenére ennek a kapcsolatnak az egységét őrizzük a legnehezebb helyzetekben is.

Az élet szentsége, annak védelme teológiailag onnan eredeztethető, hogy az ember „Isten képmására” teremtett. Abban az esetben, ha úgy látjuk; egy beteg állapota nem emberhez méltó, felmerülhet a kérdés, hogy ez mennyiben jelenti az illető isteni képmásának sérülését, adott esetben megszűnését. Ebben a kérdésben megoszlik a rabbik véleménye. Vannak, akik szerint ez emberi perspektívából nem megítélhető, és a feladat nem is a mi hatáskörünkbe tartozik. Elterjedt rabbinikus felfogás szerint az élet értékének mérlegelésére nincs eszközünk, sem felhatalmazásunk. Ugyanakkor van olyan rabbinikus vélekedés is, amely ezzel szemben azt állítja, hogy bizonyos esetekben, amikor egy végstádiumú beteg fájdalmaiból kifolyólag elveszti azt a képességét, hogy Isten képmásaként éljen, az eutanázia megengedhető, és még példaértékű is.

Leonard Kravitz²³ szerint az

eutanázia kérdését újra kell gondolni. Reform zsidóként számomra a múlt szövegeinek csak szavazati, de nem vétó joga van, de ezzel együtt fontos leszögezni: a fenti szövegek

²³ KRAVITZ, Leonard: Euthanasia. In JACOB, Walter – ZEMER, Moshe (eds): *Death And Euthanasia in Jewish Law: Essays and Responsa*. Pittsburg, 1995. 11., 15. o. A szerző az amerikai reformzsidó mozgalom rabbiképzőjének professzora.

nem azt támasztják alá az *eutanázia tilalmát*, mint amire hivatkozva idézik őket. Ha egy magánál lévő és szenvedő ember nem akar így tovább élni, akkor a kívánságának eleget kell tenni, akár azt kéri, hogy ne tegyenek meg valamit az élete meghosszabbításáért, akár azt kéri, hogy tegyenek valamit a cél érdekében.

Ugyancsak reformzsidó rabbik (Deborah Joselow és Ariel Stone) fogalmazták meg a vegetatív állapotban fekvő betegek helyzete kapcsán:

Úgy véljük a liberális álláspontot kell képviselnünk ebben a kérdésben: mindannyiunknak joga van, hogy autonóm módon rendelkezünk életünkről. Ha a *háláhá* ugyanezt sugallja, az kitűnő, hiszen az élet tiszteletére és az emberi állapot iránti együttérzésre tanít. Ugyanakkor fenntartjuk magunkat a jogot, hogy a *háláhá* területén kívülről érkező információkat egyenlő súllyal mérlegeljük, amikor megfogalmazzunk a végső döntésünket.

A modern ortodox zsidó irányzathoz tartozó Rabbi David J. Bleich szerint

minden cselekedet, amely sietteti a halál pillanatát, a gyilkossággal analóg a zsidó jogban, legyenek bármilyen dicséretes motivációi a cselekvőnek. Az orvos köteles minden rendelkezésre álló eszközzel meghosszabbítani az életet, de nem köteles bizonytalan, kísérleti gyógymódokat alkalmazni, amelyek esetleg megrövidíthetik az páciens életét. [...] csak a Teremtő, aki az élet ajándékát adta, veheti el ezt az embertől, még akkor is, ha az élet már inkább teher, mintsem áldás.

Rabbi Haim David Halévi, Tel-Aviv volt főrabbija a haldokló embernek a lélegeztetőgépről való lekapcsolása vonatkozásában írta:

a beteg, aki válságos állapotban került kórházba és rögtön lélegeztetőre kapcsolták, mesterséges életet kapott, annak érdekében, hogy gyógyíthatóvá váljék. Azonban, ha ez nem sikerül, akkor a gép kikapcsolható. Sőt, úgy tűnik, hogy még ha az orvosok szeretnék is a lélegeztetőt bekapcsolva hagyni, akkor sincs erre joguk, mert ilyen esetekben a lélegeztető kikapcsolása kötelesség, hiszen az illető lelkét, amely Isten tulajdona, a Teremtő már elvette tőle és a gép nélkül azonnal meg fog halni. Továbbá, a mesterséges lélegeztetéssel szenvedést okozunk neki, mert nem hagyjuk, hogy megpihenjen.

Rabbi Peter Knobel óvatosságra int az öngyilkosság bármely formájának legalizálásával kapcsolatban, jogosnak találja azokat az aggodalmakat, melyek ennek a lépésnek lehetséges következményeivel kapcsolatban felmerülnek; attól tart, hogy amennyiben végstádiumú betegek részére engedélyezik az öngyilkosságot, akkor nagyobb arányban követik majd el egyéb, nem gyógyíthatatlan betegségben szenvedő emberek is. Véleménye szerint az öngyilkosság legalizálása olyan üzenetet is hordozhat magában az idős korokra mentálisan és fizikailag korlátozottabb képességekkel bíró, legyengült

emberek számára, mely szerint a saját életük kioltása a helyénvaló cselekedet, amit meg kell tenniük.

A szenvedő ember helyzetéhez a legnagyobb alázattal állnak hozzá bölcseink, mint ahogy a Tóra törvényeinek tiszteletben tartásához is, mely utóbbi abszolút értéke nem sérülhet, egyetlen döntés megszületésekor sem. Amikor az eutanázia kérdését a judaizmus szempontjából vizsgáljuk; nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt a kulcsfontosságú tényezőt, amely nélkülözhetetlen az eutanázia problematikáját felölelő vallásjogi, vallásfilozófiai kontextus megértéséhez; azt a mindenkori szenzitivitást, ahogyan a zsidó hagyomány a jelenre reflektál; a kor, a hely, az adott beteg vagy haldokló ember állapotának figyelembevételével hozza meg döntését.²⁴ Fontos leszögeznünk, hogy nem a jelennek rendeljük alá a Tórát, hanem a Tórának a jelent. Ennek fényében könnyebben érthető, hogy miért is találkozunk oly sok különböző, adott esetben egymásnak ellentmondani látszó megközelítéssel az eutanáziával kapcsolatban.

²⁴ WAGNER, Matthew: Halacha and Euthanasia. *Jerusalem Post*, 2005.12.06.

**HARMADIK RÉSZ
JOGDOGMATIKA,
JOGÖSSZEHASONLÍTÁS,
JOGÉRVÉNYESÜLÉS**

ZAKARIÁS Kinga*

Az életvégi döntések alapjogi megközelítése. A passzív eutanázia és az emberi méltósághoz való jog összefüggései

Az Alkotmánybíróság két határozatában, a 22/2003. (IV. 28.) AB határozatban (első eutanáziahatározat) és a 24/2014. (VII. 22.) AB határozatban (második eutanáziahatározat) is vizsgálta a passzív eutanázia megítélésének alkotmányos kereteit, és két korlátozható jog, az általános személyiségi jogból kiolvasott egészségügyi önrendelkezési jog, valamint az állam objektív életvédelmi kötelezettségének szembeállításával jelölte ki azokat. Ezzel nyitva hagyta azt a kérdést, hogy *mi következik az emberi méltósághoz való abszolút jogból az életvégi döntések szabályozása tekintetében*. Előadásomban – az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) vonatkozó rendelkezései és az alkotmánybírósági gyakorlat tükrében – a passzív eutanázia és az emberi méltósághoz való jog két aspektusának összefüggéseit vizsgálom.

Fontos rögzíteni, hogy az Eütv. nem használja az eutanázia kifejezést, de az életfenntartó, illetve életmentő beavatkozás visszautasításának két módját is szabályozza, amelyek biztosítják az élet továbbfolytatásához nélkülözhetetlen cselekmények, beavatkozások tudatos elmulasztásával a passzív eutanázia lehetőségét.¹ Egyrészt a cselekvőképes beteg számára biztosítja az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasításának jogát abban az esetben, ha a törvény által meghatározott feltételek bekövetkeztek [Eütv. 20. § (3) bekezdés].² Másrészt a cselekvőképes személy – későbbi esetleges cselekvőképtelensége esetére – közokiratban előre is visszautasíthat életfenntartó, életmentő beavatkozásokat, illetve közokiratban megnevezheti azt a cselekvőképes személyt, aki ilyen esetben a visszautasítás jogát helyette gyakorolja (Eütv. 22. §).

* ZAKARIÁS Kinga PhD, egyetemi docens, PPKE JÁK

¹ Ezt vitatja Jobbágyi Gábor, illetve Hegedűs Katalin arra hivatkozva, hogy az eutanázia esetében az orvos szándéka a beteg életének befejezésére irányul. JOBBÁGYI Gábor: *Orvosi jog*. Budapest, 2007. 59. o.; HEGEDŰS Katalin: *Újabb viták az eutanáziáról és a palliatív terapiáról. Lege Artis Medicinae*. Budapest, 2008. 735. o. A Magyar Orvosi Kamara Etikai kódexe szerint sem eutanázia, ha a beteg kellő felvilágosítás után – a jogszabályban rögzített feltételek mellett – életfenntartó kezelést utasít vissza, mert így a halál a betegség természetes lefolyása következtében jön létre.

² Eütv. „20. § (3) 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 mindenkor állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan. Az életfenntartó, illetve életmentő beavatkozás visszautasítása a (2) bekezdés szerinti alaki előírások betartásával történhet.”

Az Alkotmánybíróság az Eütv. 20. § (3)–(4) bekezdéseit vizsgáló első eutanázia-határozatban³ az önkéntes passzív eutanáziát az egészségügyi önrendelkezési jog védelmi körébe utalta. Első lépésként kimondta: „a gyógyíthatatlan beteg döntése arról, hogy életének a rá váró szenvedésekkel teli hátralevő részét nem akarja végigélni”, „ezért visszautasítja az életben tartásához feltétlenül szükséges orvosi beavatkozást” önrendelkezési jogának része (ABH 2003, 235., 261.). Második lépésként pedig kiterjesztette a beteg döntését az önkéntes eutanáziára általában véve is azzal, hogy kimondta: „[a] saját halálról való döntés mindenkit megillet, függetlenül attól, hogy egészséges vagy beteg, és ha beteg, betegsége az orvostudomány szerint gyógyítható-e vagy nem” (ABH 2003, 235., 261.). A testület összefüggésbe hozta az önrendelkezési joggal az öngyilkosságot is, a határozat szerint ugyanis az önrendelkezési jogból következik, hogy a korszerű jogrendszerek, így a magyar jog sem tilalmazza az öngyilkosságot, csak az ahhoz nyújtott segítséget bünteti.⁴

Tehát az életmentő orvosi beavatkozás visszautasításának joga (önkéntes passzív eutanázia) a beteg önrendelkezési jogának olyan része, melyet a törvény más alapjog védelméhez elkerülhetetlenül szükséges mértékben korlátozhat ugyan, de nem vonhat el (ABH 2003, 235., 262.).

Az AB ugyanakkor csak az önkéntes passzív eutanáziát tartja alkotmányosnak, a nem önkéntes passzív eutanázia nincs közvetlen alkotmányos összefüggésben a gyógyíthatatlan beteg önrendelkezési jogával, mivel az életmentő, életfenntartó orvosi beavatkozás beszüntetése a beteg óhajának hiányában éppen azt az elemet – a beteg beleegyezését – iktatná ki a döntésből, amely kapcsolatot teremtené az élet folytatása vagy befejezése közötti választás és a beteg önrendelkezési joga között.⁵

Az Alkotmánybíróság meghatározta, hogy az eutanázia kapcsán miben nyilvánul meg az állam intézményes életvédelmi kötelezettsége. Ez a kötelezettség kettős. Egyrészt biztosítania kell a beteg önrendelkezési jogának érvényesülését, vagyis hogy a döntés a beteg saját, valódi, befolyástól mentesen kialakított akaratát testesítse meg.⁶

³ Elemzését lásd ZAKARIÁS Kinga: *Az emberi méltósághoz való alapjog. Összehasonlító jogi elemzés a német és magyar alkotmánybírósági gyakorlat tükrében*. Budapest 2019. 245–248., 310–313. o.

⁴ Frivaldszky szerint az öngyilkosságban való közreműködés jogtalan emberölés, ezért a politikai közösség erre irányuló hatalommal rendelkező szerveinek minden körülmények között és minden esetben tiltania és megakadályoznia szükséges. FRIVALDSZKY János – FRIVALDSZKYNÉ JUNG Csilla: *Az öngyilkosság és az abban való közreműködés a természetes erkölcsi törvény és természetjogi gondolkodás szempontjából. Jogelméleti Szemle*, 14. (2013) 3., 7–33. o. Ezzel szemben Filó Mihály szerint „létezik olyan élethelyzet, amelyben az autonóm személy, legalábbis szubjektív racionalitásának megfelelően dönt saját életének önkezü befejezéséről”. Ezért a Btk. 162. § tényállását akként javasolja módosítani, hogy az öngyilkosságban közreműködés kvázi-bűnsegédi alakzata ne legyen büntethető, ha a segítségnyújtást az életvégi döntések körében az erre jogosult személy valósítja meg. FILÓ Mihály: *Asszisztált öngyilkosság és az életvégi döntések Európában – Tettesség, részesség, önrendelkezés. Állam- és Jogtudomány*, 57. (2016) 4., 134. o.

⁵ ABH 2003, 235., 263.

⁶ ABH 2003, 235., 265.

Másrészt ennek a kötelezettségnek az életről és halálról döntést hozó betegen kívül tágabb értelemben mindenki más életének védelmében is kell érvényesülnie, aki a jövőben hasonló helyzetbe kerülhet.⁷

Az AB szerint az állam intézményes életvédelmi kötelezettségéből következik az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítása (önkéntes passzív eutanázia) jogi szabályozásának sajátos feltételrendszere is.⁸

Az Alkotmánybíróság a második eutanáziahatározatban⁹ kiterjesztette az egészségügyi önrendelkezési jog tartalmát az önkéntes passzív eutanázia Eütv.-ben szabályozott másik módjára is: az előzetes jognyilatkozatra (Eütv. 22. §).¹⁰ A testület az önrendelkezési jogot – az első eutanáziahatározattól eltérően – nem az élet védelmére vonatkozó objektív intézményvédelmi kötelezettséggel, hanem csupán az önrendelkezési jog védelmével szemben mérlegelte. A határozat kifejezetten kizárta az objektív életvédelmi kötelezettség mint alkotmányosan igazolható cél figyelembevételét, arra hivatkozással, hogy a beteg életét semmilyen beavatkozás nem tudja (az orvostudomány állása szerint) megmenteni.¹¹

Az eutanáziahatározatokkal szemben fontosnak tartom annak vizsgálatát, hogy *mi következik az emberi méltósághoz való abszolút jogból az életvégi döntések szabályozása tekintetében*. Ehhez meg kell válaszolnunk azt a kérdést, hogy *mi az abszolút emberi méltósághoz való jog tartalma az alkotmánybírósági gyakorlatban*.

Kiindulópontként rögzítenem kell,¹² hogy az emberi méltósághoz való jog tartalma a fogalom absztraktsága, valamint a mögötte rejlő ellentétes filozófiai hagyományok miatt vitatott. Az alkotmányozó az emberi méltóság fogalmával két és fél évezred

⁷ ABH 2003, 235., 269.

⁸ ABH 2003, 235., 271. A többségi véleménnyel ellentétben Holló András és az ő különvéleményéhez csatlakozó Kukorelli István szerint az Eütv. szükségtelenül és aránytalanul korlátozza az élet méltó befejezésére irányuló önrendelkezési jogot, ezáltal kiüresítve annak lényeges tartalmát. Hasonlóképpen Bihari Mihály is alkotmányellenesnek tartja az önkéntes passzív eutanázia gyakorlásának alaki feltételeken (döntés közokiratba foglalásán) túli további korlátozását. A szakirodalomból Halmi számonkéri az Alkotmánybíróságtól az élő jog, a kezelés visszautasítása gyakorlatának vizsgálatát. HALMAI Gábor: Az élethez való jog az alkotmányjogász szemével. Korreferátum Jobbágyi Gábor előadásához. In JAKAB András – TAKÁCS Péter (szerk.): *A magyar jogrendszer átalakulása 1985/90–2005*. Budapest, 2007. 277. o.

⁹ Elemzését lásd ZAKARIÁS: *Az emberi méltósághoz való alapjog*. 248–249., 314–315. o.

¹⁰ Az Eütv. 22. § (3) bekezdése az előzetes nyilatkozat mindkét fajtájának érvényességét – a közokirati forma mellett – további feltételekhez kötötte. Egyrészt egy pszichiáter szakorvosnak – egy hónapnál nem régebbi – szakvéleményben igazolnia kellett, hogy a személy döntését annak lehetséges következményei tudatában hozta meg. Másrészt a nyilatkozat érvényességét két évre korlátozta, így azt két évente meg kellett újítani. Az utóbbi két feltételre vonatkozó szövegrészt az Alkotmánybíróság megsemmisítette.

¹¹ Indokolás [147]. Balogh Elemér különvéleménye szerint a többségi határozatnak arra kellett volna választ adnia, hogy az egyén önrendelkezési jogának korlátozása a méltósággal rendelkező ember életének mint legfőbb értéknek a védelme érdekében szükséges-e, és amennyiben igen, az elérni kívánt céllal arányos-e. Indokolás [185].

¹² ZAKARIÁS Kinga: *Emberi méltósághoz való jog*. In LAMM Vanda (szerk.): *Emberi Jogi Enciklopédia*. Budapest, 2018. 205. o.; ZAKARIÁS Kinga: *Az emberi méltósághoz való jog*. In JAKAB András – FEKETE Balázs (szerk.): *Internetes Jogtudományi Enciklopédia*. <http://ijoten.hu/szocikk/az-emberi-melto-saghoz-valo-jog> (letöltve: 2022.03.29.) [13]

filozófiatörténetét emelte be az Alkotmányba. Az emberi méltóság jogi fogalmának értelmezésére hatást gyakorló filozófiai elméletekben (az emberi méltóság keresztény személete és Kant erkölcsfilozófiája¹³) beazonosítható egy közös pont: az emberi méltóság az ember járulékos tulajdonsága, az embert a természetből kiemelő minőség.

Ennek megfelelően a jog által védett érték a minden emberben benne rejlő önérték. Az ember fogalma és az önérték mibenléte azonban vitatott. Az alkotmánybíróági gyakorlatban az emberfogalom háromféle megközelítése jelenik meg: a biológiai, az erkölcsi és a jogi. A jogi emberfogalom a jogalanyok elvont egyenlőségét jelenti, ezen túlmenően azonban tartalmilag nem meghatározott.¹⁴ A biológiai emberfogalom abból indul ki, hogy ember minden egyed, mely genetikai értelemben a *homo sapiens*hez tartozik.¹⁵ Az ember erkölcsi fogalma pedig az autonóm viszonyulásra képes személyt illeti meg, aki a morális közösség tagjaként erkölcsi ítéletet alkot élethelyzetéről, és ehhez igazítja a magatartását. Ez a fogalom szűkebb a biológiai emberfogalomnál, mivel megköveteli a személyt alkotó tulajdonságok egy minimumát.¹⁶ A kétféle emberfogalomból eltérő következtetések adódnak az önérték mibenlétét illetően. A biológiai emberfogalomból az következik, hogy az egyéni önrendelkezés potenciális képességének megőrzése a védelem tárgya. Az erkölcsi emberfogalomból pedig az, hogy az egyéni önrendelkezésnek a morális közösségben való kibontakoztatása a jog által védett érték. A kétféle felfogás keveredik a joggyakorlatban, ezért az emberi méltósághoz való jog két formában jelenik meg: egyrészt tágabb értelemben a személyiség fejlődését védő relatív jogként (általános személyiségi jogként), másrészt szűkebb értelemben az emberi lét alapvető feltételeit védő, az alapjogi rendszert megalapozó abszolút jogként.

Az Alkotmánybíróság a korábbi Alkotmányhoz kapcsolódó gyakorlatában az emberi méltósághoz való jogot nem abszolút jogként, hanem az általános személyiségi jog megnyilvánulásaként hasznosította azzal, hogy megnevezte annak a tartalmi elemeit, és ezekből különböző különös jogokat olvasott ki. Az egyetlen kivétel a halálbüntetés alkotmányosságának vizsgálata, amelyben a testület kidolgozta az élethez és méltósághoz való jog oszthatatlanságáról szóló doktrínát, amely elvileg kizárja az emberi méltósághoz való jog önálló – az élethez való jogon túlmutató – tartalmát, az mégis megjelenik az alkotmánybíróági gyakorlatban. Az Alkotmánybíróság a következőképpen határozta meg:

¹³ A kanti alapokat lásd BARCSI Tamás: Az eutanáziaprobléma diskurzusetikai értelmezése. *Állam- és Jogtudomány*, 57. (2016) 4., 5–6. o.

¹⁴ 64/1991. (XII. 17.) AB határozat, ABH 1991, 257., 270.

¹⁵ Erre példa a német Szövetségi Alkotmánybíróság gyakorlata. A testület az első abortuszhatározatban az emberi méltósághoz való jog jogosultjának meghatározásakor egyértelműen a biológiai ember fogalomból indult, amikor kimondta: „Ahol emberi élet van, azt megilleti az emberi méltóság; annak nincs jelentősége, hogy hordozója tudatában van-e méltóságának vagy ő maga meg tudja-e óvni. A kezdetektől az emberi létben benne foglalt potenciális képességek elegendők az emberi méltóság megalapozására.” BVerfGE 39, 1 (41).

¹⁶ Kis János: *Az abortuszról. Érvék és ellenérvék*. Budapest, 1992. 110–111. o.

Az emberi méltósághoz való jog azt jelenti, hogy van az egyén autonómiájának, önrendelkezésének egy olyan mindenki más rendelkezése alól kivont magja, amelynél fogva – a klasszikus megfogalmazás szerint – az ember alany marad, s nem válhat eszközzé vagy tárggyá. A méltósághoz való jognak ez a felfogása különbözteti meg az embert a jogi személyektől, amelyek teljesen szabályozás alá vonhatók, nincs érinthetetlen lényegük.¹⁷

A határozatból az emberi méltósághoz való jog két megközelítése olvasható ki: az emberi méltóság történelem során megtapasztalt jogsértéseiből kiinduló negatív¹⁸ és az emberi méltóság filozófiai fogalmából táplálkozó pozitív megközelítés.

A negatív meghatározás eszköze a (puszta) tárgyként kezelés tilalma, amely a jogsértő magatartás meghatározására irányul. Ezért az emberi méltóság sérelmének megállapítása példákön keresztül nyilvánul meg, és a konkrét ügy körülményeitől függ.

A határozat – „a klasszikus megfogalmazás szerint” kitétele ellenére – egyértelműen a német alkotmánybírói gyakorlatból vette át a tárgyként kezelés tilalmát (*Objektformel*): „Ellentétes [...] az emberi méltósággal, az embert az állam pusztá eszközévé tenni [...]” [BVerfGE 45, 187 (228)]. Míg azonban a tárgyként kezelés elve a német gyakorlatban rendszerint az emberi méltóság sérelmének megállapításához vezet, a korábbi Alkotmányhoz kapcsolódó alkotmánybírói gyakorlatban csupán „díszítőelem” volt. Az Alkotmánybíró az emberi méltóságra vonatkozó gyakorlatában jelentős elmozdulást eredményezett az Alaptörvény hatálybalépése, még ha ezt a változást az Alkotmánybíró második eutanáziahatározata nem is tükrözi.

A változás elsősorban abban nyilvánul meg, hogy a testület a negatív megközelítést már nem csupán díszítőelemként használja, hanem az emberi méltóság sérelmének vizsgálatára alkalmazta (kormánytisztviselők indokolatlan felmentése,¹⁹ börtöncella mérete,²⁰ közterület életvitelszerű lakhatásra használata,²¹ a majomhasonlatra építő politikai reklámfilm²²). A tárgyként kezelés tilalma megjelent az EJEB gyakorlatában²³ és az EUB gyakorlatában is.²⁴

¹⁷ 64/1991. (XII. 17.) AB határozat, ABH 1991, 297., 308.

¹⁸ Az alkotmányok és a nemzetközi egyezmények általában a negatív megközelítést alkalmazzák, vagyis meghatározott magatartásokat megtiltanak, például kínzás, kegyetlen, embertelen, megalázó bánásmód és büntetés tilalma.

¹⁹ 8/2011. (II. 18.) AB határozat, ABH 2011, 49., 83.

²⁰ 32/2014. (XI. 3.) AB határozat, Indokolás [46].

²¹ 38/2012. (XI. 14.) AB határozat, Indokolás [53].

²² 3122/2014. (IV. 24.) AB határozat, Indokolás [17].

²³ Erre példa a *Tyrer kontra Egyesült Királyság* ügy, amelyben a testület megállapította: „Így, annak ellenére, hogy a kérelmező nem szenvedett el súlyos és tartós testi sérülést, a büntetése – melynek során a hatóságok hatalma alatt álló tárgyként kezelték – pontosan a 3. cikk védelmének egyik legfőbb célja, nevezetesen az ember méltósága és testi integritása elleni támadás. Az sem zárható ki, hogy a büntetésnek ártalmas pszichikai hatása lehetett.” (1978.04.25., kérelemszám: 5856/72, msz. 33.).

²⁴ Erre példa az EUB gyakorlatából a *Holland Királyság kontra Parlament és Tanács* ítéletet. Az ítélet szerint „az irányelv az emberi eredetű élő anyag tekintetében kellőképpen szigorúan határozza meg a szabadalmi jogot ahhoz, hogy az emberi test ténylegesen hozzáférhetetlen és elidegeníthetetlen maradjon és ezzel az emberi

Az Alkotmánybíróság határozatából – a negatív meghatározás lehetősége mellett – az emberi méltóság egy pozitív tartalmi eleme is kiolvasható: az autonómia, az önrendelkezés.

A korábbi alkotmánybírói gyakorlat az általános személyiségi jog egyik összetevőjeként, tartalmi elemeként nevezte meg az önrendelkezési jogot, amely a szabad, tájékozott és felelősségteljes döntésre képes ember saját teste és sorsa feletti rendelkezési jogát jelentette. Ebből vezette le az Alkotmánybíróság az egészségügyi önrendelkezési jogot is. Ugyanakkor a testület azt is kimondta, hogy az emberi méltósághoz való jog mint a sajátos emberi státusz meghatározója korlátozhatatlan, ám az emberi méltóságból mint általános személyiségi jogból levezetett jogok korlátozhatók. Az emberi méltósághoz való jog két megnyilvánulási formájának eltérő szerkezetéből (korlátozhatatlan – korlátozható) az a következtetés adódik, hogy az emberi méltósághoz való jog két aspektusának védelmi köre nem lehetett azonos.

Álláspontom szerint az *emberi méltósághoz való abszolút jog az Alkotmánybíróság gyakorlatában az önrendelkezés megőrzésére irányuló érdeket részesíti védelemben*, annak mindenféle korlátozásával szemben, és *ezt meg kell különböztetni az egyéni önrendelkezés konkrét élethelyzetekben való kibontakoztatásától.*²⁵

Az emberi minőség védelme ugyanis már az Alkotmánybíróság korábbi gyakorlatában az alapjogok „emberi méltóság lényeges tartalmának” (élet,²⁶ intim szféra,²⁷ a lelkiismereti meggyőződés,²⁸ a saját névhez való jog,²⁹ általános jogegyenlőség,³⁰ megélhetési minimum³¹) védelmét jelentette. Az Alkotmánybíróság az Alaptörvény hatálybalépését követően megerősítette a korlátozhatatlan emberi méltóság magvédelmére irányuló gyakorlatát.³² Ezen túlmenően kidolgozta az Alaptörvény emberképének formuláját,³³ amely pozitív tartalommal tölti meg az emberi méltóság jogi fogalmát. A formula az emberkép következő elemeit nevesíti: önérték, autonómia, társadalomhoz kötöttség, felelősségtudat, amelyeket különböző indokolással az egyes jogfilozófiai

méltóság védelme biztosított.” *Holland Királyság kontra Parlament és Tanács* ítélet, C:2001:523, 77. pont. Az *Omega*-ügyben Stix-Hackl főtanácsnok indítványában kifejezetten hivatkozott a tárgyként kezelés formulájára: „Az egyén a saját szabad akarat képességénél fogva alany és nem szabad dologgá, tárggyá alacsonyítani.” *Omega*-ítélet, C-36/02, C:2004:614:78.

²⁵ Ezzel ellentétes értelmezés olvasható ki a 11/2014. (IV. 4.) AB határozatból, mely szerint: „Az ember önrendelkezése – a rendelkezés saját magával – az egyenlő szabadság jogi megvalósulása: minden ember saját életének alapvető erkölcsi és gyakorlati kérdéseiben külső kényszer nélkül maga dönthet; ez a joga csak rendkívüli esetben korlátozható.” Indokolás [30].

²⁶ Az emberi élet és az emberi méltóság elválaszthatatlan egységben jelenik meg. 23/1990. (X. 31.) AB határozat, ABH 1990, 88, 93.

²⁷ 36/2005. (X. 5.) AB határozat, ABH 2005, 390., 401–402.

²⁸ 4/1993. (II. 12.) AB határozat, ABH 1993, 48., 51.

²⁹ 58/2001. (XII. 7.) AB határozat, ABH 2001, 527., 542.

³⁰ 9/1990. (IV. 25.) AB határozat, ABH 1990, 46., 48.

³¹ 32/1998. (VI. 25.) AB határozat, ABH 1998, 251., 254.

³² ZAKARIÁS: *Az emberi méltósághoz való alapjog*. 187–188. o.

³³ Uo. 157–161. o.

elméletek is magukban foglalnak. Ennek megfelelően az ember autonóm lényként a társadalom önértékkel rendelkező, de felelős tagja.³⁴ Ezek a fogalmi elemek nem alkalmasak az emberi méltóság tartalmának meghatározására, mégis hozzájárulnak annak behatárolásához azzal, hogy az emberi nemre jellemző tulajdonságok mint értékek tisztelete és védelme révén elválasztják az emberi méltóság védelmét az egyén szubjektív méltóságérzésétől.

A kétféle autonómiafogalom közötti kapcsolatot az emberi méltósághoz való jog sajátos, „az alkotmányos értékrendet” megalapozó funkciója adja. Ennek következtében *az emberi méltósághoz való jog minden alapjog lényeges tartalmának részét képezi, és normatív résztartalmakból tevődik össze.* Az emberi méltósághoz való jog egyéb alapjogokkal való kapcsolatának elemzése alapján megállapítható, hogy az emberi méltósághoz való jog biztosítja az egyén testi-lelki integritását, a szellemi-erkölcsi személyiség identitását, az emberek általános jogegyenlőségét és a megélhetéshez szükséges létminimumot.

Az emberi méltósághoz való jog egyik kiemelkedő garanciája *az egyén testi-lelki integritásának védelme*, amely az Alkotmánybíróság gyakorlatában az egészséghez való jog alanyi oldalát tölti meg tartalommal. A testi-lelki integritáshoz való jog – a szellemi-erkölcsi személyiséget védő jogokkal ellentétben – attól függetlenül illeti meg a személyeket, hogy döntésképesnek minősülnek-e. Az emberi méltóság abszolút védelméből következik az a kötelezettség, hogy *a beteget az ellátás visszautasítása során nem szabad semmilyen eszközzel döntésének megváltoztatására kényszeríteni, illetve a beteg az életmentő, illetve életfenntartó ellátás visszautasítása esetén is jogosult szenvedéseinek enyhítésére, fájdalmainak csökkentésére irányuló ellátásra* [Eütv. 23. § (2) bekezdés].

Az emberi méltóság garantálja *a szellemi-erkölcsi személyiséget védelmét is.* Különösen szoros a kapcsolat az emberi méltósághoz való jog és a magánszféra védelme között, mivel ez utóbbi képezi az egyén személyisége kibontakoztatásának egyik fő terepét. Ugyanakkor itt jelenik meg a legélesebben az emberi méltóság szűkebb és tágabb fogalma elválasztásának problémája, amely már az autonómia fogalmában tetten érhető. Az egyéni autonómia az embernek azt a képességét jelenti, hogy a saját életét a saját maga által választott módon élje.³⁵ Az emberi méltósághoz való jog magát a minden emberben benne rejlő képességet védi, míg a magánszféra a képesség egyén általi kibontakoztatását a különböző élethelyzetekben.

³⁴ 3110/2013. (VI. 4.) AB határozat, Indokolás [49], 3132/2013. (VII. 2.) AB határozat, Indokolás [95], 32/2013. (XI. 22.) AB határozat, Indokolás [88].

³⁵ *Pretty kontra Egyesült Királyság ügy*, 2002.04.29., kérelemszám 2346/02, msz. 62. Az életvégi döntésekhez az Emberi Jogok Európai Bíróságának esetjogában lásd Filó Mihály – Buzás Péter: *Életvégi döntések és a margin of appreciation az Emberi Jogok Európai Bíróságának gyakorlatában. Állam- és Jogtudomány*, 57. (2016) 4., 21–31. o.

Az egészségügyi önrendelkezési jog a szellemi-erkölcsi személyiség egészségügyi ellátással kapcsolatos konkrét megnyilvánulásait védi, amelyek – az állam objektív életvédelmi kötelezettségére tekintettel – korlátozhatók. Az egészségügyi önrendelkezési jog korlátozásának megítélése során – az emberi méltóság sérelmével szemben, amelynek megállapítása független az egyéni méltóság érzéstől – figyelembe kell venni az egyén szubjektív elképzeléseit is.

Az emberi méltósághoz való jog magában foglalja az állam pozitív kötelezettségét az emberhez méltó létminimum biztosítására. A beteg az emberhez méltó létminimum alapján is jogosult az életmentő, illetve életfenntartó ellátás visszautasítása esetén szenvedéseinek enyhítésére, fájdalmainak csökkentésére irányuló ellátásra.

Az emberi méltósághoz való jog az emberek közötti egyenlőség alapját képezi, minden embert egyformán megillet, következésképpen nem függ az egyén egészségi állapotától, jóllététől.

*

Összefoglalóan megállapítható, hogy az emberi méltósághoz való jogból az a követelmény fakad az életvégi döntések meghozatala során, hogy a beteget mindig személyként, és nem pusztán tárgyként kell kezelni; az emberi méltóság mindenkit egyformán megillet, a terminális állapotú beteget ugyanúgy, mint az egészséges embert; az emberi méltóság nem függ az egyén szubjektív méltóságérzésétől, ezért azt nem lehet sem elveszíteni, sem lemondani róla.

BUZÁS Péter*

Életvégi döntések az Emberi Jogok Európai Bírósága előtt. Az asszisztált öngyilkosság egyezménykonform szabályozásának körvonalai

Lehetséges-e, és ha igen, miként lehetséges úgy szabályozni az asszisztált öngyilkosságot, hogy az megfeleljen az Emberi jogok európai egyezményében (a továbbiakban: EJEE) foglalt követelmények?¹ A modern világunkban ugyanis, amikor a várható élettartam megnövekedésével egyre gyakrabban kell szembenéznünk az időskori – fizikai vagy szellemi – hanyatlás következményeivel, egyre több embert foglalkoztat az emberhez méltó, gyors és fájdalommentes halál gondolata.² Ezt tükrözi az Emberi Jogok Európai Bíróságának (a továbbiakban: EJEB) gyakorlata is, amelyben egyre nagyobb számban fordulnak elő olyan esetek, amelyekben a kérelmezők a jogaik öngyilkosságban való közreműködéssel kapcsolatos sérelmére hivatkoznak. A bíróság pedig ennek megfelelően fokozatosan alakította ki esetjogát, amely meghatározza e kérdés szabályozásának kereteit.

Jelen tanulmány célja az EJEB gyakorlatának vizsgálata alapján azon követelmények bemutatása, amelyekre tekintettel az államok lehetővé tehetik polgáraik számára a hozzáférést az asszisztált öngyilkossághoz. Az I. fejezet azt tárgyalja, hogy az EJEE mely rendelkezései szabják meg a jogi szabályozás kereteit. Az ugyanis, hogy strasbourgi bíróság mely rendelkezésekre tekintettel vizsgálja az elé kerülő ügyeket, kijelöli az alkalmazandó követelményrendszert is. Ezt követően a II. fejezet bemutatja, hogy a EJEB az EJEE 8. cikkében foglalt magánélet tiszteletben tartásához fűződő joggal összefüggésben milyen szempontokat vizsgált az egyes ügyek értékelése során, amelyekre az asszisztált öngyilkosság szabályozása során a jogalkotónak is tekintettel kell lennie. A tanulmány fókuszában az egyezménykonform szabályozás áll, ezért minden, a testület megfogalmazott elvi jelentőségű tételt számba vesz, tekintet nélkül arra, hogy a konkrét ügy tárgya olyan eset volt-e, amelyben az érintett állam tiltotta az szuicidumban való közreműködést. A dolgozat végkövetkeztetése, hogy az államoknak lehetőségük van arra, hogy lehetővé tegyék az egyének számára az asszisztált

* Buzás Péter PhD-hallgató, ELTE ÁJK

¹ Tekintettel a később vizsgált bírósági gyakorlatra, a tanulmány az „asszisztált öngyilkosság” fogalmát tág értelemben használja, vagyis e kifejezés alatt tárgyal minden olyan esetet, amelyben az egyén egy harmadik személy közreműködésével kíván véget vetni életének.

² *Pretty v. the United Kingdom*, no. 2346/02, § 65, ECHR 2002-III.

öngyilkossághoz való hozzáférést, amennyiben az így elfogadott szabályozás eleget tesz az EJEE 8. cikkéből eredő követelményeknek.

I. Az asszisztált öngyilkosság EJEE szerinti megítélése

Az asszisztált öngyilkosság más életvégi döntésekhez hasonlóan komplex erkölcsi és jogi kérdéseket vet fel, amelyek alapvetően két morális elv, az élet szentségének, illetve az autonómia tiszteletben tartásának kollíziójára vezethetők vissza.³ Az előbbi princípium értelmében az emberi élet sérthetetlen, így tehát minden olyan cselekmény elítélendő, amely élet kioltására irányul.⁴ Az autonómia tiszteletben tartása ezzel szemben elismeri és védi az egyén döntéshozatali jogát, az önálló cselekvés számára történő lehetővé tételét még abban az esetben is, ha az adott esetben káros vagy végzetes végkimenetellel jár.⁵ E két morális normát az EJEE-ben, illetve az arra épülő strasbourgi ítélkezési gyakorlatban elsődlegesen az élethez való jogot deklaráló 2. cikk, valamint a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jogot biztosító 8. cikk hivatott érvényre juttatni.

Az EJEE 2. cikke alapján az államoknak kiemelt kötelezettségük az emberi élet védelme. E jog alkalmazását még háború vagy a nemzet létét fenyegető más vészhelyzet esetén sem lehet felfüggeszteni.⁶ Az államok tehát kötelesek tartózkodni minden olyan tevékenységtől, amely az élethez való jog akár szándékos, akár gondatlan megsértését eredményezheti.⁷ Emellett a hatóságok kötelesek megfelelő megelőző és kriminalizációs intézkedések megtételével aktív, tevőleges módon garantálni az emberi élet védelmét.⁸

A magánélet tiszteletben tartásához fűződő jog a személyes autonómia négy leg-
alapvetőbb aspektusát, az egyén magán- és családi életét, lakását és levelezését részesíti védelemben.⁹ Ezek közül is kiemelendő a magánélet, amely az EJEB gyakorlata értelmében tág fogalom, így felöleli – többek között – az egyén identitását és önrendelkezési jogát is.¹⁰ Az EJEE 8. cikkének 1. bekezdése értelmében az államok kötelesek tartózkodni minden olyan tevékenységtől, amely a magánélet hatálya alá tartozó cselekvéseket korlátozná, azaz – az egyezményben meghatározott kivételektől eltekintve – nem

³ Filó Mihály: *Az eutanázia a büntetőjogi gondolkodásban*. Budapest, 2009. 69. o.

⁴ Kovács József: *A modern orvosi etika alapjai – Bevezetés a bioetikába*. Budapest, 2006. 401. o.

⁵ BEAUCHAMP, Tom L. – CHILDRESS, James F.: *Principles of Biomedical Ethics*. New York, 2009. 102. o.

⁶ Filó: *Az eutanázia a büntetőjogi gondolkodásban*. 307–308. o.

⁷ *Stewart v. the United Kingdom*, App No 10044/82 (1984) 39 DR 162 EcommHR.

⁸ *Osman v. the United Kingdom*, 28 October 1998, § 103, *Reports of Judgments and Decisions 1998-VIII*.

⁹ ROAGNA, Ivana: *Protecting the right to respect for private and family life under the European Convention on Human Rights*. Strasbourg, 2012. 9. o.

¹⁰ HARRIS, David et al.: *Law of the European Convention on Human Rights*. Oxford, 2009. 361. o.

avatkozhatnak be önkényes módon e jog gyakorlásába.¹¹ A hatóságok kötelesek továbbá megfelelő intézkedéseket is hozni annak érdekében, hogy garantálják a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jog érvényesülését az egyének közötti kapcsolatokban.¹²

Az élethez való jog és az asszisztált öngyilkosság kérdésköre elsődlegesen a *Pretty v. Egyesült Királyság* ügyben került előtérbe, amelynek során az EJEB – többek között – azt vizsgálta, hogy az EJEE 2. cikkében foglalt jognak létezik-e negatív oldala, levezethető-e belőle az ún. halálhoz való jog (*right to die*). A strasbourgi bíróság az ügyben hozott ítéletében egyértelműen elutasította az élethez való jog ilyen értelmezését, az egyén döntési szabadsága az EJEE 2. cikke alapján nem terjed ki a szuicidum választásának lehetőségére.¹³ A testület ugyanakkor azt is hangsúlyozta, hogy ez azonban még nem jelenti azt, hogy az asszisztált öngyilkosság *ipso facto* sértene az élethez való jogot, azaz egyezményellenes lenne. Az önrendelkezési jogot ugyanis az EJEE más rendelkezései, így például a 8. cikkben foglalt magánélet tiszteletben tartásához fűződő jog fejezi ki.¹⁴

Az asszisztált öngyilkosság és az EJEE 8. cikkének kapcsolata már a *R. v. Egyesült Királyság* ügyben hozott döntésben is megjelent.¹⁵ Ebben az ügyben az Emberi Jogok Európai Bizottsága egyértelműen kimondta, hogy a szuicidumban való közreműködés tilalma nem a közreműködő, hanem az öngyilkosságot elkövetni szándékozó személy magánéletének tiszteletben tartásához fűződő jogát érinti közvetlenül.¹⁶ A *Pretty*-ügyben az EJEB – ezen érvelést továbbfejlesztve – már egyértelműen elismerte, hogy a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jog védelme kiterjed a veszélyes vagy erkölcsileg elítélendő cselekedetek választásának szabadságára is. A személyes autonómia ugyanis az EJEE 8. cikkében foglalt garanciák alapjául szolgáló egyik legfontosabb elv.¹⁷ Mivel pedig a modern társadalom halálhoz, haldokláshoz, illetve az emberi élet minőségével kapcsolatos kérdésekhez való hozzáállása jelentősen megváltozott, így nem zárható ki a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jog gyakorlásába történő beavatkozások közül az az eset, amikor törvény tiltja az érintett számára, hogy saját elhatározásából öngyilkosságot kövessen el.¹⁸

Noha a testület már a kezdetektől egyértelműen a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jog körébe sorolta az asszisztált öngyilkosságot, a vonatkozó konkrét, az EJEE 8. cikkéből levezethető jogosultság meghatározására csak a *Pretty*-ügy után több mint tíz évvel került sor. Az EJEB a *Haas v. Svájc* ügyben hozott ítéletében a szuicidumban

¹¹ ROAGNA: *Protecting the right to respect for private and family life...* 45. o.

¹² *Marckx v. Belgium*, 13 June 1979, § 31, Series A no. 31.

¹³ *Pretty v. the United Kingdom*, no. 2346/02, § 39, ECHR 2002-III.

¹⁴ RIETIKER, Daniel: From Prevention to Facilitation? Suicide in the Jurisprudence of the ECtHR in the Light of the Recent *Haas v. Switzerland* Judgment. *Harvard Human Rights Journal*, (2012) 1., 113. o.

¹⁵ Report of the Commission, *R. v. the United Kingdom*, D.R. 33, 270–275. o.

¹⁶ Uo. 271–272. o.

¹⁷ *Pretty v. the United Kingdom*, no. 2346/02, § 61–62, ECHR 2002-III.

¹⁸ Uo. § 67.

történő közreműködés svájci szabályozását vizsgálta.¹⁹ Svájc az egyik olyan európai állam, amely lehetővé teszi orvos segítségének igénybevételét, amennyiben a betegsége végső stádiumában lévő páciens saját elhatározásból úgy dönt, hogy véget vet életének.

A döntésben a strasbourgi bíróság megértését fejezte ki azzal kapcsolatban, hogy az egyén „biztonságos és méltóságteljes módon, szükségtelen fájdalom és szenvedés nélkül kövessen el öngyilkosságot”.²⁰ Ezzel összefüggésben pedig – korábbi gyakorlatát továbbfejlesztve – levezette az EJEE 8. cikkéből az egyén jogát arra, hogy eldönthesse, milyen módon és mikor érjen véget az élete, feltéve, ha az érintett olyan helyzetben van, amelyben önállóan dönthet, és annak megfelelően is cselekedhet.²¹ Következésképpen a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jog részjogosítványként nevesített, a halál idejének és módjának megválasztásához fűződő jogot az államoknak nemcsak tiszteletben kell tartaniuk, hanem – bizonyos esetekben – pozitív módon is elő kellene segíteniük az érintett személy elhatározásának érvényre juttatását, többek között megfelelő jogszabályi környezet kialakítása révén.²²

A vonatkozó gyakorlat alapján az EJEB alapvetően elismeri az egyén autonómiáját az asszisztált öngyilkossággal kapcsolatban mint a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jog hatálya alá tartozó jogosultságot. Ebből következően tehát lehetséges egyezménykonform módon szabályozni a szuicidumban való közreműködést. A szabályozás kereteit pedig az EJEE 8. cikkének 2. bekezdésében foglalt követelményeknek határozzák meg.

II. Az asszisztált öngyilkosság egyezménykonform szabályozásának körvonalai

A kialakult bírósági esetjog szerint a halál idejének és módjának megválasztásához fűződő jog a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jog hatálya alá tartozik. Ebből következően e jogosultságba történő mindenfajta beavatkozásnak, így a – megengedő vagy tiltó – jogi szabályozásnak is, meg kell felelnie az EJEE 8. cikk 2. bekezdésében foglaltaknak, vagyis törvényesnek kell lennie, legitim célt kell szolgálnia, illetve szükségesnek és arányosnak kell lennie egy demokratikus társadalomban az adott cél elérése érdekében.²³ Emellett léteznek a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jognak procedurális aspektusai is, azaz a vonatkozó szabályozásnak megfelelő jogorvoslati

¹⁹ *Haas v. Switzerland*, no. 31322/07, ECHR 2011.

²⁰ Uo. § 56.

²¹ Uo. § 51.

²² *Koch v. Germany*, no. 497/09, § 51–51, 19 July 2012 és *Gross v. Switzerland*, no. 67810/10, § 58–59, 14 May 2013.

²³ WHITE, Robin C. A. – OVEY, Clave: *The European Convention on Human Rights*. New York, 2010. 311. o.

lehetőséget is kell biztosítani az egyének számára akkor, amikor jogaikat sérelem éri.²⁴ Amennyiben az asszisztált öngyilkosság szabályozása eleget tesz e követelményeknek, úgy lényegében egyezménykonformnak tekinthető.

1. A törvényesség követelménye

A törvényesség követelménye értelmében az állami hatóságok csak „törvényben meghatározott” esetekben avatkozhatnak be a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jog gyakorlásába. Az, hogy mi minősül törvényben meghatározottnak, az EJEB egy háromlépcsős teszt segítségével dönti el. Egyrészt a beavatkozásnak rendelkeznie kell valamilyen jogszabályi alappal.²⁵ Továbbá a vonatkozó előírásnak eleget kell tennie az ún. jog minősége (*quality of law*) követelményének is, vagyis hozzáférhetőnek kell lennie az érintettek számára, illetőleg kellően pontosan és világosan megfogalmazottnak kell lennie ahhoz, hogy az egyén képes legyen megítélni cselekedeteinek következményeit.²⁶

A fenti követelmények meglétét vizsgálta az EJEB a *Gross v. Svájc* ügyben.²⁷ A mérlegelés tárgya az volt, hogy mennyiben tekinthetők jogszabálynak a Svájci Orvostudományi Akadémia által elfogadott, a betegek életvégi ellátásáról szóló orvostikai irányelvek, amelyeket mind az érintett orvosok, mind pedig a Svájci Legfelső Bíróság irányadónak tekintett ítélezési gyakorlatában. A strasbourgi bíróság ítéletében ezzel kapcsolatban megállapította, hogy az említett irányelvek nem felelnek meg a törvényesség követelményének. Azokat ugyanis „egy nem kormányzati szervezet bocsátott[a] ki, és amelyek nem felelnek meg a jogszabályokkal szemben támasztott érvényességi kellékeknek”.²⁸ A testület szerint ráadásul e dokumentum előírásai nem voltak kellően világosak, így szükségtelenül visszatartották azokat az orvosokat, akik egyébként hajlandóak lettek volna orvosi vényt írni a kérelmező számára.²⁹ A bíróság ezért megállapította a kérelmező magánélet tiszteletben tartásához fűződő jogának sérelmét az asszisztált öngyilkosság svájci szabályozásával összefüggésben.

Noha a határozat meghozatalát követően fény derült arra, hogy a kérelmező végül mégis véget vetett életének, ezért a beadványt a Nagykamara utólagosan elutasította, mindazonáltal az ítéletet alapján is megállapítható, hogy a törvényesség követelménye kiemelt jelentőséggel bír a szuicidumban való közreműködés egyezménykonform szabályozása szempontjából.³⁰ Egyrészt az államok kizárólag ténylegesen jogalkotó hatáskörrel felruházott szerv megfelelő eljárás keretében hozott jogi aktusa révén

²⁴ ROAGNA: *Protecting the right to respect for private and family life...* 27. o.

²⁵ WHITE-OVEY: *The European Convention on Human Rights*. 312. o.

²⁶ Uo.

²⁷ *Gross v. Switzerland*, no. 67810/10, 14 May 2013.

²⁸ Uo. § 65.

²⁹ Uo. § 66.

³⁰ *Gross v. Switzerland [GC]*, no. 67810/10, ECHR 2014.

biztosíthatnak lehetőséget az asszisztált öngyilkosság igénybevételére. A biomedicina körében elterjedt (ön)szabályozó szervezetek, például orvosi kamarák ez irányú előírásai tehát nem minősülnek megfelelőnek. Másrészt amennyiben egy állam elismeri az egyén jogát a halál idejének és módjának megválasztásához, megfelelő, pontos és világos jogi iránymutatásokat kell elfogadnia, amelyek iránymutatásként szolgálnak e jog gyakorlásának vonatkozásában. A jogi szabályozás elégtelensége ugyanis a jogbizonytalanság mellett akár „jelentős szenvedést” is okozhat az érintetteknek, hiszen a döntésük megvalósítása „körüli bizonytalanság, [életük] egy kiemelkedően fontos aspektusát érintő helyzetben állt elő”.³¹ Abban az esetben viszont, ha a jogszabályi keretek „kellően világosak ahhoz, hogy pontosan szabályozzák az orvosok döntéseit”, a szabályozás megfelel az EJEE követelményeinek.³²

2. Legitim cél, szükségesség és arányosság

Az EJEE 8. cikk 2. bekezdése értelmében az egyén magánélet tiszteletben tartásához fűződő jogába történő beavatkozás akkor jogszerű, amennyiben az szükséges egy demokratikus társadalomban valamely legitim cél elérése érdekében, illetve e céllal arányos is egyben.³³ A „szükségesség” azt jelenti, hogy a beavatkozás egy kényszerítő erejű társadalmi igény (*pressing social need*) kielégítését szolgálja.³⁴ Másrészt pedig a védendő érdekeknek és az alkalmazott intézkedéseknek arányban kell állniuk az egyén magánélet tiszteletben tartásához fűződő jogának korlátozásával.³⁵ Mindaddig tehát, amíg az elfogadott előírások megfelelnek az említett követelményeknek, az államok viszonylag tág körben szabályozhatják a vonatkozó kérdéseket.

Az asszisztált öngyilkossággal kapcsolatban az EJEB a fenti szempontokat a *Pretty*-ügyben vizsgálta először. Az Egyesült Királyság az öngyilkosságban való közreműködés tilalmának indokaként a gyengék, a kiszolgáltatott helyzetben lévők és azok védelmét jelölte meg, akik nem képesek megfelelő tájékoztatáson alapuló döntéseket hozni.³⁶ A beavatkozás legitim célja tehát mások jogainak és szabadságának védelme volt. Másrészt az EJEB azt is elismerte, hogy e szabályozás megfelelt a szükségesség követelményének is. Az államok jogosultak, illetve kötelesek is mérlegelni

³¹ *Gross v. Switzerland*, no. 67810/10, § 66, 14 May 2013.

³² *Vö. Lambert and Others v. France* [GC], no. 46043/14, § 160, ECHR 2015 (extracts).

³³ Az EJEE 8. cikk 2. bekezdése alapján ilyen legitim cél lehet: a nemzetbiztonság védelme, a közbiztonság vagy az ország gazdasági jóléte, zavargás vagy bűncselekmény megelőzése, a közegészség vagy az erkölcsök védelme, mások jogainak és szabadságainak védelme.

³⁴ ROAGNA, Ivana: *Protecting the right to respect for private and family life under the European Convention on Human Rights*. Strasbourg, 2012. 44–45. o.

³⁵ Uo.

³⁶ WADA, Emily: *A Pretty Picture: The Margin of Appreciation and the Right to Assisted Suicide*. *Loyola of Los Angeles International and Comparative Law Review*, (2005) 2., 281–282. o.

az asszisztált öngyilkosság esetleges dekriminalizálásával járó kockázatokat.³⁷ Minél súlyosabb a mások életét vagy biztonságát fenyegető veszély, a személyes autonómiát annál inkább korlátozni lehet. Mivel pedig a szuicidumban való közreműködés dekriminalizálása tekintetében fennáll „a visszaélés valódi veszélye”, így – adott esetben – akár a teljes tilalom is jogszerűnek bizonyulhat.³⁸ Végezetül pedig a testület kitért arra is, hogy az angol szabályozás, ha korlátozottan is, de lehetővé tett bizonyos rugalmasságot a hatóságok számára az öngyilkosságban történő közreműködés üldözése terén.³⁹ Azaz a kérelmező magánélet tiszteletben tartásához fűződő jogába való beavatkozás arányban állt az asszisztált öngyilkosság tilalmának céljaival.⁴⁰ A Diane Pretty által kifogásolt szabályozás így teljes mértékben megfelelt az EJEE előírásainak.

A magánélet tiszteletben tartásához fűződő jogba történő beavatkozás jogszerűségét az EJEB a korábban említett *Haas*-ügyben is vizsgálta. Szemben azonban a *Pretty*-üggyel, ebben az esetben nem az asszisztált öngyilkosság teljes tilalmának jogszerűsége volt a vizsgálat tárgya, hanem az, hogy a svájci szabályozás, amely a szuicidum elkövetéséhez szükséges szerhez való jutást csak orvosi receptre teszi lehetővé, sérti-e az EJEE 8. cikkét.⁴¹ E tekintetben a testület elismerte, hogy nem szabad lebecsülni az olyan rendszerben rejlő visszaélések veszélyét, amely lehetővé teszi a hozzáférést az asszisztált öngyilkossághoz.⁴² Az államoknak intézményes életvédelmi kötelezettségükből eredően ezért minden olyan intézkedést meg kell hozniuk, amely az érintettek védelmét szolgálja.⁴³ A svájci szabályozás kifejezett célja a kiszolgáltatott helyzetben lévők életének védelme, a visszaélések és jogsértések visszaszorítása.⁴⁴ A magánélet tiszteletben tartásához fűződő jogba történő beavatkozás legitim célja így a közegészség és a közbiztonság védelme, valamint a bűncselekmények megelőzése volt. A szabályozás ráadásul szükséges is volt, hiszen általa biztosítható, hogy „az öngyilkosság választása valóban összhangban áll az érintett egyén szabad akaratával”.⁴⁵ Mivel pedig Ernst G. Haasnak végső soron lehetősége lett volna – adott esetben – orvosi asszisztenciát igénybe venni az öngyilkosság elkövetéséhez, így a kérelmező jogának gyakorlásába történt beavatkozás egyben arányosnak is minősült.⁴⁶

³⁷ GOOSSENS, Kim: Case of Pretty vs. the United Kingdom. *Tilburg Foreign Law Review*, (2002–2003) 3., 295. o.

³⁸ *Pretty v. the United Kingdom*, no. 2346/02, § 74, ECHR 2002-III.

³⁹ Uo. § 76.

⁴⁰ SPIELMANN, Dean: Allowing the Right Margin: The European Court of Human Rights and the National Margin of Appreciation Doctrine – Waiver or Subsidiarity of European Review? *European Legal Studies Working Paper Series*, (2012) 22–23. o.

⁴¹ KOVÁCS András Péter: Amicus Curiae egy alkotmánybírói határozathoz – avagy az öngyilkosság aktuális alapjogi kérdései. In Filó Mihály (szerk.): *Halálos bűn és szabad akarat – Öngyilkosság a jogtudomány tükrében*. Budapest, 2013. 290. o.

⁴² *Haas v. Switzerland*, no. 31322/07, § 58, ECHR 2011.

⁴³ KOVÁCS: Amicus Curiae egy alkotmánybírói határozathoz... 290. o.

⁴⁴ *Haas v. Switzerland*, no. 31322/07, § 57, ECHR 2011.

⁴⁵ Uo. § 58.

⁴⁶ Uo. § 61.

A *Pretty*- és a *Haas*-ügyekben hozott ítéletek alapján megállapítható, hogy az államoknak megfelelő végrehajtási és megelőző intézkedésekkel garantálniuk kell az egyén védelmét az elhamarkodott döntések és a visszaélések ellen.⁴⁷ Ilyen szükséges és jogszerű intézkedés lehet az, ha a jogalkotó kijelöli, hogy az érintettek pontosan mely körét illeti meg az öngyilkosságban való orvosi közreműködéshez való jog, például orvosi indikációk meghatározása révén, valamint az élet kioltásához használt szerekhez való hozzáférés – adott esetben – adminisztratív módszerekkel történő szabályozása is idetartozik. Fontos azonban, hogy az említett intézkedések arányossága csak abban az esetben biztosított, ha lehetőség van az érintett egyedi helyzetéből adódó sajátosságok elbírálására, azaz az esetről esetre történő döntéshozatalra.

3. Az asszisztált öngyilkosság szabályozásának procedurális aspektusa

Végezetül megemlítendő, hogy a magánélethez való jognak létezik egy procedurális aspektusa is, amely szorosan kapcsolódik az EJEE 13. cikke szerinti hatékony jogorvoslathoz való joghoz. Az eljárási kérdések alapvetően az államok azon kötelezettségéből erednek, hogy megfelelő jogorvoslati lehetőségeket biztosítsanak az egyének számára akkor, amikor valamelyik, az EJEE 8. cikkében foglalt jogosultságukat a hatóságok önkényes módon megsértik.⁴⁸ A procedurális követelmények azonban nemcsak a felülvizsgálat lehetővé tételét jelentik, hanem bizonyos, a jogorvoslati rendszerrel kapcsolatos tartalmi követelmények meglétét is, amelyek célja az eljárás hatékonyságának és tisztességének érvényre juttatása.

A fenti kérdéskört az EJEB először a *Koch*-ügyben vizsgálta meg azzal összefüggésben, hogy a német bíróságok döntései, melyek érdemi vizsgálat nélkül utasították el a kérelmező és néhai felesége asszisztált öngyilkosság lehetővé tétele iránti kérelmeit, sértették-e a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jogot. A testület az ítéletében e tekintetben megállapította, hogy „az [EJEE] 8. cikke magában foglalhatja a bírósághoz fordulás lehetőségét egy olyan ügyben is, amelyben a kérdéses jogot [az adott állam] még nem deklarálta”.⁴⁹ A német hatóságok és bíróságok ezért kötelesek lettek volna érdemben is megvizsgálni a házaspár indítványait vagy megfelelő módon igazolni e beavatkozás jogszerűségét. Ennek hiányában azonban a hatóságok nem tettek eleget az EJEE 8. cikkből eredő eljárási kötelezettségeiknek.⁵⁰

Végezetül megemlítendő, hogy az EJEB életvégi döntésekkel kapcsolatos esetjoga alapján további követelmények is meghatározhatók az eljárási kötelezettségekkel összefüggésben. Ezek közé tartozik, hogy az eljáró szervek kötelesek az eléjük tárt

⁴⁷ RIETIKER: *From Prevention to Facilitation?* 120. o.

⁴⁸ ROAGNA: *Protecting the right to respect for private and family life...* 27. o.

⁴⁹ *Koch v. Germany*, no. 497/09, § 53, 19 July 2012.

⁵⁰ Uo. § 71.

esetet részletes vizsgálatnak alávetni, amelynek keretében minden érintett fél kifejtheti álláspontját.⁵¹ Az eljárás eredményeként hozott döntést pedig világosan megfogalmazott és alapos indokolással kell ellátni.⁵²

A halál idejének és módjának megválasztásához fűződő jog – az EJEE 8. cikke szerinti – procedurális aspektusa tehát mindenképp azt foglalja magában, hogy az egyén bírósághoz fordulhat abban az esetben, amennyiben az említett jogának gyakorlása valamilyen oknál fogva korlátozás alá esik. Ez magában foglalja – más életvégi döntésekkel kapcsolatos jogorvoslatokhoz hasonlóan – egyrészt a többszintű jogérvényesítés lehetővé tételét, a tisztességes eljárás követelményét, valamint jogsértés megállapítása esetére a hatékony jogorvoslatot is.

4. A pozitív állami kötelezettségek

Az EJEE 8. cikkéből eredő pozitív kötelezettségek értelmében az államok kötelesek minden olyan – jogi és egyéb – intézkedést meghozni, amely a magánélet tényleges tiszteletben tartását biztosítja az egyének közötti kapcsolatokban. E tekintetben az EJEB rendszerint azt vizsgálja, hogy az adott állam szabályozása megfelelő egyensúlyt teremtett-e a versengő köz- és magánérdekek között.⁵³ Egy további szempont pedig, hogy a vonatkozó előírások alapján hatékonyan érvényesülnek-e az egyének jogai.

A strasbourgi bíróság a *Haas*- és a *Gross*-ügyben is találkozott azzal a helyzettel, ahol az érintett állam, Svájc, ugyan lehetővé tette az asszisztált öngyilkossághoz való hozzáférést, a kérelmezők azonban saját helyzetükből adódóan nem voltak jogosultak arra. Az esetek közül Ernst G. Haas ügyében az ítélet hivatkozott a 8. cikkéből eredő pozitív aspektusokra, a testület azonban nem vetette érdemi vizsgálat alá azokat, ehelyett a kérelmező magánélet tiszteletben tartásához fűződő, valamint élethez való joga közötti egyensúly meglétét mérlegelte.⁵⁴ A *Gross*-ügyben pedig az EJEB nem is tartotta szükségesnek a kérelem ebből a szempontból való vizsgálatát.⁵⁵

A strasbourgi bíróság visszafogottsága a 8. cikkéből eredő pozitív kötelezettségeknek az asszisztált öngyilkossággal kapcsolatos értelmezése terén e kérdéskör komplex megítélésére vezethető vissza. A magánélet tiszteletben tartásához fűződő jog ezen aspektusa ugyanis olyan kérdések vizsgálatát is eredményezné, mint hogy az emberhez méltó öngyilkosság biztosításához szükséges intézkedések meghozatala általános kötelezettségnek minősül-e, azaz vonatkozik-e azon államokra is, amelyek egyébként

⁵¹ *Lambert and Others v. France* [GC], no. 46043/14, § 181, ECHR 2015 (extracts); *Nicklinson and Lamb v. the United Kingdom*, nos. 2478/15 and 1787/15, § 85, 23 June 2015.

⁵² *Gard and Others v. the United Kingdom*, no. 39793/17, § 124, 27 June 2017.

ROAGNA: *Protecting the right to respect for private and family life...* 60. o.

⁵⁴ *Haas v. Switzerland*, no. 31322/07, § 53–54, ECHR 2011.

⁵⁵ *Gross v. Switzerland*, no. 67810/10, § 62–63, 14 May 2013.

tiltják vagy büntetni rendelik az öngyilkosságban történő bárminemű közreműködést. Másrészt szintén bonyolult morális és jogi vitákhoz vezetne a halál idejének és módjának megválasztásához fűződő jog terjedelmének meghatározása, vagyis hogy egy államnak milyen messzire kell elmennie az egyén öngyilkossági szándékának támogatása terén. Az EJEB az említett „visszakozó álláspontja” miatt tehát még adós a vonatkozó útmutatások megfogalmazásával.⁵⁶

III. Konklúzió

Az EJEB asszisztált öngyilkossággal kapcsolatos gyakorlata még jelenleg is fejlődik. A vonatkozó ügyek számának növekedése mellett azonban néhány, alapvető elvi következtetés már levonható az esetjogból. Egyrészt a strasbourgi gyakorlat a szuicidumban való közreműködést mindenekelőtt a magánélet tiszteletben tartásához fűződő joggal összefüggésben vizsgálja. Az egyéb szempontból kiemelt jelentőségű személyes autonómia elve, illetve – a *Haas*-ügyben nevesített – a halál idejének és módjának megválasztásához való jog ugyanis az EJEE 8. cikkével áll közvetlen kapcsolatban. E rendelkezés adja meg tehát azt a dogmatikai keretet, amelyre tekintettel az EJEB döntést hoz az egyes ügyekben.

Az államoknak lehetőségük van arra, hogy a fent említett jog alapján lehetővé tegyék az egyének számára az asszisztált öngyilkossághoz való hozzáférést. Ebben az esetben azonban az EJEE 8. cikkéből eredő követelményeknek maradéktalanul teljesülniük kell, az EJEB ugyanis szigorúan a jogszerűség rendkívül magas mércéjét alkalmazza. Egyrészt a szabályozásnak ténylegesen jogszabályban foglaltnak kell lennie, az érintett szakmai szervezetek által kibocsátott – és adott esetben követhetőnek tartott – előírások kívül esnek ezen a körön. Másrészt, mivel az asszisztált öngyilkosság lehetővé tétele önmagában is súlyos kockázatokat rejthet a kiszolgáltatott helyzetben lévőkre tekintettel, további intézkedésekkel kell garantálni az emberi élet védelmét a halál idejének és módjának megválasztásához való joggal összefüggésben. Ezen intézkedéseknek minden esetben a közbiztonság és mások jogainak védelmét, valamint a bűncselekmények megelőzését kell szolgálniuk, figyelembe véve a szükségesség és az arányosság követelményét is. Végezetül pedig lehetővé kell tenni a hatékony és igazságos jogorvoslatot, amely képes az egyedi jogsértések vizsgálatára és korrekciójára is.

Az EJEB ugyanakkor továbbra is tartózkodik attól, hogy kimondja, az egyének általános igényrel léphetnének fel a konzervatív, tehát tiltó szabályozást követő államokkal szemben annak érdekében, hogy lehetővé tegyék számukra az asszisztált

⁵⁶ Buzás Péter: Az Emberi Jogok Európai Bíróságának ítélete az asszisztált öngyilkosság svájci szabályozásáról. *Jogesetek Magyarzata*, (2015) 4., 66. o.

öngyilkosságot. Ennek oka, hogy a nemzeti szabályozások összehasonlítása alapján a tagállamok között nem állapítható meg konszenzus az egyén azon jogát illetően, amely alapján eldöntheti, milyen módon és mikor érjen véget az élete.⁵⁷ Az államokat ezért rendkívül széles mérlegelési szabadság illeti meg az említett jog kereteinek meghatározása terén, amely alapján szabadon választhatnak a szuicidumban történő közreműködés teljes tilalma, valamint az ahhoz való hozzáférés lehetővé tétele között.⁵⁸

⁵⁷ *Haas v. Switzerland*, no. 31322/07, § 55, ECHR 2011.

⁵⁸ Lásd FİLÓ Mihály – BuzÁS Péter: Életvégi döntések és a margin of appreciation az Emberi Jogok Európai Bíróságának gyakorlatában. *Állam- és Jogtudomány*, (2016) 4., 19–39. o.

BELOVICS Ervin *

Az emberi élet büntetőjogi védelme

„Az élet, a testi épség és egészség elleni bűncselekmények általában és különösen az emberölés társadalmi, erkölcsi és jogi problémái a legrégebb időktől kezdve foglalkoztatják az emberi gondolkodást. A múlt és a jelen erkölcsi rendszereiben központi helyet foglalt és foglal el a legkülönbözőbb nézőpontokból kialakított »ne ölj« parancsa.”¹

A Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya szerint „Minden emberi lénynek veleszületett joga van az életre. E jogot a törvénynek védelmeznie kell. Senkit sem lehet életétől önkényesen megfosztani”.² Az Egyezségokmány szövegével lényegében megegyező normát tartalmazott az Alkotmány, amikor kimondta, hogy „Minden embernek vele született joga van az élethez és az emberi méltósághoz, amelyektől senkit nem lehet önkényesen megfosztani”.³ Az Alaptörvény „Szabadság és Felelősség” című fejezete szerint „Az emberi méltóság sérthetetlen. Minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz, a magzat életét a fogantatástól kezdve védelem illeti meg”.⁴

Ezen rendelkezések alapján egyértelműen megállapítható, hogy az élethez való jog olyan alapjog, amelynek büntetőjogi védelme elengedhetetlen.

A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény (a továbbiakban: Btk.) XV. Fejezete ennek az alapjognak a védelmét teremti meg. Így büntetendő az emberi élet jogellenes kioltásának minden formája, azaz a szándékos és a gondatlan emberölést a törvény egyaránt szankcionálja. Bár az öngyilkosság megkísérlése büntetőjogilag nem fenyegetett, azonban az élet védelmének teljes körűvé tétele érdekében az öngyilkosságra rábírást, valamint az öngyilkosság elkövetéséhez történő segítségnyújtást a Btk. szintén büntetni rendeli. Az emberi élet fokozott büntetőjogi védelme jelenik meg abban a kodifikációs megoldásban, amelynek következtében a hatályos törvény már az emberölés két alapesetét szabályozza, hiszen emberölésnek minősül a tizennegyedik életévét be nem töltött vagy akaratnyilvánításra képtelen személy öngyilkosságra történő rábírása is, ha az öngyilkosságot elkövetik.⁵ Ezzel az egyébként

* BELOVICS Ervin PhD, tanszékvezető egyetemi tanár, PPKE JÁK

¹ HORVÁTH Tibor: *Az élet, a testi épség, az egészség büntetőjogi védelme*. Budapest, 1965. 3. o.

² Az Egyesült Nemzetek Közgyűlése XXI. ülészakán, 1966. december 16-án elfogadott Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya kihirdetéséről szóló 1976. évi 8. törvényerejű rendelet.

³ 54. § (1) bekezdés.

⁴ II. Cikk.

⁵ Btk. 160. § (5) bekezdés.

a korábbi jogalkalmazói gyakorlatot normaszöveggé alakító kodifikációs megoldással azért kell feltétlenül egyetérteni, mert a tizenegyedik életévét be nem töltött, illetve az akaratnyilvánításra képtelen személy jogi értelemben beszámítási képességgel nem rendelkezik, aminek a háttérében az áll, hogy bizonyos életkor alatt vagy bizonyos betegségek létezésekor a tudati oldal teljességének hiánya miatt az ember nem képes felfogni cselekedetének következményeit.

Az ember életének védelme érdekében a Btk. a sérelem bekövetkezésének veszélyét előidéző magatartásokat is bünteti. Ilyen bűncselekmény például a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés.

Az eddig említett bűncselekményi kör közös jellemzője, hogy a Btk. minden olyan tevékenységet büntetni rendel, amely alkalmas az emberi élet közvetlen veszélyeztetésére vagy az emberi élet kioltására, azaz a törvény kifejezett tilalmakat állít fel, azonban – az élet mint érték kiemelkedő jelentőségére figyelemmel – a törvénykönyvben olyan tényállás is található, amely cselekvési kötelezettséget ír elő az érintett személy számára. Ilyen bűncselekmény a segítségnyújtás elmulasztása. Ebben az esetben tehát a cselekvési kötelezettség magából a Btk.-ból fakad, és annak elmulasztása megalapozza a büntetőjogi felelősségre vonást.

A Btk. azonban nem csupán a már említett fejezetben oltalmazza az emberi életet, hanem más bűncselekmények megvalósításakor is, és oly módon teszi ezt, hogy amennyiben az elsődlegesen más jogtárgyat sértő vagy veszélyeztető deliktum végrehajtása az emberi élet kioltását eredményezi, az így megvalósuló bűncselekmény súlyosabban büntetendő. Ebbe a körbe tartozik például az emberrablás.⁶

Az élet büntetőjogi védelmének problematikája a Btk. által szabályozott más jogintézmények esetében is jelen van. Ilyen jogintézmény a jogos védelem,⁷ amelynek esetében alapkérdés, hogy a támadó élete kioltható-e, és ha igen, milyen feltételek fennállásakor. A problémakör már az Alkotmánybíróság 23/1990. (X. 31.) AB határozatának egyik párhuzamos véleményében is elemzésre került. A párhuzamos véleményben kifejtett álláspont szerint

Ha a megtámadott megöli a támadóját, a jogos védelem biztosította büntetlenséggel a jog nem az élettől való megfosztás jogszerűségét ismeri el, hanem annak a szituációnak a jogon kívüliségét, amelyben a támadás és elhárítása lezajlott. Jogot a támadó megölésére a jog nem adhat, de ugyanazon okból azt sem írhatja elő, hogy a megtámadott túrni köteles [...]

⁶ Btk. 190. § (1) Aki mást személyi szabadságától

a) erőszakkal, illetve az élet vagy testi épség ellen irányuló közvetlen fenyegetéssel vagy

b) védekezésre vagy akaratnyilvánításra képtelen állapotba helyezésével vagy ilyen állapotát kihasználva megfoszt, és szabadon bocsátását követelés teljesítésétől teszi függővé, büntett miatt két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(4) A büntetés tíz évtől húsz évig terjedő vagy életfogytig tartó szabadságvesztés, ha az emberrablás szándékos emberölést is megvalósít.

⁷ Btk. 21–22. §.

így tehát a természeti állapot tér vissza azokra a pillanatokra, amíg az életek közötti választás szituációja fennáll [...] csak a választási helyzet megszűntével lép be újra a jog.

Ezzel az okfejtéssel azonban nem lehet egyetérteni, hiszen a jogosan védekező olyan támadást hárít el, amelynek megakadályozására a bűnüldöző hatóságok lennének jogosultak és kötelesek, és ha ezek a szervek a kötelezettségüknek nem képesek eleget tenni, a megtámadott vagy az érdekében fellépő számára biztosítani kell a védekezés jogát. Lényegében tehát a jogszerűen védekező a társadalom védekezését valósítja meg, mert a jognak nem szabad meghátrálnia a jogtalansággal szemben. Az ilyen helyzetben kifejtett és a Btk. által büntetni rendelt cselekmény a társadalomra nem veszélyes. Ez pedig arra az esetre is igaz, ha a védekező az élete ellen támadót megöli. Tehát „Egyrészt nincsen jogon kívüli helyzet, másrészt nem levezethető, hogy az államnak ne lenne joga embert ölnie (lásd például az állam önvédelemhez való joga, amelyet a nemzetközi jog szabályoz)”⁸

Nota bene, a jelenleg hatályos Btk. a védekezés jogát kitágította, törvényi szinten deklarálva ezzel azt a tételt, amely szerint a jog a jogtalan magatartást tanúsító számára védelmet nem nyújthat. Ezért került be a normarendszerbe a szituációs jogos védelem. A szituációs jogos védelemben a jogtalan magatartást tanúsító személy élete nem részeseül fokozott védelemben, a törvény fokozottan a megtámadottat kívánja oltalmazni.

Az életek közötti választás problematikája merül fel a végszükség⁹ tekintetében. A végszükség jogintézményén belül kiemelkedő súllyal bírnak az úgynevezett veszélyközösség esetei. Például ha két hegymászó kötéllel van összekapcsolva, és az egyikük lezuhan, a kötél ugyan a levegőben tartja, de a körülmények miatt szükségszerű, hogy kis idő elteltével a másik hegymászt is magával rántsa, kérdésként vetődik fel, hogy miként alakul annak a büntetőjogi felelőssége, aki a kötelet azért vágja el, hogy ne együtt zuhanjanak le a szakadékba, mely zuhanás mindkettőjük biztos halálát okozná. Hasonló jellegű az az eset, amikor két személy tartózkodik egy léghajó kosarában, amelynek gázzal telt ballonja megsérült, és így a léghajó zuhanni kezd a túlsúly miatt; felel-e az, aki a társát a mélybe dobja annak érdekében, hogy a saját életét megmentse. A végszükség hatályos szabályaiból az következik, hogy az önmaguk életét mentő személyeket büntetőjogi felelősség nem terheli, hiszen „Az emberi élet kioltásával való veszélyelhárítás esetén is megállapítható a végszükség akkor, ha az egy ember életét kioltó cselekmény legalább egy ember életét menti meg”¹⁰

A jogirodalmat régóta foglalkoztatja, hogy helyes-e a veszélyközösség ilyen esetére kiterjeszteni a büntetőjogi felelősségre vonást, vagy elfogadható-e az olyan szabályozás,

⁸ GELLÉR Balázs – AMBRUS István: *A magyar büntetőjog általános tanai*. Budapest, 2017. 263. o.

⁹ Btk. 23. §.

¹⁰ BELOVICS Ervin: *Büntetőjog I. Általános Rész*. Budapest, 2018. 264. o.

amely büntetlenséget biztosít az olyan személy számára, aki a saját életét más ember életének a kioltása által menti.

Több jogtudós szerint azon esetekben, amikor az egyik ember élete egy másik ember életével egyidejűleg kerül veszélyhelyzetbe, a jó erkölcsbe ütközik az emberi életek számtani feladványként való értékelése. Így Welzel szerint egy olyan jogi gondolkodás, amely számára a jogi értékek nem pusztán hasznossági értékek, hanem a jog megalapozásában a kultúrkörünk erkölcsi meggyőződéseire épít, egy ilyen (tudniillik a racionális célmérlegelés által meghatározott) szemléletmóddal nem lehet elégedett. A német bírói gyakorlat szerint is ellentmond a keresztény erkölcsi tanok által meghatározott szemléletünknek, ha a dolgok megóvására szolgáló kisebb rossz elvét alkalmazzuk, és a tett jogi értékét a társadalmi összseredmény alapján mérjük le akkor, amikor emberéletek forognak kockán.

Roxin véleménye szerint az élet önkényes megrövidítésének kell tekinteni a halál szükségszerű bekövetkezésével járó veszélyhelyzetben lévő személy életének elvétele is. Álláspontja szerint ugyanis amennyiben a menthetetlen személy megölését a jog megengedi, akkor fel kell adni azt a tételt, amely szerint a rövid időn belül halált eredményező gyógyíthatatlan betegségben szenvedő személy élete is a jog védelme alatt áll. Amennyiben pedig egy veszélyközösségben az élet elvétele nem minősül jogellenesnek, nem adható magyarázat arra a kérdésre, hogy miért tekintjük emberölésnek, ha valaki egy gyógyíthatatlan betegségben szenvedő személyt azért öl meg, hogy szerveinek átültetésével más emberek életét mentse meg. Ebből a szempontból pedig annak sincs relevanciája, hogy a passzív alany esetleg csak percekig, órákig, esetleg napokig élt volna, mert a halál szükségszerű bekövetkezésének kitétele valójában egy olyan gondolati konstrukció, amely lényegében feltételezésen alapul, mert a valóságban sosem tudható előre, hogy a jövőben pontosan mi fog történni. Roxin ezért az élet kioltásának körében elveti a jogellenességet kizáró végszükség alkalmazhatóságának lehetőségét.

Welzel és Roxin okfejtése egyaránt a jogalkotó számára kíván iránymutatást adni, azonban míg Welzel etikai alapon, a keresztény erkölcsi tanokra hivatkozva utasítja el a végszükség alkalmazhatóságának kiterjesztését az emberi élet elvétele árán történő életmentés esetére, Roxin jog-összehasonlítást végezve jut ugyanerre a konklúzióra.

Kétségtelen tény, hogy a Roxin által felhozott példa alapján valóban nehéz megválaszolni azt a kérdést, hogy amennyiben a menthetetlen személy megölését megengedi a törvény, miért védi a jog a gyógyíthatatlan betegségben szenvedő személy életét, amennyiben az ilyen embert azért ölik meg, hogy szerveinek átültetésével más emberek élete megmenthető legyen. A kérdés különösen problematikussá válik, ha a gyógyíthatatlan személy megölésére a saját kérésére kerül sor. Valójában egyetlen egy síkon tehető különbség a felhozott esetek között. Nevezetesen annyiban, hogy a végszükség körében a veszély objektív és abszolút jellegű fogalmi ismérv, ugyanakkor közvetlen is, azaz térben és időben behatárolt, személyre konkretizálódott, ami által a sérelem bekövetkezése azonnalra várható. Ezzel szemben a gyógyíthatatlanság szubjektív,

illetve – meglehetősen gyakran – relatív jellegű. Mindenképpen determináló jelentőségű azonban, hogy a halál bekövetkezésének időpontja még a haláltusáját vívó személy esetében is bizonytalan. Bár Roxin ennek nem tulajdonít jelentőséget, mégis a jogalkotónak ezt, valamint az említett különbségeket kell alapul vennie akkor, amikor dönt a végszükség terjedelmi körének jogszabályi kijelöléséről.

És végül említést kell tennünk a konferencia szempontjából talán legjelentősebb problémakörrel, azaz a *volenti non fit iniuria* elv érvényesüléséről. A kérdés, hogy a saját személyével kapcsolatban mibe egyezhet bele az ember: rendelkezhet-e a saját életével. Amint már említettem, az öngyilkosságnak – természetesen, ha az öngyilkosságot elkövető személy életben marad – büntetőjogi következménye nincs, viszont az öngyilkosság elkövetéséhez történő segítségnyújtás vagy az öngyilkosságra való rábírás megalapozza a büntetőjogi felelősséget. Miként értékeli a büntetőjog azt az esetet, ha valakit a kérésére ölnek meg? Az első magyar Büntető Törvénykönyv, azaz a Csemegi Kódex privilegizált esetként szabályozta a kívánságra ölést. A hatályos törvény szerint azonban, aki a sértett életét annak kérésére oltja ki, ugyanúgy szándékos emberölésért felel. Itt kell említést tennem az eutanázia problematikájáról. Köznapi értelemben eutanáziának minősül minden olyan tevékenység, amelynek célja a halálközeli állapotban lévő, az emberhez méltó életvitelre már képtelen személy életének fájdalommentes megrövidítése, amely megvalósulhat a sértett kezdeményezésére (önkéntes eutanázia), vagy enélkül (nem önkéntes eutanázia).

A köznapi értelemben vett eutanázia szándékos emberölésnek minősül, büntetőjogi értelemben az eutanázia fogalma alatt kizárólag az orvos és a beteg olyan kapcsolata értendő, amikor a gyógyíthatatlan betegségben szenvedő, elviselhetetlenül nagy fájdalmat átélő embert saját kérésére segíti halálba az orvos.

Eutanáziáról – a büntetőjog síkján – tehát csak akkor lehet szó, ha az élet kioltására kifejezetten a beteg akaratából kerül sor, és a beavatkozást orvos végzi (aktív eutanázia), vagy ha az életet meghosszabbító kezelést orvos mulasztja el (passzív eutanázia).

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) a beteg számára biztosítja az önrendelkezéshez való jogot. A törvény az ellátás visszautasítását is lehetővé teszi, kimondva, hogy a cselekvőképes beteget megilleti az ellátás visszautasításának joga, kivéve, ha annak elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyezteti.¹¹ A betegség természetes lefolyását lehetővé téve az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására pedig akkor van lehetőség, ha a betegség az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – az előírt egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet, tehát gyógyíthatatlan.¹² Az életet meghosszabbító kezelés, illetve beavatkozás visszautasítása azonban csak akkor érvényes, ha az megfelel az előírásoknak.

¹¹ Eütv. 20. § (1) bekezdés.

¹² Eütv. 20. § (3) bekezdés.

A törvény tehát az önkéntes passzív eutanáziát lehetővé teszi, az aktív, illetve a nem önkéntes passzív eutanázia azonban ugyancsak bűncselekményt, nevezetesen szándékos emberölést valósít meg.

Az eutanázia alkotmányossági kérdéseivel foglalkozó 22/2003. (IV. 28.) AB határozatával az Alkotmánybíróság elutasította azt az indítványt, amely szerint az Eütv. alkotmányellenesen korlátozza a gyógyíthatatlan betegek önrendelkezési jogát azáltal, hogy nem teszi lehetővé életük orvosi segítséggel történő befejezését.

Az Alkotmánybíróság szükségesnek tartotta, hogy az indítványokban érintett kérdéseket nemzetközi összefüggéseiben is áttekintse. Ennek eredményeképpen arra jutott, hogy bár a világ legtöbb országában tilalmazzák, hogy az orvos bármilyen indokból, akár a beteg vagy hozzátartozója kérésére elősegítse betege halálát, az utóbbi évtizedekben a tudomány, illetőleg a törvényhozás egyre inkább teret szentel az arról való gondolkodásnak, hogyan lehetne gyógyíthatatlan, gyakran nagy fájdalommal küszködő betegek számára az élet méltó befejezéséhez való jogot biztosítani anélkül, hogy az élet kioltására vonatkozó tilalom oldása nem kívánt hatásokkal járjon.

A 20. század utolsó évtizedeiben számos ország törvényhozása, illetve bírói gyakorlata arra az álláspontra helyezkedett, hogy ugyan az élet elleni cselekmények teljes tilalmát fenn kell tartani, a korábbiaktól eltérően viszont el kell ismerni a betegnek azt a jogosultságát, hogy visszautasíthassa az élete fenntartására, illetőleg meghosszabbítására irányuló orvosi beavatkozást még akkor is, ha a visszautasítás minden valószínűség szerint halálát fogja eredményezni. E jogosultságot, Magyarországhoz hasonlóan, egyes országokban a törvényhozás síkján ismerték el, máshol a bírói gyakorlat munkálta ki a betegnek a beavatkozás visszautasítására vonatkozó jogát.

Léteznek olyan országok, ahol a törvény a gyógyíthatatlan beteg halálának az elősegítését változatlanul tiltja, mégis büntetlenséget biztosítanak az orvosnak, ha a halál a betegség végső szakaszában lévő beteg fájdalmainak csillapítására előírt szer elkerülhetetlen mellékhatásaként következett be. Erre példa a német Legfelsőbb Bíróság egy 1996. évi állásfoglalása, mely szerint az orvosilag indikált, a haldokló kifejezett vagy feltételezett kívánságának megfelelő fájdalomcsillapítás akkor sem jogellenes, ha az a halál bekövetkeztét siettettheti.¹³

Hollandiában a korábbi teljes tilalmat a bírói gyakorlat kezdte feloldani. 1973-tól kezdődően számos olyan ítélet született, melyek felmentették az emberölés vádjá alól a gyógyíthatatlan betegüket halálba segítő orvosokat azzal az indokkal, hogy szükséghelyzetben cselekedtek. A holland Legfelsőbb Bíróság egy 1984-ben hozott ítéletében nyilvánította ki elvi élel, hogy bár más ember életének a kioltása változatlanul bűncselekménynek minősül, a beteget halálba segítő orvos azonban bizonyos feltételek fennállásakor alappal hivatkozhat arra, hogy az emberölést szükséghelyzetben követte el.

¹³ BGHSt 42, 305.

A bírói gyakorlat a feltételeket is kimunkálta. E feltételek a következők: az orvos a beteg szabad akaratára alapszik, miután tőle és a betegtől függetlenül orvossal konzultált, a betegnek a kívánsága átgondolt, megfontolt, és a beteg tűrhetetlen fájdalomtól szenved, továbbá nincs kilátás állapota javulására, a szenvedés enyhítését eredményező módszer pedig nem áll rendelkezésre.

A legfőbb bírói döntés hatására tíz évvel később, 1994-ben módosították a büntető-törvényt és a halálesetek kivizsgálásáról szóló jogszabályt. Ezek úgy rendelkeztek, hogy gyógyíthatatlan betegét halálba segítő orvosnak minden ilyen halálesetet jelentenie kell egy bizottságnak, mely állást foglal az eljárás jogszerűségéről. A jelentést megküldik az ügyésznek, aki dönt arról, hogy büntetőeljárást indít-e az orvos ellen.

E szabályozás alkalmazásának tapasztalatai alapján átfogó törvényjavaslatot nyújtottak be a törvényhozáshoz „Az életnek kérésre történő végetvetés és az öngyilkossághoz nyújtott segítség eseteinek felülvizsgálatáról” címmel. A javaslatot a törvényhozás mindkét háza megszavazta, és 2001. október 1-jén lépett hatályba.

A törvény a büntetőtörvények módosításával büntetlenséget biztosít az orvosnak az emberölés és az öngyilkosság elősegítésének büntette alól, ha kellő gondossággal és körültekintéssel járt el, és ha jelentést tett az illetékes halottkémnek a beteg halálában való közreműködéséről.

Belgiumban 2002. május 28-án hoztak törvényt annak lehetővé tételéről, hogy az orvos a gyógyíthatatlan beteg kívánságára véget vethessen az életének. A törvény szóhasználatában eutanázia az orvos által eszközölt azon cselekmény, amellyel szándékosan véget vet betege életének.

A törvény szerint az eutanáziát elvégző orvos nem követ el bűncselekményt, ha megbizonyosodott arról, hogy a beteg nagykorú, cselekvőképes, az eutanáziára vonatkozó elhatározása önkéntes, megfontolt és külső befolyástól mentes. Szükséges az is, hogy a beteg helyzete orvosi szempontból kilátástalan legyen, és olyan állandó, elviselhetetlen testi vagy lelki szenvedést kelljen kiállnia, melyet gyógyíthatatlan betegsége okoz.

A betegnek írásban kell előterjesztenie az eutanázia iránti kérelmét, amelyet neki magának kell megírnia és aláírnia.

A másik feltétel az, hogy a beteg kérelme és az eutanázia között legalább egy hónap teljen el.

A törvény kimondja, hogy az orvos nem köteles eutanáziát alkalmazni, és más személy sem köteles eutanáziában részt venni. Ha az orvos a beteg eutanázia iránti kérelmét megtagadja, a beteg kérésére köteles a kérelmet a beteg által megjelölt orvoshoz eljuttatni.

Ha az orvos úgy dönt, hogy eleget tesz a beteg eutanázia iránti kívánságának, a beteg halálától számított négy napon belül írásos jelentést kell tennie a törvény által létrehozott bizottságnak.

Ez a bizottság az orvos jelentésének benyújtásától számított két hónapon belül dönt arról, hogy az eutanáziára a törvény rendelkezéseinek megfelelően került-e sor.

Ha kétharmados szótöbbséggel úgy véli, hogy az orvos a törvény rendelkezéseit nem tartotta tiszteletben, az iratokat megküldi az ügyésznek.

Az Amerikai Egyesült Államokban a gyógyíthatatlan betegségben szenvedők jogait illetően a bírói gyakorlatban és a törvényhozásban egyaránt lényeges változások következtek be az elmúlt évtizedekben.

A múlt század második felében számos olyan ítélet született, melyek a kereseteknek helyt adtak, és kötelezték az egészségügyi intézményt a kezelés abbahagyására. A szövetségi Legfelsőbb Bíróság pedig a betegeket megillető joggá nyilvánította, hogy akár az életben tartásukhoz feltétlenül szükséges orvosi kezelést is visszautasítsák.

Az orvosi beavatkozás visszautasítását elismerő bírói gyakorlat fejlődésével egyidejűleg az Amerikai Egyesült Államok több tagállamában kezdeményeztek népszavazást abból a célból, hogy a törvény lehetővé tegye a gyógyíthatatlan beteg halálának orvos általi elősegítését.

Oregon államnak a méltó halálról szóló 1994. évi törvénye azt teszi lehetővé, hogy a kezelőorvos olyan szert adjon gyógyíthatatlan betegének, mellyel az véget vehet életének. Erre csak belátási képességgel rendelkező, nagykorú beteg szóbeli, majd írásban megismételt kívánságára kerülhet sor, ha a kezelőorvos, továbbá legalább egy konzulens orvos megállapította, hogy a beteg egy gyógyíthatatlan betegség végső stádiumában van. Mindennek a megtörténtét két érdektelen kívülálló személynek kell tanúsítania.

A törvény szintén kötelező várakozási időket határoz meg a beteg kívánságának kifejezésre juttatása és a szer kiszolgáltatása között.

Ausztráliában az Északi Terület 1995-ben törvényt fogadott el a gyógyíthatatlan betegek jogairól. E törvény lehetővé tette, hogy az a nagykorú személy, akinek betegsége észszerű orvosi megítélés szerint rövidesen halálával fog végződni, s akinek betegsége a beteg számára elfogadható gyógymóddal nem kezelhető, súlyos fájdalom, szenvedése sem enyhíthető, kérhesse kezelőorvosa segítségét élete befejezéséhez. A törvény a holland, a belga, illetőleg az oregoni törvényekhez hasonlóan szigorú garanciális rendelkezéseket tartalmazott.

E törvény mintegy két évig volt hatályban. Az Ausztrál Államszövetség, módosítva az Északi Terület törvényhozási hatáskörét, 1997-ben kimondta, hogy e hatáskör nem terjed ki olyan orvosi tevékenység engedélyezésére, melynek eredményeképpen az orvos szándékos tevékenysége folytán a beteg meghal. A törvény így érvényét veszítette, a hatálya idején a beteg halálához nyújtott orvosi segítséget azonban jogszerűnek ismerték el.

Az elmúlt évtizedekben az Európa Tanács fórumain is helyet kaptak az élet méltó befejezésével kapcsolatos kérdések.

Az Emberi Jogok Európai Bírósága (a továbbiakban: EJEB) egy ítéletben a problémakörrel érdemben foglalt állást. Az EJEB-nek azt kellett eldöntenie, hogy sérti-e a gyógyíthatatlan betegség végső szakaszában, belátási képessége birtokában lévő, de teljes mozgásképtelensége folytán életének önkezelével véget vetni nem képes

kérelmező emberi jogait az, hogy a vádhatóság elutasította a büntetlenség biztosítását a férj számára, ha ő vetne véget felesége életének annak kérésére.

Az EJEB arra az álláspontra helyezkedett, hogy a büntetlenség iránti kérelemnek a brit hatóságok által történt elutasítása nem sérti a kérelmezőnek az Európai Emberi Jogi Egyezményben biztosított jogait, egyebek között az élethez való jogot kinyilvánító 2. cikkét. Az élethez való jognak ugyanis nem tulajdonítható a halálhoz való jogot biztosító értelem.

Az Európa Tanács Parlamenti Közgyűlése korábban már több alkalommal is foglalkozott a gyógyíthatatlan betegeket megillető alapvető emberi jogokkal.¹⁴ Egyik ajánlásában hangot adott annak a meggyőződésének, hogy az élet meghosszabbítása önmagában nem jelentheti az orvoslás kizárólagos célját, hanem ugyanolyan mértékben kell törekedni a szenvedések enyhítésére is.

A Közgyűlés átfogó jelleggel 1999. június 25-én elfogadott ajánlása szerint „A halálos betegek és a haldoklók méltóságának tisztelete és védelme olyan kötelezettség, amely az ember méltóságának az élet végéig tartó sérthetlenségéből fakad. E tiszteletnek és védelemnek olyan körülmények kialakításában kell realizálnia, melyek között embertársaink méltó körülmények között halálozhatnak el”.

¹⁴ 613 (1976) számú határozat; 779 (1996) számú ajánlás.

KUSSINSZKY Anikó* – STÁNICZ Péter**

Van-e döntésünk az élet végén?

Lehetőségek és kompetenciák a gyakorlat tükrében

Az emberi méltósághoz való jog a magyar Alkotmánybíróság töretlen gyakorlata szerint minden embert megillető alapjog, mely biztosítja az egyén számára, hogy – önrendelkezési joga gyakorlása által – a saját életét érintő apró vagy sorsfordító döntéseket egyaránt önmaga hozhassa meg.¹

Az emberi méltóság azonban többet jelent a cselekvési szabadságnál és a be nem avatkozás paradigmájánál. A döntéshozatali autonómia nyitja meg az utat, hogy az egyén szabadon kibontakoztatva személyiségét, saját személyes értékrendjének, meggyőződésének, érdeklődésének és preferenciáinak érvényt szerezzen, így alapjogi tartalmán túl magának az emberi személyiségnek elemi magja.

Az egészségügyi kezelés kérdésében való döntéshozatal hagyományos paradigmája hosszú ideig a beteg objektív legjobb érdekének megfelelő döntéshozatal volt, így – az egészségügyi tudás birtokában – az orvosok és egészségügyi dolgozók voltak hivatottak a megfelelő és hatékony kezelés kiválasztására. Az ártalmak elkerülése és az élet védelmének legfőbb kötelezettsége mint a beteg objektív legjobb érdeke alapot teremtett arra, hogy az egyén kezéből kikerüljön a kezelésének irányításához szükséges döntési lehetőség, széles teret engedve az orvosok számára, hogy döntését felülbírálják, figyelmen kívül hagyják valódi külső kontroll nélkül.

A 20. század szellemi mozgalmai által felerősödött az igény a paternalisztikus egészségügyi döntéshozatal megkérdőjelezésére. Az élet minden áron való védelmének a beteg legjobb érdekével való azonosítása töredezni kezdett. Az objektivitás látszatával felruházott hippokratészi paradigmát felváltotta az autonómia mint az egészségügyi ellátás vezérelve.²

Az orvostudomány fejlődésével az emberi élet korábban elképzelhetetlen mértékben meghosszabbítható. Az új technológiák alkalmazása páratlan előnyöket rejt magában, ugyanakkor merőben új etikai, jogi, filozófiai, vallási és orvosi kérdéseket vet

* KUSSINSZKY Anikó PhD-hallgató, SE Egészségtudományi Doktori Iskola; vezető főtanácsos, Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, Esélyegyenlőségi és Gyermekjogi Főosztály; főtanácsadó, Kúria

** STÁNICZ Péter PhD-hallgató, ELTE ÁJK Alkotmányjogi Tanszék; a vizsgálat és a konferencia időpontjában az Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, Esélyegyenlőségi és Gyermekjogi Főosztály jogi főreferense

¹ 8/1990. (IV. 23.) AB határozat.

² BEAUCHAMP, TOM: The Origins and Evolution of the Belmont Report. In CHILDRESS, James – MESLIN, Eric – SHAPIRO, Harold (eds): *Belmont Revisited: Ethical Principles for Research With Human Subjects*. Washington, 2005. 12–25. o.

fel, az egyén fizikai életfunkcióinak szinte korlátlan fenntarthatósága új értelmezési lehetőségeket nyit meg az emberi méltóság paradigmájával összefüggésben.

Az egészségügyi törvény változatlan megközelítésmódot alkalmaz az életvégi döntések tekintetében, annak ellenére, hogy a körülmények alapjaiban változtak meg az elmúlt évtizedek során, köszönhetően többek között a fentebb említett technológiai és tudományos fejlődésnek. Érvényes válaszok híján a gyakorlat saját medret vájt magának, kérdéses azonban, hogy ez a gyakorlat mennyiben reflektál helyesen a beteg legjobb érdekére, illetve mennyiben enged teret az egyéni autonómia érvényesülésének. A szerzők által vezetett ombudsmani vizsgálat az életmentő és életfenntartó kezelések visszautasításának gyakorlatán keresztül a jogi konstrukció megvalósulási lehetőségeire koncentrált.

A tárgykör vizsgálata során több főbb csomópont is kirajzolódott, ezek felsorolás-szerűen a következők:

- az életvégi döntésekről, azok tartalmáról és következményeiről sem a betegek, sem a szakma nem bír pontos ismeretekkel, a képzés és a tájékoztatás nem megfelelő hatékonyságú;

- a jogi szabályozás körüli anomáliák: helyenként életszerűtlen, a gyakorlatban alkalmazhatatlan rendelkezések, pontatlan fogalomhasználat;

- a polgári jogi és az egészségügyi cselekvőképesség-fogalom elválasztásának hiánya és ennek bázisán a jelentős anyagi megterhelést jelentő közokirati forma (közjegyző közreműködésének előírása) mint jelentős elrettentő tényező;

- jogszabályi előírás hiányában nem vezetnek statisztikát az egészségügyi szolgáltatók, így nem hozzáférhetőek hiteles, összehasonlítható adatok;

- nem került kialakításra az életvégi döntések közhiteles, valósidejű és ingyenes hozzáféréseinek lehetőségét biztosító nyilvántartás;

- fentiek következményeként ellátás visszautasítására elhanyagolható számban került sor, élő végrendeletet pedig egy alkalommal sem mutattak be, a betegek életének lezárulásakor a döntéseket sokszor más hozza meg, sérül a betegek önrendelkezési joga;

- nem alakult ki bírói gyakorlat.

Jelen tanulmány terjedelmi korlátai miatt elsősorban a szabályozási anomáliákkal, valamint a tájékoztatással és tájékozottsággal, valamint azok önrendelkezési jog érvényesülésére gyakorolt hatásával foglalkozik a továbbiakban.

Az önrendelkezési jog objektív intézményvédelmi oldala imperatív kötelezettséget ró az államra, hogy az egyéni autonómia kiteljesülését elősegítő szabályozást és intézményi rendszert hozzon létre és működtessen hatékonyan. Az alapjogi dogmatikai tétel érvényesülése körében elengedhetetlen annak vizsgálata, hogy az önrendelkezési jog – és ezáltal az emberi méltóság – életvégi kérdésekben milyen mértékben képes érvényre jutni a klinikai gyakorlat során.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. tv. (a továbbiakban: Eütv.) 20. § (3) bekezdésében foglalt életmentő vagy életfenntartó ellátás visszautasítására a Debreceni

Egyetem Klinikai Központ, a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, a Semmelweis Egyetem Klinikai Központ, a Szegei Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ tagintézményei körében elenyésző számban került sor, évente megközelítőleg 51 alkalommal. Az ellátás ilyen módon történő visszautasítása során kötelező orvosi bizottság összehívására, valamint az életvégi döntéshozatal dokumentációjára vonatkozólag pontos, visszakövethető adat nem áll rendelkezésre.

Az Alaptörvény preambulumban kinyilatkoztatja, hogy az emberi lét alapja az emberi méltóság, mely minden embert azonosan illet, és sérthetetlen.³ Az emberi méltósághoz való jog érvényesülési köre átfogja az egyén autonómiáját, ernyője alá vonható tehát az önrendelkezési jog, mely annak biztosítéka, hogy az egyén életét saját meggyőződéseinek, értékrendjének és preferenciáinak megfelelően irányíthassa, így védelmet nyújt az autonómiájába való valamennyi külső beavatkozással szemben. Az autonómia ezen *non-interference* paradigmáján túl az államot a pusztá be nem avatkozás mellett – és hangsúlyosabban – objektív intézményvédelmi kötelezettség terheli az önrendelkezési jog és az autonóm életvitel lehetőségeinek megteremtésére, az egyén önálló életvezetését biztosító és elősegítő hatékony jogintézmények létrehozására és azok működtetésére.⁴

Az alapjogi dogmatika fentiekben ismertetett paradigmáit figyelembe véve szükségképpen arra a következtetésre jutunk, hogy az állami kötelezettség nem merül ki a feltételrendszer normatív kereteinek létrehozásában, a jogintézmények hatékony és hozzáférhető működtetése egyenesen következik az önrendelkezési jog objektív intézményvédelmi kötelezettségéből.

Az életmentő és életfenntartó kezelések visszautasításának hazai szabályozása számos feltételt támaszt ahhoz, hogy az egyén döntésének kötelező erőt tulajdonítson, azt jogilag létezőnek ismerje el. A kritériumrendszerrel az ismertetett hazai statisztikai adatok tükrében megállapítható, hogy a klinikai gyakorlatban elenyésző számban teszi lehetővé ezen kezelések visszautasítását. A gyakorlat által felvetett disszonancia szükségképpen magával vonja a jogszabályi háttér gyakorlati alkalmazhatóságának elemzését.

Az Eütv. által használt fogalmak világos normatartalma sem az egészségügyi dolgozók, sem pedig a jogász szakma számára nem tárható fel kellő bizonyossággal. Az Eütv. 20. § (3) bekezdésében foglalt fogalmak definícióját a törvény nem tartalmazza. Értelmezési nehézségeket okoz továbbá a törvényi fogalomhasználat szembetűnő redundanciája,⁵ így például orvosi szempontból „nehezen elképzelhető ugyanis, hogy egy betegség nem súlyos, illetőleg nem gyógyíthatatlan, megfelelő kezelés mellett

³ Az Alaptörvény II. cikkében foglaltak szerint az emberi méltóság – összhangban az Alkotmánybíróság gyakorlatával – mint az emberi jogok sérthetetlen, elvonhatatlan magja nem korlátozható, mert magát az emberi mivoltot testesíti meg és védi. Az emberi méltóságtól elkülönült az emberi méltósághoz való jog, mely lényeges tartalmának tiszteletben tartásával, szükséges és arányos módon, az alapjogi dogmatikai szttenderdeknek megfelelően korlátozható.

⁴ 64/1991. (XII. 17.) AB határozat.

⁵ Dósa Ágnes: Beleegyezés a gyógykezelésbe. In Dósa Ágnes: *Az orvos kártérítési felelőssége*. Budapest, 2004. 239–257. o.

mégis rövid időn belül halálhoz vezet”.⁶ Az Eütv. fogalomhasználatában kérdéses továbbá a „rövid időn belül” kitétel értelmezése is, amely tartamának meghatározásához a jogszabály nem nyújt mércét.

Az életmentő és életfenntartó kezelés visszautasítása szabályainak elemzése során egy új aspektus is kirajzolódik. Az egészségügyi ellátás egyik vezérelve a tájékozott beleegyezésen alapuló kezelés, mely az egyén autonómiájának és önrendelkezési jogának legfőbb alapjogi garanciája. Ezzel szemben az életmentő és életfenntartó kezelések jogi szabályozása ezzel ellentétes paradigmára épül: a beteg beleegyezését megadottnak tekinti,⁷ és a beleegyezés megtagadásának feltételeit szabályozza részletekbe menően.

Az életmentő és életfenntartó kezelések Eütv. 20. § (3) bekezdése szerinti visszautasítása egy további szempontból is nehezen alkalmazható a gyakorlatban. A törvényi feltételek szerint a beteg halála rövid időn belül bekövetkezik, így a kezelés visszautasítására eleve szűk idő áll rendelkezésre. Az életvégi helyzetek emellett nagyon gyakran járnak együtt tudatszűkült állapottal.⁸ A fentiekre tekintettel az Eütv. rendelkezései sok esetben alkalmazhatatlanok, így többek között eleve kizárt az újraélesztés, valamint valamennyi hasonló, azonnali ellátás vagy kezelés ilyen módon történő visszautasítása, mely az életmentő és életfenntartó ellátások visszautasításának érvényesülési körét jelentősen és nem szándékoltan szűkíti.

Az azonnaliság és *de facto* szűkült tudatállapot okozta gyakorlati akadályok alapjogkonform megoldásaként szolgálhat az Eütv. által is – korlátozott körben – intézményesített előzetes rendelkezés.^{9,10}

Tekintve, hogy a jogintézmény előzetes volta megfelelő felkészülési időre adna lehetőséget mind az egyén, mind pedig az egészségügyi szolgáltató – és ezáltal az állam – számára, az életvégi helyzetekkel gyakran szükségképpen együtt járó azonnaliság

⁶ Élő Gábor: *Életvégi döntések az intenzív terápiában – az újraélesztés etikai és jogi vonatkozásai*. Doktori értekezés. Budapest, 2005.

⁷ Ideértve azon esetet is, amikor az ellátás visszautasítását érvénytelennek, jogilag nem létezőnek kell tekinteni.

⁸ ZUBEK László: Ki és hogyan dönt az élet-halál kérdésében? Életvégi döntéshozatal a magyarországi intenzív osztályokon. *Állam- és Jogtudomány*, 57. (2016) 4., 105–119., 118. o.

⁹ Az élő végrendelet a nemzetközileg egyre nagyobb teret nyerő *advance directive* és *continuing power of attorney* (CPA) jogintézményének feleltethető meg. Az *advance directive* a cselekvőképes egyén által cselekvőképesége későbbi elvesztése esetére vonatkozó utasítások, vágyak és preferenciák meghatározása. Célját tekintve hasonló rendelkezés a *continuing power of attorney* (tartós meghatalmazás), mely a cselekvőképes egyén által más személy felhatalmazása arra, hogy a nyilatkozattevő későbbi cselekvőképtelensége esetén a jognyilatkozatban meghatározottak szerint eljárjon. A *living will* kifejezés használata is ismert, azonban közel sem tekinthető a legelterjedtebb fogalomhasználatnak. A *living will* kifejezés „élő végrendelet”-ként történő fordítása a szerzők szerint több okból sem szerencsés. Egyrésztől a *végrendelet* kifejezés a jogi gondolkodásban bevett öröklési jogi jogintézmény téves asszociációját vonhatja maga után. Másrészt az előzetes rendelkezés célja, hogy az autonóm döntésre képes egyén váratlan élethelyzetekre előzetesen felkészülve meghatározza mindazon elveket és preferenciáit, melyeket élete vezetésében lényegesnek tart, az előzetes rendelkezés az egyén akarata tartós érvényesülésének garanciája, ezért a *will* szó „akarata” jelentése jobban tükrözi a jogintézmény valódi funkcióját.

¹⁰ *Principles concerning continuing powers of attorney and advance directives for incapacity*. Council of Europe Recommendation CM/Rec (2009) 11.

problematikája elkerülhető. A gyakorlat ezzel szemben meglehetősen eltérő képet mutat: a 20. § (3) bekezdése szerinti visszautasítás szembeötlően alacsony (évente 51-re becsült) számához képest élő végrendelet bemutatására a klinikai központok egyetlen tagintézményében sem került sor egyetlenegy alkalommal sem, az előzetes rendelkezésekről valósidejű, hozzáférhető nyilvántartás pedig nem került kimunkálásra mindezidáig, így ezen nemzetközileg is bevett megoldási lehetőség kihasználatlan marad. A jogintézmény hatástalansága több okból fakad, melyek közül kiemelendők a későbbiekben részletesen kifejtett tájékozottsági deficit, valamint a közokirati formával együtt járó magas költségvonzatok, amit a Busa–Zeller–Csikós szerzők által 2018-ban publikált tanulmány¹¹ is alátámaszt: az előzetes egészségügyi rendelkezéssel kapcsolatban a megkérdezettek több mint 37 százaléka a közjegyzői díj miatt nem készítette ilyen okiratot. Ezen előzetes rendelkezés kapcsán megállapítható továbbá, hogy a jognyilatkozat hatályosulásához elengedhetetlen a jognyilatkozat rendelkezésre állása, ennek hiányában az egészségügyi kezelést végző személynek nem lesz tudomása az ellátás visszautasításának tényéről, így köteles elvégezni a beavatkozást.

A korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen betegek esetén egy további sarkalatos pontra érdemes felhívni a figyelmet. Az Eütv. által kötelezően előírt beleegyezés pótlása iránti bírói eljárás – a soron kívüli eljárási kötelezettség ellenére – jelentős késedelemmel jár, életmentő kezelés szükségessége esetén a kezelés azonnalisága folytán nincsen lehetőség a bírói eljárás megfelelő időben történő lefolytatására, így a kezelést gyakorlatilag mindenképpen el kell végezni. Nem tisztázott továbbá az sem, hogy a bírósági eljárás a beleegyző nyilatkozat pótlásának automatikus mechanizmusa, vagy a bíró jogosult a nyilatkozat pótlásának megtagadására. Amennyiben a bíró jogosult a pótlástól eltérő döntés meghozatalára, nem világos, hogy milyen szempontok szerint, milyen mérlegelési és bizonyítási kötelezettséggel hozza meg döntését, valamint, hogy a döntés milyen hatállyal bír: későbbi életmentő kezelés esetén felmerülő hasonló élethelyzetben ismét szükséges újabb bírói eljárás megindítása, vagy a korábbi határozat hatálya kiterjed valamennyi további azonos esetre? Életfenntartó beavatkozások esetén szintén kritikus problémát jelent a bírói eljárással szükségképpen járó késedelem, mely a beteg beleegyezéséhez kötött egészségügyi ellátás paradigmáját teljes mértékben relativizálja. A klinikai gyakorlat során tehát valójában nem kerülhet sor jelenleg az életmentő vagy életfenntartó beavatkozás visszautasítására a 16. § (1) bekezdése szerint megnevezett helyettes döntéshozó által.

A bírói kontroll elvi szinten helyeselhető alapjogi garancia, mely az egyén legjobb érdekének érvényesülését hivatott biztosítani. A Kúria Polgári Kollégiuma az ombudsman megkeresése nyomán felmérést végzett az Eütv. 21. § (2) és (4) bekezdésével kapcsolatos bírósági eljárások terén.

¹¹ Busa Csilla – Zeller Judit – Csikós Ágnes: Életvégi kívánalmakkal és döntésekkel kapcsolatos vélemények és ismeretek a magyar társadalomban. *Kharón*, 22. (2018) 3., 19. o.

Mindezidáig két esetben került sor ilyen eljárásra.

Az előzetes rendelkezés előremutatónak is tekinthető elvi megfogalmazása és jogi lehetőségei mellett egy újabb garanciális jellegű alapjogi jogintézmény gyakorlati alkalmazhatatlansága kristályosodik tehát ki, mely az egyéni autonómia kiteljesedését biztosító állami intézkedések hatékonyságát közvetlenül és egyértelműen kérdőjelezi meg. A gyakorlatban nem érvényesülő és nem érvényesülhető jogi szabályozás az autonómia, az önrendelkezés és az emberi méltóság alapjogainak nyilvánvaló sérelmét valósítja meg.

A következőkben a tájékoztatás, tájékozottság jelentőségéről és annak az egyén önrendelkezési jogának érvényesülésére gyakorolt hatásáról szeretnénk röviden értekezni. Mint a jogintézmények általában, az életvégi döntéshez kapcsolódó opciók (ellátás visszautasítása, előzetes rendelkezés) is akkor tölthetik be szándékolt szerepüket, ha az érintettek tudomással bírnak a választás lehetőségéről. Az egészségüggyel, egészségügyi ellátással összefüggésben – ahogyan arról fentebb már olvashattak – a 20. század végén következett be az a paradigmaváltás, amely a pusztán orvosszakmai szempontok szakszemélyzet általi érvényre juttatásával szemben az érintett egyén kívánságát, preferenciáit helyezi előtérbe. Ezzel a paradigmaváltással jelent meg az egészségügyi kódexben a betegjogi katalógus, azaz kerültek nevesítésre az emberi méltósághoz való jogból levezetett önrendelkezési jog bázisán a betegetek ellátásuk során, azzal összefüggésben megillető jogok. Az önrendelkezési jog, valamint az annak előfeltételét jelentő tájékoztatáshoz való jog is ekkor, az 1997-es Eütv.-vel került szabályozásra hazánkban.

A tájékoztatáshoz való jog jelentősége fokozatosan bontakozik ki. A korábbi paternalista megközelítéshez képest már annak részletes kimunkálása és megjelenítése is nagy előrelépést jelentett, a jog valódi lényegének megvalósulását azonban több további tényező segít(heti) elő:

- a betegjogokkal összefüggő jogtudatosító tevékenység/képzés, mind a betegek, mind az egészségügyi szolgáltatók oldalán;
- a jogszabályba épített egyes garanciák (például a tájékoztatás dokumentálására vonatkozó előírások);¹²
- az egészségügyi szolgáltatók ellenőrzése – a szakmai szabályok betartásának vizsgálata mellett az alapjogi szempontú előírások betartásának ellenőrzése és megsértésük esetén szankcionálása;
- a bírói gyakorlat által kimunkált értelmezési tartományok;
- a betegek fokozódó jogtudatosságának/jogérvényesítő képességének bázisán álló elvárások.

A betegjogi jogvédelmi rendszer központjában az *egészségügyi önrendelkezési jog biztosítása*, valamint az *informed consent*, azaz a tájékozott beleegyezés elve áll,

¹² Eütv. 136. § (2) bekezdés I) pont.

ennek megfelelően széles körű alkotmányos védelemben részesül a szabad, tájékozott és felelősségteljes döntésre képes ember saját teste és sorsa feletti rendelkezési joga. Az Alkotmánybíróság gyakorlata szerint *az egészségügyi ellátás során szükséges beavatkozásokba való beleegyezés, illetve annak visszautasítása a személyiségi jogok gyakorlásától elválaszthatatlan.*¹³ A beteg, egészségügyi ellátásra szoruló személyek *e helyzetüknél fogva eleve kiszolgáltatott* – nem egy esetben „alárendelt” – helyzetben vannak az egészségügyi intézményekkel szemben, így jogaik különösen sérülékenyek. Mindebből következően az államtól nemcsak az egészségügyi intézményrendszer fenntartása és működtetése várható el, hanem alkotmányos kötelezettsége kiterjed *az egészségügyi ellátásra szoruló személyek alapvető jogai védelmére is.*

A tájékoztatáshoz való jog megsértése egyben az önrendelkezési joggal összefüggő visszásságot is jelent, hiszen csak a tájékozott beteg kerül valódi döntési helyzetbe. Az egészségügyi önrendelkezés biztosítása nem azonos azzal, hogy a beteg beleegyezését kéri egy beavatkozás elvégzéséhez. A valódi önrendelkezés ennél jelentősen többet jelent: a megfelelő tájékoztatáson alapuló szabad döntést. A megfelelő tájékoztatás pedig az Eütv. 13. §-ának (2) bekezdésében felsorolt valamennyi kategóriát magában kell foglalja.¹⁴

A konkrét beavatkozáshoz történő engedélykérés önmagában nem jelenti az önrendelkezési jog érvényesülését, mint ahogyan a konkrét tartalom nélküli általános, biankó írásos tájékoztatók sem jelentik a tájékoztatáshoz való jog megvalósulását. Annyit jelent csupán, hogy a kezelőorvos egy – az általa képviselt, általa orvosszakmailag helyesnek és védhetőnek gondolt – megoldáshoz kéri a beleegyezést. A tájékozott döntéshozatal azonban ennél sokkal többet jelent: a jogintézmény valódi lényege szerint azt, hogy a beteg tisztában van egészségi állapotával, annak orvosi megítélésével is, és kiválasztja a lehetséges kezelési alternatívák közül (azok előnyeinek és hátrányainak ismeretében) a maga számára, saját preferenciái alapján legmegfelelőbbnek gondolt lehetőséget, majd annak elvégzésébe egyezik bele. Egyúttal indirekt módon jelenti azt is, hogy tudomással bír arról, hogy lehetősége van élni az ellátás visszautasításának jogával, tehát megjelölheti azon ellátásokat, amelyeket elutasít.

¹³ 36/2000. (X. 27.) AB határozat.

¹⁴ Eütv. 13. § (2) bekezdés: A betegnek joga van arra, hogy részletes tájékoztatást kapjon

- a) egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is;
- b) a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról;
- c) a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,
- d) a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól;
- e) döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében;
- f) a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről;
- g) az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről;
- h) a további ellátásokról, valamint
- i) a javasolt életmódról.

Az egészségügyi törvény a tájékoztatáshoz való joggal összefüggésben rögzíti, hogy az annak érvényesüléséhez szükséges feltételeket a fenntartónak kell biztosítania.¹⁵ Ez az előírás önmagában azonban nem elegendő a megvalósuláshoz. A kellő mélységű tájékoztatás megadását az garantálná például, ha az egészségügyi tevékenység végzéséhez szükséges minimumfeltételeket szabályozó rendeletben a személyi minimumfeltételek meghatározásakor erre az elvárásra is tekintettel szabnák meg az alsó határértéket. További, az egyéni autonómia kiteljesedését szolgáló intézkedés volna az is, ha a tájékoztatással összefüggő ellátását kellő mértékben finanszírozná a társadalombiztosítás az egészségügyi szolgáltatónak.

Valós, a gyakorlati megvalósulást szolgáló intézkedések nélkül a pusztá feladatdelegálás önmagában nem elegendő, azzal az állam nem tesz eleget objektív intézményvédelmi kötelezettségének.

Az előzetes rendelkezés jogintézményének működésével összefüggésben szintén kulcsfontosságú szerepe volna a tájékoztatásnak. Ez azonban még inkább fehér folt az egészségügyi ellátás során. Optimális esetben előzetes rendelkezést mindennemű egészségügyi probléma hiányában is tanácsos volna tennünk. Egy olyan, az önrendelkezési jogunk megvalósítását szolgáló jogintézményről beszélünk, amely bármilyen egészségügyi probléma akut felmerülésétől függetlenül, a jövőre nézve garantálja a beteg integritásának védelmét. Felmerül ugyanakkor a kérdés, hogy kinek a feladata az, hogy ezzel összefüggésben tájékoztatást adjon? Ismét vissza kell utalnunk az állam objektív intézményvédelmi kötelezettségére. Nemcsak létre kell hoznia ugyanis az önrendelkezési jog kiteljesítését elősegítő szabályozást és intézményrendszert, hanem hatékonyan működtetnie is kell azt.

A PTE ÁOK Palliatív Tanszék, PTE Állam- és Jogtudományi Kar, Pécs–Baranyai Hospice Alapítvány Jogklinika programjában elvégzett kutatás alapján az előzetes döntés jogintézményéről a családorvosok kevés praktikus ismerettel rendelkeznek. 84,3 százalékuk gondolta például azt, hogy az előzetes döntéshozatal során a beteg örökösödési kérdésekről is rendelkezik.¹⁶ Az életvégi döntésekkel összefüggésben általánosságban véve kevésbé rendelkeznek praktikus ismeretekkel saját bevallásuk szerint, és a betegek önrendelkezési jogait illetően is csak közepes szinten tájékozottak. Ugyanakkor a családorvosok majdnem fele (46,1 százalékuk) felvállalná, hogy megbeszéli betegeivel az életvégi döntéseket, és segítené azok dokumentálásában.

2017-ben első alkalommal került sor Magyarországon átfogó kutatásra a felnőtt lakosság életvégi kívánalmairól, az életvégi döntésekkel kapcsolatos véleményükről és ismereteikről.¹⁷ A kutatás eredményei alapján a kezelés visszautasításának lehetőse-

¹⁵ Eütv. 13. § (7) bekezdés.

¹⁶ Ez is rámutat arra, hogy a szerzők miért nem támogatják az *élő végrendelet* elnevezést.

¹⁷ A kutatás eredményeit ismertető publikáció: BUSA-ZELLER-CSIKÓS: Életvégi kívánalmakkal és döntésekkel kapcsolatos vélemények...

géről a megkérdezettek¹⁸ 65,1 százaléka, az előzetes egészségügyi rendelkezésről 34,5 százaléka hallott már, ismereteik azonban pontatlanok voltak.

Hogyan lehet ugyanakkor hatékony egy intézmény, ha az érintettek alacsony számban tudnak a létezéséről, és az ismereteik esetlegesek és pontatlanok? A fentebb ismertetett pécsi kutatás alapján a válaszadóknak csak alig 40 százaléka van tisztában a kezelés-visszautasítás jelentésével és annak következményeivel.¹⁹ A válaszadók majdnem 9 százaléka szerint egy kezelés visszautasítását követően a beteg a visszautasítást követően semmilyen kezelést nem kap; 28,5 százaléka szerint pedig onnantól csak életmentő kezeléseket kap, semmi mást. 24 százalékuk egyáltalán nem tudja, mit jelent a kezelés visszautasítása, és milyen következményekkel jár.

A kezelés-visszautasítással kapcsolatos tájékozottságot felmérő összes kérdésre adott válaszokból az látszik, hogy a válaszadók több mint fele téves, további negyede pedig semmilyen ismerettel nem rendelkezik e témában.

Az előzetes rendelkezést ugyan jelenleg közjegyző készítheti el, noha annak tartalmát a betegnek kell meghatározni, amelyhez mindenképpen szükséges egy orvossal történő konzultáció. Ez a konzultáció hosszabb időt vesz igénybe, jelenleg azonban nem hívható le finanszírozás érte a társadalombiztosítótól. Tanácsos volna, ha a konzultációhoz központilag rendelkezésre állna egy nyilatkozatminta, amely tartalmazza azoknak az ellátásoknak a körét, amelyekre érdemes kitérni az előzetes rendelkezésekben. Sajnálatos módon ilyen általánosan elfogadott, közismert és bárki számára hozzáférhető minta eddig nem született.²⁰ Az egységes és hatékony érvényesülés szempontjából az volna kívánatos, ha az egy érvényes és hatályos jogszabály mellékleteként bárki számára magától értetődő módon elérhető lehetne.

Ha a beteg nem dönthet, akár információs deficit, akár a fentebb tárgyalt szabályozási anomáliák okán, akkor a felmerülő kérdéseket az ő akaratának figyelembevétele nélkül fogják eldönteni.

„[H]a a jogalkotás nem reagál kellő időben és megfelelően arra a krízishelyzetre, melybe a gyógyíthatatlan betegség végstádiumában szenvedők kerülnek, ennek feloldására, amit erre sok országban számos példa van, a mindennapi gyakorlatban jogn kívüli, jogellenes megoldásokhoz folyamodnak.”²¹

Az életmentő, életfenntartó kezelés visszautasításának jogi szabályozása már elméleti síkon is rendkívül szűk körben enged teret az önrendelkezési jogon alapuló döntésnek, melyet a fentiekben ismertetett gyakorlati nehézségek – a szabályozási célon túl is – tovább korlátoznak, gyakran ellehetetlenítenek. Ha az egyén nem dönthet, úgy

¹⁸ 1100 fős reprezentatív kutatás.

¹⁹ Ha egy beteg visszautasít egy orvosi kezelést, ugyanúgy megkap minden további szükséges ellátást, csak azt nem, amit visszautasított.

²⁰ Néhány pozitív próbálkozás történt, például a Társaság a Szabadságjogokért honlapján elérhető egy változat, lásd https://tasz.hu/a/files/MINTA_Elozetes_rendekezes.pdf (letöltve: 2020.07.20.), illetve az Életvégi Egyetemközi Munkacsoport is készített egy változatot.

²¹ 22/2003. (IV. 28.) AB határozat.

tűnhet, hogy valójában nincs is döntési helyzet, az puszta látszat, az életvégi döntések és helyzetek láthatatlanná válnak.

Ez a kényelmes illúzió teremt alapot a jogalkotói passzivitásra, mely tükröződik az Eütv. hivatkozott szabályainak évtizedek óta tartó érdemi változatlanságában.

A valóság azonban közel sem ilyen illuzórikus, a rideg valóság a betegek, a betegség mellett aggódó hozzátartozók és valamennyi egészségügyi dolgozó számára nem hagy teret struccpolitikának. Az egészségügyi és orvostudományi fejlődés rendkívüli üteme korábban elképzelhetetlen mértékben meghosszabbíthatóvá – vagy fenntarthatóvá – tette az emberi életet. A mesterségesen kitolt élet azonban merőben új kihívások elé állítja valamennyi érintettet.

A betegek túlnyomó többsége érintetté válik a kezeléskorlátozás valamilyen formájában,²² az intenzív terápiás osztályon elhunytak 72,6 százaléka részesült kezeléskorlátozásban,²³ ennek keretei azonban nem kidolgozottak.²⁴ További nehézséget jelent, hogy az intenzív terápiás osztályokon lévő betegek csupán közel 5 százaléka tekinthető kompetens, döntésre képesnek.²⁵

Tény tehát, hogy életvégi helyzetek előfordulnak, sőt, mindannyiunkat érintő helyzetek ezek, melyekben döntésnek születnie kell. A jogszabályi környezet korábban ismertetett anomáliái (az önrendelkezési jog súlyos korlátozása, gyakorlati alkalmazhatatlansága, költségei és eljárási nehézségei) eredményeként a beteg csak rendkívül szűk körben rendelkezhet hatékonyan ezen kérdésekről. A kórházi ágyak korlátozott száma, a véges anyagi, tárgyi és személyi erőforrások, valamint a beteg oldaláról az elviselhetetlen szenvedés²⁶ mind immanensen magában hordozza az életvégi döntések szükségszerűségét. Élő végrendelet helyett azonban csak élő gyakorlattal találkozhatunk.

Elkerülhetetlen feltennünk a kérdést: ki dönt tehát, ha maga a döntés elkerülhetetlen? Egy kevésbé támogató jogszabályi, bírósági környezet „a paternalizmus melegágya”.²⁷ A kezeléskorlátozás kialakult hazai és nemzetközi gyakorlattal bír,²⁸ ugyanakkor a jogi szabályozás tisztázatlanságából fakadó bizalmatlanság, a szankciótól való félelem nagymértékben látenssé teszi ezen gyakorlatot, mely ördögi körként fokozza tovább az azzal kapcsolatos bizalmatlanságot, az etikai és jogi aggályokat.

²² PRENDERGAST, T. J. – CLAESSENS, M. T. – LUCE, J. M.: A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 158. (1998) 4., 1163–1167. o.

²³ SPRUNG, C. L. – COHEN, S. L. – SJOKVIST, P. et al.: End-of-life practices in European intensive care units. The Ethicus Study. *Journal of the American Medical Association*, 290. (2003), 790–797. o.

²⁴ ZUBEK László – SZABÓ Léna – GÁL János – ÖLLÖS Ádám – ÉLŐ Gábor: A kezeléskorlátozás gyakorlata a hazai intenzív osztályokon. *Orvosi Hetilap*, 151. (2010) 38., 1530–1536., 1531. o.

²⁵ COOK, D. J. – GUYATH, G. – ROCKER, G. et al.: Cardiopulmonary resuscitation directives on admission to intensive care unit: An international observational study. *Lancet*, (2001) 358., 1941–1945. o.

²⁶ HEGEDŰS Katalin: Létezik-e jó halál? *Lege Artis Medicinae*, 22. (2012) 12., 703–706., 703. o.

²⁷ ZUBEK et al.: A kezeléskorlátozás gyakorlata a hazai intenzív osztályokon. 1535. o. Megerősíti: ÉLŐ Gábor: Az újraélesztés újraértelmezése. *Autonómia és betegbiztonság. Állam- és Jogtudomány*, 57. (2016) 4., 91–104., 104. o.

²⁸ ZUBEK: Ki és hogyan dönt az élet-halál kérdésében? 111. o.

Egy kevésbé átlátható, bizonytalan, a jogszerű és jogtalan határmezsgyéjén mozgó gyakorlat minden érintett számára sérelmes. A beteg emberi méltósága és autonómiája megkívánja, hogy élete egyik legszemélyesebb kérdésében is dönthessen, hogy megőrizhesse emberi mivoltát. A halál és szenvedés az ember személyiségének központi magját közvetlenül érintő kérdés, melyben aligha dönthet más, mint maga az ember. Az egészségügyi dolgozók számára frusztrációt okoz, hogy a gyakorlatban alkalmazhatatlan és alkalmatlan jogi szabályok ellenére is sikeresen biztosítsák a beteg akaratának és legjobb érdekének érvényesülését. A szankciótól való félelem, a beteg és orvos közös akarata ellenére történő további ellátások végzésére való jogi kényszer nem csupán az ő emberi méltóságukat sérti súlyosan, de az ilyen eleve „bukásra ítélt”²⁹ ellátásokra kényszerítés bizonyítottan rontja ezen egészségügyi dolgozók által a későbbiekben – más betegek számára – nyújtott ellátás szakmai színvonalát.³⁰

Az egyéni autonómiát és önrendelkezést háttérbe szorító jogi szabályozás következtében a beteg irányítása alól könnyen kikerül saját élete végének megnyugtató eldöntése és ezáltal megélése. A beteg emberi méltóságának sérelme aligha kompenzálható más értékkel, az sérelmes az egyénnek, a családjának, a hozzá közel állóknak egyaránt. A döntés azonban elkerülhetetlenül meg fog születni, ha a beteg nem dönthet, valaki más fogja megtenni azt – helyette és róla.

Az egyéni autonómia esszenciája, hogy az ember érvényt szerezzen saját értékrendjének, preferenciáinak, elveinek: hogy megőrizhesse személyiségét, emberi mivoltát. Azáltal, hogy az élet végéről szóló döntést a hatályos szabályozás az esetek túlnyomó részében kiveti a beteg kezéből – vagy legalábbis jogon kívüli megoldások útján engedni csak érvényesülni azt – az autonóm élet alapjaiban kérdőjeleződik meg. A döntés elkerülhetlensége által az egyén személyes belátása és értékrendje, valamint a kezelési kilátásaihoz kapcsolódó orvosszakmai szempontok helyett külső tényezők (mint az ágyszám, anyagi, dologi és személyi erőforrások korlátozottsága, jogi procedúrák és jogászai szakmai-etikai viták) kényszere alapján születik meg a döntés, az egyén saját elhatározásából fakadó kompetens és autonóm választása helyett.

A hatályos szabályozás alapján kialakult gyakorlat egyértelműen és súlyosan sérti a betegek emberi méltósághoz való jogát és így az önrendelkezési jogukat is, tehát haladéktalanul szükséges átgondolni, hogy milyen intézkedések foganatosításával tudja az állam teljesíteni objektív intézményvédelmi kötelezettségét.

²⁹ ÉLŐ: Az újraélesztés újraértelmezése. 98–99. o.

³⁰ PARIS, John J. – MOORE, M. Patrick: The Resuscitation of „Slow Codes”: Fraud, Lies and Deception. *The American Journal of Bioethics*, 10. (2011) 11., 13–14. o.; KON, Alexander A.: Informed non-dissent: a Better Option Than Slow Codes When Families Cannot Bear to Say „Let Her Die”. *The American Journal of Bioethics*, 10. (2011) 11., 22–23. o.; PIERS, Ruth D. et al.: Perceptions of Appropriateness of Care Among European and Israeli Intensive Care unit Nurses and Physicians. *Journal of the American Medical Association*, 128. (2011) 24., 2694–2703. o.

FILÓ Mihály*

Fájdalomcsillapítás és életvédelem.

Az „indirekt eutanázia” büntetőjogi kérdései

Az „eutanázia” nem jogi fogalom, hanem egy tipikus esetsoporra alkalmazott, túlsúlyolt, térségünkben történelmileg terhelt, diszkreditálódott kifejezés.¹ Sajó és Sándor utalnak rá, hogy a – már nem hatályos – 11/1972. (VI. 30.) EüM rendelet tartalmazott egyedül jogszabályi meghatározást, amikor mint nem engedélyezett orvosi tevékenységet, „az életnek gyógyíthatatlan betegség miatti kioltását” tilalmazta.² Eser joggal mutat rá, hogy az „eutanázia” és az öngyilkosság megítélésében fellángoló viták gyakran egyszerű fogalmi félreértéseken alapulnak, és az egységes terminológia hiányából fakadnak.³ Ennek ellenére a jogi és az etikai irodalom a különböző klasszifikációkat gyakran túlbecsüli, és arra használja fel, hogy a fenomenológiai jegyek szerint nyert tipológia alapján rögtön értékelést is adjon. Hangsúlyozni kell, hogy a büntetőjogi értékelés kizárólag konkrét magatartás kapcsán lehetséges, pusztán azzal, hogy valamely eutanáziasceleményt tipikus jellemzői alapján osztályozunk, még nem mondtunk semmit a büntetendőség kérdéséről.

Módszertani célzatból azonban fontosnak tartjuk, hogy használható *gyűjtőfogalmat* adjunk, amely alkalmas arra, hogy vizsgálatunk tárgyát más emberi magatartásoktól elhatároljuk. *Értelmezésünkben az „eutanázia” fogalomkörébe esik az orvos minden szándékos cselekménye, amellyel foglalkozása körében a beteg életét, annak kifejezett vagy vélelmezett beleegyezésével kioltja vagy megrövidíti.* Ez a meghatározás az előzetes büntetőjogi értékelés szempontjain kívül figyelembe veszi az európai jogirodalom eredményeit, illetve az orvosi hivatásrend etikai definícióit is.⁴

Az „indirekt eutanázia” fogalma alatt azt az esetsoportot foglaljuk össze, amikor a betegség végső stádiumában alkalmazott fájdalomterápia – jellemzően morfinszármazék – „mellékhatásaként” a páciens halálával kell számolnia az orvosnak.

* Filó Mihály egyetemi adjunktus, ELTE ÁJK

¹ Filó Mihály: *Az eutanázia a büntetőjogi gondolkodásban.* Budapest, 2009. 163. o.

² SAJÓ András – SÁNDOR Judit: A gyógyíthatatlannak vélt „halálos” beteg jogi helyzete a tételes jog tükrében. *Magyar Tudomány*, 108. (1996) 7., 771–786. o.

³ ESER, A.: Erscheinungsformen von Suizid und Euthanasie – Ein Typisierungsvorschlag. In ESER, Albin (Hrsg.): *Suizid und Euthanasie als human- und sozialwissenschaftliches Problem.* Stuttgart, 1976. 4. o.

⁴ „Az eutanázia az orvosnak foglalkozás körében megvalósított szándékos ténykedése, amely a gyógyíthatatlan, szenvedő beteg kérésére a természetes végnél korábbi halálára irányul.” *Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe.* II.2.2. fejezet, 16. pont. Elfogadta a Magyar Orvosi Kamara Küldöttgyűlése 2011. szeptember 24-én. A törvény értelmében 2012. január 1-jén lépett hatályba.

Nizsalovszky ezt a konstellációt nem sorolja az „eutanázia” fogalmi körébe, és utal arra, hogy *XII. Pius* pápa egy orvoskongresszus résztvevőinek meghallgatásakor úgy nyilatkozott, hogy a fájdalom enyhítése morális szempontból akkor is megengedett, ha az a szenvedő életének megrövidítésével jár.⁵

Horváth napjainkig érvényes megállapítása szerint az orvos kétirányú kötelezettsége – tehát a fájdalom enyhítése és az élet megőrzése – valójában társadalmilag elismert, egyenrangú érdekek kollízióját fejezi ki. Az orvos ezért jogszerűen jár el, ha „tudományos és etikai meggyőződése alapján”, a végstádiumba jutott beteg esetében tevékenysége súlypontját a fájdalomcsillapításra helyezi, akkor is, ha tudatában van annak, hogy ez a beteg halálát sietteti. *Horváth* egyúttal elveti az ún. „kettős hatás” vagy „duplex effectus” tanát, amely a katolikus morálteológiában⁶ alakult ki.⁷ Ez az érvrendszer az orvos szándékának irányára tekintettel tartja megengedettnek a fájdalomcsillapító szerek használatát: „Igen fontos megkülönböztetés: a kifejezetten, direkte szándékolt és a nem kifejezetten, mintegy csatoltan, indirekte szándékolt cselekvés, amely különösen a kettős hatású emberi tevékenység helyzeteiben, a kényes dilemma-szituációkban segít megoldani a nehezen kibogozható eseteket.”⁸

Az eredményközpontú büntetőjogi gondolkodás nem fogadja el a fenti szándék-etikai megkülönböztetést, és azt vizsgálja, hogy az orvos tevékenysége okozati összefüggésben állt-e a beteg halálával. Azokat az oksági folyamatban közrejátszó körülményeket, amelyek siettetik, elősegítik az eredmény bekövetkezését, de az oksági folyamatban alapvető jelentőségük nincsen, az okozati összefüggést meg nem szakító, közreható okoknak (*concausa*) nevezzük. Az okozati kapcsolat távoli vagy közeli jellege pedig a bűncselekmény minősítése szempontjából közömbös, csak a büntetés kiszabásánál értékelhető. A hazai bírói gyakorlat egységes abban a kérdésben,⁹ hogy amennyiben az elkövető magatartása tényállásszerű – márpedig jelen esetben az injekció beadása az lehet – akkor az adott cselekmény és az eredmény között az okozati összefüggés is fennáll, függetlenül attól, hogy az elkövető által megindított okfolyamatban más körülmények (például maga a betegség) is közrehatottak. Ennek megfelelően megállapítható az emberölés kísérlete abban az esetben is, amikor az elkövető olyan körülményeket biztosít, amelyek egyéb feltételeknél fogva vagy a sértett magatartásával együtt vezetnek az eredmény beálltához. Ilyen például a mérgezett folyadék tervszerű elhelyezése emberölés céljából.¹⁰ A fentiek belátásával tehát még

⁵ NOLDINUS: *Summa Theologiae-Moralis*. Editio XXXIV. 1962. I. kötet 83. o. Idézi NIZSALOVSKY Endre: *A szerv és szövetátültetések joga*. Budapest, 1970. 52. o.

⁶ HÁMORI A.: *Életvédelem a katolikus egyház jogrendjében világi jogi összehasonlítással*. Budapest, 2006. 229. o.

⁷ HORVÁTH T.: *Az élethez való jog*. [Különnyomat.] Budapest, 1995. 14. o.

⁸ BODA: *A keresztény erkölcs alapkérdései. Erkölcssteológia I.* 54. o. Idézi HÁMORI: *Életvédelem a katolikus egyház jogrendjében világi jogi összehasonlítással*. 125. o.

⁹ Legf. Bír. Bfv.II.1124/2004. sz.; BH 1982, 179.

¹⁰ BJD 997.

az az elterjedt argumentáció sem lenne elfogadható az orvos javára, hogy az injekció „csak siettetette” az alapbetegség miatt biztosan bekövetkező halált.

A büntető anyagi jogi értékelés szempontjából jelentőséggel bíró kauzális összefüggések elemzése kapcsán több legfelsőbb bírósági döntés is rámutatott arra, hogy az okfolyamatot elindító tényező (emberi magatartás) büntetőjogi felelősséget megalapozó jelentőségén nem változtat az együttes okként (*concausa*) vagy feltételként közreható körülmény(ek) hatása (EBH 2005, 1291. számú döntés indokolása).

Fontos továbbá rámutatni, hogy az „indirekt eutanázia” esetén – az alanyi oldal sajátosságai miatt – naivitás lenne orvosi műhibáról vagy a szándékosság hiányáról beszélni, és a minősítést a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés (Btk. 165. §) köré vonni. Az életet megrövidítő medikáció nem írható le szándékos veszélyeztetési cselekményként, hiszen ez utóbbinak éppen az lenne a jellegzetessége, hogy az elkövető szándéka – a limitált veszélyeztetés tanának megfelelően – kizárólag a közvetlen veszélyhelyzet előidézésre terjedhet ki, de semmiképpen sem a halál előidézésére.¹¹ Ám ha az orvos szándéka, akár *eshetőlegesen*, de kiterjed a halál bekövetkeztére, vagyis belenyugszik abba, hogy az injekció következtében a beteg meghalhat, úgy szándékos emberölés merül fel.

A legfőbb német bírói fórum (BGH) 1996-os állásfoglalása értelmében¹² „[...] az orvosilag indikált, a haldokló kifejezett vagy feltételezhető kívánalmának megfelelő fájdalomcsillapítás akkor sem jogellenes, ha az – elkerülhetetlen, számításba vett, de nem szándékolt következményként – a halál bekövetkeztét sietteteti”. Az elméletben jelenleg meghatározó megközelítés szerint az ilyen kezelés ugyan formálisan kimeríti a német büntetőkódex (StGB) 216. §-ában írt kívánatra ölés tényállását, azonban a büntetendőséget kizárja az a körülmény,¹³ hogy a méltósággal megélt, de rövidebb élet értékesebb jogi tárgyat jelenthet, mint a néhány nappal meghosszabbított kínszenvedés.

Ezért a haldoklás folyamatában egymásnak feszülő társadalmi érdekek – egyrészt az életvédelem, másrészt a fájdalom nélküli létezés – kollíziója esetében a büntetőjognak a végszükségi szabályok¹⁴ alapján az orvos büntetlenségét kell biztosítani a beteg döntésének megfelelően.¹⁵

Az osztrák jogirodalom – az objektív beszámítás tanából kiindulva – a fájdalomcsillapítást, még amennyiben veszélyezteteti is az életet, nem tartja olyan cselekménynek,

¹¹ GVÖRGYI, K. – WIENER, A. I.: *A Büntető Törvénykönyv magyarázata. Különös Rész.* Budapest, 1996. 348. o.

¹² BGHSt 42, 305.

¹³ ROXIN, C.: Zur strafrechtlichen Beurteilung der Sterbehilfe. In ROXIN, C. – SCHRÖTH, U. (Hrsg.): *Medizinstrafrecht.* München, 2001. 83. o.

¹⁴ A jogellenességet kizáró végszükség (StGB 34. §) fogalma sajátos mérleget követel meg a norma címzettjétől, amelynek eredményeként a veszélyt elhárító tett által védett érdekeknek a jogi tárgy sérelménél nagyobb súllyal kell latba esnie.

¹⁵ KUTZER, K.: Strafrechtliche Grenzen der Sterbehilfe. *NStZ*, (1994) 115. o.; Vö. ROXIN: Zur strafrechtlichen Beurteilung der Sterbehilfe. 98. o.

amely a „norma védelmi célját” veszélyeztetné, ezért mivel „szociálisan adekvát” magatartásról van szó, már tényállásszerűségről sem beszélhetünk.¹⁶

Változatlanul vitás kérdéseket vet fel azonban az indirekt eutanázia megengedhetőségének *idődimenziója*, hiszen – különösen daganatos megbetegedéseknél – már jóval a terminális állapot előtt elviselhetetlen kínok léphetnek fel. *Roxin*¹⁷ álláspontja szerint ezekben az esetekben – hasonlóan a nem kifejezett testi fájdalommal, hanem más tűrhetetlen szenvedéssel, légszomjjal járó állapotokhoz – nem tagadhatjuk meg a hatékony fájdalomcsillapítást, amennyiben a páciens tájékoztatták a lehetséges kockázatokról. Más vélemények értelmében viszont a fájdalomcsillapítás nem más, mint az „aktív eutanázia trójai falova”.¹⁸

Ehhez a kérdéshez kapcsolódik az ún. terminális szedálás („erélyes szedálás”) gyakorlata, amikor a fájdalomtól terhes betegség végső stádiumában a beteget megfelelő gyógyszerekkel öntudatlan állapotba helyezik. Az esetkör besorolása egyelőre vitatott, egyesek pusztán a palliatív medicina standardját látják ebben, mások „titkolt aktív eutanáziát” kiáltanak azzal, hogy itt nem a betegek megfelelő, emberies ellátásáról (*comfort care*) van szó, hanem az ápolószemélyzet tehermentesítéséről (*comfort for caregivers*).

Ehelyütt szükséges – a források bizonytalansága miatt kellő távolságtartással – megemlíteni egy különös hazai ügyet, amely egyaránt felvet büntetőjogi és orvosi, de mindenekelőtt tudományetikai dilemmákat. 2011-ben jelentős sajtóvisszhangot, később pedig politikai vitát váltott ki, hogy a *Legis Artis Medicinae (LAM)* című egészségügyi folyóirat közölte azt az cikket, amelyben egy orvos tudósít egy magyarországi kórház haldokló betegek ellátásával kapcsolatos állítólagos gyakorlatáról a következők szerint:

[...] a perzisztáló súlyos fájdalmat adekvátan csillapító bazális opiátterápiához szükséges fájdalomcsillapító adag négy-öttszörös dózisáig emelve, intravénás morfininjekció adását rendelték el. A beadott morfintól néhány órán belül kómába esett a beteg, és a növekvő morfinadagok mellett egyre jobban megjelent a morfin légzésdeprimáló hatása, ami néhány napon belül halálhoz vezetett.¹⁹

A *LAM* szerkesztősége egyúttal felkérte a terület szakértőit – klinikust,²⁰ bioetikust,²¹ egészségügyi jogászt²² és büntetőjogászt,²³ hogy kommentálják a beszámolót.

¹⁶ Moos, E.: Vorbemerkungen zu § 75–79 Rn. 29. In HÖPFEL, F. – RATZ, E. (Hrsg.): *Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch*. Lieferung 35. Wien, 1999.

¹⁷ ROXIN: Zur strafrechtlichen Beurteilung der Sterbehilfe. 96. o.

¹⁸ HILLGRUBER, C.: Die Würde des Menschen am Ende seines Lebens. *ZfL*, 21. (2006) 3., 70. skk. o.

¹⁹ MÁRKUS A.: Szándékos morfiumentádogolás Magyarországon. *Legis Artis Medicinae*, 21. (2011) 4., 306–308. o.

²⁰ SIMKÓ Cs.: 1. kommentár. A klinikus véleménye. *Legis Artis Medicinae*, 21. (2011) 4., 308–310. o.

²¹ KOVÁCS J.: 2. kommentár. Bioetikai elemzés. *Legis Artis Medicinae*, 21. (2011) 4., 310–314. o.

²² DÓSA Á.: 3. kommentár. Helyzetelemzés. *Legis Artis Medicinae*, 21. (2011) 4., 314–316. o.

²³ FILÓ M.: 4. kommentár. Fájdalomcsillapítás és büntetőjog. *Legis Artis Medicinae*, 21. (2011) 4., 316–320. o.

A kommentárok a leírást fiktív esetként elemezve arra jutottak, hogy a bemutatott gyakorlat – amennyiben az valóban létezik – orvosszakmai, etikai és jogi szempontból egyaránt megengedhetetlen. A közlemény nyomán a LAM szerkesztősége az Egészségügyi Tudományos Tanácsnál (ETT) hivatalos bejelentést tett. Ezt követően sajtóértesülések szerint emberölés büntette elkövetésének gyanúja miatt ismeretlen tettesrel szemben indult rendkívüli halálesetek kapcsán nyomozás,²⁴ amit az ügyesség később bűncselekmény hiányában megszüntetett, mert nem volt megállapítható bűncselekmény elkövetése, és az eljárás folytatásától sem lehetett eredményt várni.²⁵

Az érintett fővárosi intézmény közleménye szerint „a nyomozás alapját képező, a *Lege Artis Medicinae* című orvosi szaklapban megjelent cikk szakmai szempontból megalapozatlan, mivel a szigorú elszámolás alá tartozó gyógyszer kiadott mennyisége mindvégig ellenőrzött és nyomon követhető”.²⁶

A nemzeti erőforrás miniszter 2011. november végén felkért egy háromtagú – majd egy további szakértővel kiegészült – *ad hoc* szakértői bizottságot, hogy tekintsék át a végstádiumban lévő betegek kezelését, különös tekintettel a fájdalomcsillapítók, azon belül is a kábító fájdalomcsillapítók alkalmazására. A felkért szakértői bizottság szerint a végső stádiumban lévő betegek fájdalomcsillapítása, illetve a kábítószer alkalmazása jogi szempontból rendezettnek tekinthető, ugyanakkor azt is megfogalmazta, hogy javítani kell a terminális állapotú (elsősorban daganatos) betegek fájdalomcsillapításának jelenlegi helyzetén, például az ellátóhelyek kapacitásának növelésével, a magyarországi *hospice*-hálózat fejlesztésével és a kezelés színvonalának emelésével.²⁷

Büntetőjogi szempontból az „indirekt eutanázia” megítélésénél gyakran merül fel a megengedett kockázat kérdésköre is. A jogi és orvosi szakirodalomban az orvosi tevékenység kockázatán a beteg életének, egészségének vagy testi épségének a gyógyítás érdekében tudatosan előidézett olyan előre látható veszélyét és esetleges hátrányos változását értik, amellyel az adott gyógyító beavatkozás az orvosi foglalkozás szabályainak megtartása mellett járhat. Erdősy jelenleg is irányadó monográfiájában azt is kifejti, hogy a büntetőjog megengedi a beteg életének, egészségének kockáztatását, és a kockáztatás esetleges sikertelensége esetén sem támaszt büntetőjogi felelősséget az orvossal szemben, ha a kockázatvállalás az orvosi foglalkozás szabályainak körében, a szabályok megszegése nélkül történt, és hátrányos következményei még gondatlanság címén sem róhatók az orvos terhére.²⁸ A megengedett kockázatot a hazai jogirodalom

²⁴ Uzsoki-ügy: eltűnt iratok miatt feljelentést tesz a kórház. *Heti Világgazdaság*, 2011.11.24., http://hvg.hu/itthon/20111124_uzsoki_feljenetes_dokumentum (letöltve: 2019.01.01.)

²⁵ Az Uzsoki Kórházban nem beszélnek többet a morfinügyről. *Heti Világgazdaság*, 2013.08.27., http://hvg.hu/plazs/20130827_uzsoki_korhaz_morfinugy_vege (letöltve: 2019.09.01.)

²⁶ A Magyar Távirati Iroda (MTI) hírarchívuma: <http://archiv1988tol.mti.hu/Pages/HirSearch.aspx?Pmd=1> (letöltve: 2020.07.20.).

²⁷ Most ismertették az Uzsoki-ügy miatt készült jelentést. *Heti Világgazdaság*, 2012.01.25., http://hvg.hu/plazs/20120125_morfium_fajdalomcsillapitas_uzsoki_ugy (letöltve: 2019.09.12.).

²⁸ ERDŐSY E.: *A megengedett kockázat a büntetőjogban*. Budapest, 1988. 95. o. VÖ. WIENER A. I.: *Gazdasági bűncselekmények*. Budapest, 1986.

– hasonlóan a német büntetőjog-tudomány álláspontjához – attól kezdve, hogy az egyes deliktumokban önálló elemként jelenik meg a foglalkozási szabályszegés, már csak kivételesen fogadja el önálló büntetendőséget kizáró okként, és a tényállásszerűség problémájába integrálja. Erdősy az orvosi tevékenység megengedett kockázatának jellegzetességeit egyrésztől a kockázat sajátos tárgyában – az emberi életben és testi épségében – az orvos és a beteg egybehangzó akaratelhatározásában, valamint abban foglalja össze, hogy a gyógyítási kockázattal előidézett veszélyfolyamat és a nem kívánt következmény maximuma előre meghatározható. Ebből adódik a megengedettség feltételét képező arányosítás lehetősége, amely abban áll, hogy az orvos döntésének kialakításánál összeveti a tevékenysége elmaradása esetén beálló kedvezőtlen változás valószínűségét a beavatkozás sikertelenségének valószínűségével, majd ennek fényében meghatározza azt a gyógymódot, amely előreláthatólag nem idéz elő nagyobb érdeksérelmet, mint a gyógykezelés elmaradásával járó egészségkárosodás.²⁹ A hazai jogirodalomban általánosan elterjedt a megállapítás, hogy az orvos tevékenysége szükségszerűen megvalósítja a Btk. Különös Részében foglalt egyes tényállásokat, „látszólag testi sértést hajt végre”.³⁰ Ennek megfelelően az invazív gyógyító eljárások büntetendőségének kizárása a jogellenesség szintjén történhet meg, amire különböző álláspontokat találunk.

Wiener szerint az orvosi tevékenységnél felmerülő büntethetőségi akadály magában foglalja a sértett beleegyezésének és a kockázatvállalásnak elemeit is, a megengedett rizikó azonban azért, hogy a keretszabályozás révén a foglalkozási szabályok beépültek a tényállásba, elveszíti önálló jelentőségét.³¹ Busch utal arra, hogy ennek ellentmondani látszik az Eütv. hatályos szabályozása, amely a 129. §-ban kifejezetten említi a kockázat indokolt mértékét. Dezső viszont abból indult ki, hogy az orvosi beavatkozásnál – a dolog természeténél fogva – hiányzik a cselekmény társadalomra veszélyessége.³²

Ez az elv, ami adott esetben helytálló lehet a kuratív ellátásoknál, véleményünk szerint kevésbé értelmezhető a palliatív medicina esetében. A bizonyosan bekövetkező halál közelében aligha van értelme arányosítani az effektív fájdalomcsillapítással járó rizikót. Álláspontunk szerint az „indirekt eutanázia” a kockázat-beleegyezés sajátos eseteként kezelendő, amelynél a veszély nem tényállási elem, viszont az adott cselekmény rizikóval jár. A kockázat-beleegyezés azonban csak a rizikó egy bizonyos mértékére vonatkozhat, egy határon túl ugyanis a jogrend már nem akceptálhatja a sértett akaratát, mert a kockázatvállalás már nem igazolható megfelelő társadalmi hasznossággal. A probléma tehát változatlanul az marad, hogy szembeállítható-e az

²⁹ ERDŐSY: A megengedett kockázat a büntetőjogban. 95. o.

³⁰ BUSCH B.: Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozása. In SÓTONYI P. (szerk.): Orvosi felelősség. Budapest, 154–290., 203. o.

³¹ BÁRD K. et al.: Büntetőjog. Általános Rész. Budapest, 2003. 137–139. o.

³² DEZSÓ L.: Az orvos büntetőjogi felelőssége. Budapest, 1979. 13. o.

emberi élettel más érték, jelen esetben a fájdalmak nélküli létezés, ami legitimálhatná a különleges jogi tárgy veszélyeztetését.

Ebben a szemléletben, amennyiben a fájdalomcsillapítás valóban az élet megrövidítésének reális kockázatával jár, dogmatikai szempontból nem posztulálható lényeges különbség az „aktív” és az „indirekt” eutanázia között. A két válfajt kizárólag az idődimenzió különíti el egymástól, tehát a kérdés úgy tehető fel helyesen, hogy feloldható-e az emberi élet abszolút büntetőjogi védelme a halál közelében, a haldoklás sajátos állapotában?

Mindennek fényében azt a tézist állítjuk fel, hogy a büntetőjogi megítélés szempontjából nem tartható az a bioetikai irodalomban általánosan elterjedt feltételezés, amely éles határvonalat húz a büntetendő „aktív” és a megengedett „indirekt” eutanázia fogalma közé. Mindkét forma ugyanis tényállásszerű emberölési cselekmény. Ennek megfelelően, ha a jogbiztonság követelményeinek megfelelően akarjuk garantálni az „indirekt eutanáziát” végző orvos büntetlenségét, akkor jogalkotói aktusra van szükség.

Erre láthatunk példát a német nyelvű jogirodalomban. A német, osztrák és svájci jogtanárok közreműködésével kidolgozott – a törvényhozásban még nem tárgyalt – legutóbbi javaslat, az *Alternativ-Entwurf-Leben (AE-Leben)* az élet elleni bűncselekmények rendszerének átfogó reformjával párhuzamosan kívánja rendezni a fájdalomcsillapítás dilemmáit.³³

Az *AE-Leben* 214a. §-a következő törvényszöveggel kívánja bővíteni önálló szakaszként a büntetőkódexet:

Az orvos nem cselekszik jogellenesen, ha a halálos beteg kifejezett beleegyezése, érvényes írásbeli rendelkezése vagy feltételezett beleegyezése mellett, az orvostudomány szabályainak megfelelően, másképpen nem leküzdhető szenvedéssel járó állapotok megszüntetésére olyan kezeléseket végez, amelyek el nem kerülhető és nem szándékolt mellékhatásként a halál beálltát siettetik. (A szerző fordítása.)

A „nem cselekszik jogellenesen” fordulat arra utal, hogy a javaslattevők az emberölés tényállásának változatlanul hagyása mellett, a jogellenesség szintjén kívánják kizárni az orvos büntetendőségét. A kódex Különös Részében megfogalmazandó büntetethetőségi akadály így az elkövető orvosi kvalifikációjára, a passzív alany sajátos helyzetére, tehát a haldoklás állapotára, valamint a sértett beleegyezésére, a szakmai szabályok betartására és a szenvedések súlyosságára helyezi a hangsúlyt. Ezen feltételek együttes fennállása esetén, normatani szempontból sajátos engedélyként, maga a büntetőtörvény teremtene kivételt az emberölés általános tilalma alól.

³³ *Alternativ-Entwurf-Leben (AE-LEBEN)*. Entwurf eines Arbeitskreises deutscher, österreichischer und schweizerischer Strafrechtslehrer (Arbeitskreis AE). *Goldammer's Archiv für Strafrecht*, 155. (2008) 4., 193–271. o.

A jelenleg hatályos hazai Btk. alapján, annak hangsúlyozása mellett, hogy az „indirekt eutanázia” minden esetben tényállásszerű, a magunk részéről a leginkább elfogadható érvelési utat a végszükségi szabályokra való hivatkozásban látjuk. Mind *Horváth* érvelésében, mind a német jogirodalomban a végszükségi helyzetre jellemző érdekösszemérés érhető tetten.

Lényeges azonban hangsúlyozni: a végszükség szabályai az élet végén hozott orvosi döntések területén sem definiálhatják a cselekvési lehetőségeket vagy kötelességeket, pusztán a büntetőjogi felelősség alóli esetleges mentesülésre adnak lehetőséget.³⁴ Társadalmilag elfogadhatatlan következményekkel járna, ha az effektív fájdalomcsillapításnál az orvos csak egy kivételes és ezáltal bizonytalan büntethetőségi akadályra hivatkozhatna.

Mindennek fényében az „indirekt eutanázia” körébe eső cselekmények megnyugtató és jogbiztonságot teremtő szabályozásához hazánkban jogalkotói aktusra lenne szükség.

Az egyik elképzelhető mód az lenne, ha a hatályos holland kódex vagy a német tervezetek mintájára maga a Btk. vezetne be a Különös Részben új büntethetőségi akadályt.

*Tekintettel azonban arra, hogy az orvos tevékenységét Magyarországon jellemzően ágazati normák szabályozzák, célszerűbb lenne a fájdalomcsillapítással kapcsolatos orvosi jogosítványokat az egészségügyi törvényben pontosan meghatározni. Ez a szabályrendszer a büntetőjog szempontjából jogszabályi engedélyként funkcionálhatna.*³⁵

³⁴ KOCH, M.: *Die aufgedrängte Hilfe im Strafrecht*. Aachen, 2003. 51. o.

³⁵ Érdemes ehelyütt utalni Ehmann álláspontjára. A német–magyar szerző a konstanzi egyetemen megvédett jog-összehasonlító disszertációjában az Eütv. 6. § és 129. § alapján arra jut, hogy a betegek fájdalomcsillapításhoz való joga megalapozza az „indirekt eutanáziát” végző orvos büntetendőségnek kizárását. Vö. EHMANN, R.: *Die strafrechtliche Bewertung der Sterbehilfe im deutsch-ungarischen Vergleich*. Berlin, 2015.

FILÓ Mihály* – KISS Máté Jenő**

Az öngyilkossághoz nyújtott orvosi segítség büntetőjogi megítélése

Az öngyilkosság sajátosan emberi képesség, *specifica humana*, és ily módon az ember szabadságának szimbóluma. Bár korábban feltételezték, hogy bizonyos állatfajok is képesek szuicid magatartásra, napjaink etológiai kutatásainak fényében ez a tétel már inkább a legendák világába tartozik. Az élővilágban az önmegsemmisítés mindig a faj fennmaradásának érdekében történik, a személyes öngyilkossági szándék kizárólag az emberre jellemző.¹ A hazai jogirodalomban – fel nem ismert módon – az öngyilkosság dilemmája a lehető legszorosabban érintkezik az eutanázia büntetőjogi problémakörével. A szuicid magatartás büntetőjogi megítélése a szerzők álláspontja szerint ugyanis szükségszerűen az eutanázia megengedhetőségének vagy tilalmazásának kiindulópontja. Az öngyilkosság jogtudományi problémái vezetnek el az emberi életről való rendelkezés alapkérdéseire. A nyugati irodalomban és a tengerentúlon² teljes joggal minősítik az eutanáziát „asszisztált szuicidiumnak” (*physician-assisted suicide, PAS*).³

Noha a felvilágosodás koráig az öngyilkost egész Európában halálos bűn elkövetőjének tekintették, akinek testét változatos és lealacsonyító büntetésekkel sújtották, vagyonát pedig elkobozták,⁴ napjainkban már csak akkor kerül a jog érdeklődési körébe, ha végzetes tettehez egy kívülálló – embertársa vagy az állam – segítségét kéri. Habár fenntartja magának a végső jogot – a választást élet és halál között –, elhatározása véghezviteléhez valaki másra is szüksége van.⁵ Ez a büntetőjogban az öngyilkosságban közreműködés büntetendőségének problémáját veti fel. Az egyes nemzeti jogrendszerek rendkívül változatos eltérésekkel ítélik meg annak az orvosnak a tettet, aki halált hozó szert ad betegének, vagy bármilyen más módon segíti az öngyilkosságban. Az alábbiakban erről adunk rövid áttekintést.

* FILÓ Mihály egyetemi adjunktus, ELTE ÁJK

** KISS Máté Jenő bírósági titkár, Pesti Központi Kerületi Bíróság; PhD-hallgató, ELTE ÁJK

¹ BÁNKI Csaba: *Agyunk fogságában*. Budapest, 2006. 381. o.

² EMANUEL, Ezekiel Jonathan: Euthanasia and Physician-assisted Suicide: A Review of the Empirical Data from the United States. *Archives of Internal Medicine*, 94. (2002) 2., 142–155. o.

³ SNIJDEWIND, Marianne C. (et al.): A Study of the First Year of the End-of-Life Clinic for Physician-assisted Dying in the Netherlands. *JAMA Internal Medicine*, 46. (2015) 10., 1633–1650. o.

⁴ BATÓ Szilvia: Az öngyilkosság a régi magyar büntetőjog-tudományban. In FILÓ Mihály (szerk.): *Halálos bűn és szabad akarat. Öngyilkosság a jogtudomány tükrében*. Budapest, 2013. 72–87. o.

⁵ FILÓ Mihály – MOLNÁR G. Fruzsina: Az öngyilkosság a jogtörténetben. *Jogtörténeti Szemle*, 20. (2006) 2., 32–36. o.

Ha az öngyilkosságban közreműködés problémakörét komparatív szemlélettel vizsgáljuk, akkor megállapíthatjuk, hogy Európában a büntetőjogi szabályozásnak három ideáltípusa terjedt el.⁶ A legtöbb jogrend ismer olyan normát, amely az öngyilkossághoz kapcsolódó kvázirészesi magatartásokat *expressis verbis* büntetni rendeli. Idesorolható többek között a francia *Code Pénal* 223-13 és 223-14 jelzésű szakasza,⁷ az olasz *Codice Penale* 580. cikkelye,⁸ a holland *Wetboek van Strafrecht* 294. cikke,⁹ illetve az angol *Suicide Act*¹⁰ is. Külön csoportot alkotnak a közép-kelet-európai országok büntetőkódexei, így az osztrák *Strafgesetzbuch* (78. §), a cseh (144. §),¹¹ a szlovák (230. §)¹² büntető törvénykönyv és természetesen a magyar *2012. évi C. tv.*¹³ Ezekre a szabályozásokra jellemző, hogy az öngyilkosságban közreműködő felelősségét objektív büntethetőségi feltétellel – annak megkövetelésével, hogy a sértett az öngyilkosságot legalább megkísérelje – szűkíti.¹⁴

Bizonyos államok büntetőjogában – így Svájcban az StGB 115. cikke¹⁵ és 2004-ig a dán *Straffeloven* 240. §-a¹⁶ – a büntethetőséget szubjektív feltétel korlátozza annyiban, hogy a tettesnek a közreműködést öns érdekéből (*aus selbssüchtigen Beweggründen*,

⁶ KLINGER, Alfred N.: *Die Strafbarkeit der Beteiligung an einer durch Täuschung herbeigeführten Selbsttötung*. Aachen, 1995. 3. o.

⁷ „Le fait de provoquer au suicide d’autrui est puni de trois ans d’emprisonnement et de 45 000 € d’amende lorsque la provocation a été suivie du suicide ou d’une tentative de suicide.” (Aki mást öngyilkosságra rábír három év börtönbüntetéssel és 45 000 €-val büntetendő, ha az öngyilkosságot elkövetik vagy megkísérlik.)

⁸ „Chiunque determina altrì al suicidio o rafforza l’altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l’esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima.” (Aki mást öngyilkosságra rábír, vagy e szándékában megerősít, vagy bármely más módon segítséget nyújt, ha az öngyilkosság bekövetkezik, öt évtől tizenkét évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. Ha az öngyilkosság nem következik be, az öngyilkossági kísérletből származó sérülések súlyosságától függően, egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.)

⁹ „Hij die opzettelijk een ander tot zelfdoding aanzet, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie.” (Aki mást öngyilkosságra rábír, ha az öngyilkosságot elkövetik, három évig terjedő szabadságvesztéssel vagy negyedik kategóriás bírsággal büntetendő.)

¹⁰ „A person who aids, abets, counsels or procures the suicide of another, or an attempt by another to commit suicide, shall be liable on conviction on indictment to imprisonment for a term not exceeding fourteen years.” (Az a személy, aki mást öngyilkosságra rábír, ehhez segítséget nyújt, vagy éppen tanácsot ad, ha azt elkövetik vagy megkísérlik, tizennégy évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.)

¹¹ 11/2009. Sb. Trestní Zákoník.

¹² 300/2005. Trestný Zákon. Vö. KÁDEK, Pavol: *Súčasnè dimenzie právnej zodpovednosti v medicíne a zdravotníctve*. Bratislava, 2014. 131–134. o.

¹³ Tóth Mihály: Büntetőjog az élet és a halál mezsgyéjén. *Magyar Jog*, 57. (2010) 505. o.

¹⁴ Filó Mihály: Ölni vagy halni hagyni? A dogmatika, a valóság és a józan ész. In Filó Mihály (szerk.): *Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén*. Budapest, 2011. 141–153. o.

¹⁵ „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.)

¹⁶ *Straffelovrådets betænkning om straffastsættelse og strafferammer II*. nr.1424. København, 2002. A szerző köszönetet mond Vagn GREVE professzornak a szíves közlésért.

af egennyttige bevæggrunde) kell elkövetnie. A svájci jogirodalom hangsúlyozza, hogy a büntetőjog alapelveiből az öngyilkossághoz kapcsolódó kvázirészesi magatartások büntetlensége következnek. A jogalkotó azonban az emberi élet mint kivételes jogi tárgy jelentősége miatt szigorúbb szemléletet tett magáévá.¹⁷ Az önös érdek fogalma¹⁸ hazai jogunkban rokon vonásokat mutat 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. A svájci joggyakorlat azonban elsősorban azt vizsgálja, hogy az elkövetőt kizárólag altruista motívumok vezették-e, illetőleg a sértettnek valóban maradt-e életének saját kezű kioltásában „inherens cselekvési lehetősége”.¹⁹

Peter Baumann, az ismert baseli eutanáziatársaság pszichiáttere ellen azért emeltek vádat, mert az öngyilkosságban való segítségnyújtást a halál iránti tudományos érdeklődése miatt, illetve szereplési vágyból követte el, így ebben az esetben már egoisztikus indítékról beszélhetünk.²⁰

Noha Svájcban elenyésző azon büntetőeljárások száma, amelyekben öngyilkosságban közreműködés miatt emelnek vádat, a tényállás dogmatikája és jogpolitikai indoklása jelentős szerephez jut az eutanáziavitában. Az önrendelkezési jognak jelentős teret engedő permisszív normatív környezet ugyanis beszédes nevű (*EXIT, DIGNITAS*) egyesületeket hívott létre, amelyek tagjai hozzájuthatnak a szuicidiumot lehetővé tevő metódusokhoz és gyógyszerekhez, mindenekelőtt az elmúlást megkönnyítő nátrium-pentobarbitálhoz (NaP). Ezeket a készítményeket azonban kizárólag orvos szolgáltathatja ki, megfelelő indikáció alapján, a beteg öngyilkossági szándéka esetén pedig szigorú hivatásetikai szabályokat követve. A svájci orvostudományi akadémia (SAMW) által kiadott irányelvek²¹ alapján – amelyet a bíróságok is hivatkozási alapként²² kezelnek – csak abban az esetben rendelhet az orvos hasonló gyógyszereket, ha a beteg olyan korban szenved, amely elkerülhetetlenül halálhoz vezet. Ennek megfelelően – a svájci orvostársadalom autonómiát támogató attitűdjei ellenére²³ – az orvosi privilégium kétségtelen állami beavatkozást jelenthet az öngyilkosság jogába. Minelli, a *DIGNITAS* alapítója, az eutanáziamozgalom ellentmondásos megítélésű apostola ezért egyenesen

¹⁷ RIPPE, Klaus Peter (et al.): Urteilsfähigkeit von Menschen mit psychischen Störungen und Suizidbeihilfe. *Schweizerische Juristenzeitung*, 51. (2005) 3., 81. o.

¹⁸ SCHWARZENEGGER, Christian: Art. 111–117. In NIGGLI, Marcel Alexander – WIPRÄCHTIGER, Hans (Hrsg.): *Basler Kommentar. Strafrecht II. Art. 111–392 StGB*. Basel, 2014. 1–117. o.

¹⁹ PIETH, Mark: *Strafrecht. Besonderer Teil*. Basel, 2014. 20–24. o.

²⁰ Urteil des Appellationsgerichts des Kantons Basel-Stadt vom 1. Oktober 2008 (*ius.unibas.ch*). 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.

²¹ SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN (Hrsg.): *Medizin-ethische Richtlinien. Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende*. Basel, 2014.

²² Urteil v. 15. Juli 1999, X. c. Gesundheitsdirektion Zürich.

²³ BRAUER, Susanne – BOLLIGER, Christian – STRUB, Jean-Daniel: *Swiss Physicians' Attitudes to Assisted Suicide. A Qualitative and Quantitative Study*. www.smw.ch/content/smw-2015-14142/ (letöltve: 2019.03.24.).

azt állítja, hogy amennyiben az állam – például a vénykötelesség bevezetésével – korlátozza a hozzáférést azokhoz a módszerekhez, amelyekkel a polgárok biztonságosan olthatják ki saját életüket, úgy mind az öngyilkost, mind a társadalom többi tagját indokolatlan veszélynek teszi ki, hiszen azok a közforgalmú szerek, amelyeket öngyilkosságra használnak, többnyire alkalmatlanok és veszélyesek.²⁴ Később a *Bundesgericht* megerősítette, hogy az életre is veszélyes altatók orvosi rendelvényhez kötöttsége nem ütközik a svájci alkotmányba vagy az Emberi Jogok Európai Egyezményébe.²⁵ A tilalmat kijátszva Minelli egyesülete NaP helyett héliumot kezdett alkalmazni, a gázzal elkövetett öngyilkosságtól azonban a méltatlan körülmények és feltételezhetően szenvedéssel járó haldoklás²⁶ miatt politikai nyomásra már eltanácsolták a hozzájuk fordulókat.²⁷ A heves jogirodalmi és közéleti viták mellett a svájci jogfejlődést kiválóan példázza, hogy a közelmúltban a zürichi főügyészség egy eutanáziatársasággal megállapodást kötött arról, hogy a halálba segítség mint szolgáltatás terén is érvényesüljenek a jogbiztonság és a minőségbiztosítás szempontjai.²⁸

A harmadik csoportba tartozó modellek teljességgel lemondanak arról, hogy az öngyilkosság szándékos támogatását büntetéssel fenyegezzék. Idesorolható többek között Belgium, Finnország, Luxemburg, Svédország.²⁹ Ezt a felfogást reprezentálja a német büntetőkódex is. A német büntetőjog-tudomány a kvázirészesek büntethetőségét formális értelemben a járulékosági érvel (Akzessorietätsargument) zárja ki. Az StGB 27. §-a ugyanis a részsésséghez a tettes szándékos bűncselekményét írja elő. Mivel az öngyilkosság nem valósít meg tényállást, a részsésség járulékos természete miatt nem indokolt az öngyilkosságban közreműködés büntethetővé nyilvánítása, feltéve, hogy a sértett az öngyilkosságot szabad akaratából (*freiverantwortlich*) követte el. Ez a bűnsegélyre és a felbujtásra egyaránt érvényes. A formális járulékosági érv mellett a közreműködő büntetlenségét a jogirodalomban és a joggyakorlatban³⁰ uralkodó álláspont szerint – az objektív beszámítás szintjén, a felelősségi szférák elhatárolásával – az önfelelősség elvével (*Prinzip der Eigenverantwortlichkeit des Opfers*) indokolják. Ezt az érvelési struktúrát a német felsőbírósági gyakorlat akkor is alkalmazza, ha a sértett maga valósítja meg – éppen önmagával szemben – a sérelmet.

A *Heroinfall* történeti tényállásában a tettes heroint bocsátott a sértett rendelkezésére, majd injekció formájában mindketten beadták maguknak a szert. A sértett

²⁴ MINELLI, Ludwig A.: Die EMRK schützt die Suizidfreiheit. Wie antwortet darauf das Schweizer Recht? *Aktuelle Juristische Praxis*, 13. (2004) 5., 491–504. o.

²⁵ BGE 133 I 58 (2006. 11. 03.). Vö. *Gross v. Switzerland*, no. Judgement of 14 May 2013; no. 67810/10; *Haas v. Switzerland*, no. 31322/07, ECHR 2011.

²⁶ OGDEN, Russel D. – HAMILTON, William K. – WHITCHER, Charles: Assisted Suicide by Oxygen Deprivation with Helium at a Swiss Right-to-die Organisation. *Journal of Medical Ethics*, 36. (2010) 174–179. o.

²⁷ GAVELA, Kallia: *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*. Berlin–Heidelberg, 2013. 101. o.

²⁸ BGE 136 II 415 (2010.06.16.).

²⁹ SIMSON, Gerhard: *Der Suizidat: eine rechtsvergleichende Betrachtung*. München, 1976. 46. o.

³⁰ BGHSt 32, 38. AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN (Hrsg.): *Medizin-ethische Richtlinien. Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende*. Basel, 2014.

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

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

Egy férfi a későbbi áldozatot, egy fiatal nőt abban a hiszemben tartott, hogy a Siriusról származik, ezért új testet adhat neki – ami a Genfi-tó felett lebegő vörös teremben már várja őt –, ha az utasításai szerint öngyilkosságot követ el. Mielőtt azonban ezt megtenné, jelentősebb összegű életbiztosítást kell kötnie, amelyben – tekintettel arra, hogy a csillaglakók is pénzből élnek – az elkövetőt kell kedvezményezettként megjelölnie. Érdeemes megjegyezni, hogy a sértett részéről sem kóros elmeállapot, sem a kényszer bármilyen formája nem állt fenn, amikor végzett magával. A *Bundesgerichtshof* szerint itt mégsem beszélhetünk szabad akaratról, mert az elkövető a sértettet „emberi szerszámként” használta, és pontosan tisztában volt állításai valótlanságával.³¹

A teljes képhez az is hozzátartozik, hogy a német törvényhozás 2015-ben kodifikálta a büntetőkódex új tényállását,³² amely önálló bűncselekményként rendeli büntetni a szervezeten elkövetett öngyilkosságban közreműködést.³³ Rá kell mutatni, hogy az elkövető nem feltétlenül törekszik az üzletszerűség értelmében vett anyagi haszon-szerzésre az öngyilkossági lehetőség megteremtésével, biztosításával vagy közvetítésével, a döntő tényállási ismérv inkább a rendszerességben és a szolgáltatási jellegben (*geschäftsmässig*) ragadható meg.³⁴

Fontos adalék a jogpolitikai viták értékeléséhez, hogy a végleges törvényszöveg valójában érzékeny kompromisszumot jelent,³⁵ ugyanis egyes német szövetségi államok még az öngyilkosság népszerűsítését is büntetni rendelték volna.³⁶ Még radikálisabbnak

³¹ MINELLI: Die EMRK schützt die Suizidfreiheit. 491–504. o.

³² BGE 133 I 58 (2006.11.03.). Vö. *Gross v. Switzerland*, no. Judgement of 14 May 2013.; no. 67810/10.; *Haas v. Switzerland*, no. 31322/07., ECHR 2011.

³³ OGDEN–HAMILTON–WHITCHER: Assisted Suicide by Oxygen Deprivation. 174–179. o.

³⁴ GAVELA: *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*. 101. o.; BGE 136 II 415 (2010.06.16.).

³⁵ SALIGER, Frank: *Selbstbestimmung bis zuletzt. Rechtsgutachten zum strafrechtlichen Verbot organisierter Sterbehilfe*. Norderstedt, 2015.

³⁶ SCHÖCH, Heinz – VERREL, Torsten: *Alternativ-Entwurf-Sterbebegleitung. Goldammer's Archiv für Strafrecht*, 152. (2005), 10., 553–586. o.

számított az a törvényjavaslat, amely – a szervezett bűnözés elleni küzdelem mintájára – az eutanáziatársaságok alapítását, az azokban való részvételt a bünszervezethez hasonlóan rendelte volna büntetni. Az öngyilkosság kommercializálása ugyanis ellentmond a *Grundgesetz*, a német *Alaptörvény* emberképének.³⁷

Az Európán kívüli angolszász jogi kultúrákban az alapvetően kriminalizált asszisztált szuicidiummal kapcsolatos társadalmi viták során egyre hangosabban követelik a terminális stádiumú betegek méltóságteljes halálához történő, általában a halálos mérég felírásában megnyilvánuló orvosi segítségnyújtás legalizálását. Ennek ellenére az Egyesült Államok legtöbb államában az öngyilkossághoz nyújtott (orvosi) segítség továbbra is büntetendő cselekmény. Az államok több mint fele által részben vagy egészben implementált 1962-es *Model Penal Code*³⁸ szerint az öngyilkosságban közreműködés bűncselekmény, mely súlyosabban minősül, ha az öngyilkosságot elkövetik vagy megkísérik.³⁹

Az évtizedek óta tartó társadalmi vitának azonban már vannak eredményei, így az utóbbi időben vitathatatlanul megfigyelhető egyfajta dekriminializációs igény. A kérdéssel a szövetségi Legfelsőbb Bíróság részletesen foglalkozott a *Washington vs. Glucksberg*⁴⁰ és a *Vacco vs. Quill*⁴¹ ügyekben. Bár az előbbi ügyben rögzítésre került, hogy nem fűződik alapvető szabadságjog az öngyilkosság elkövetésében való segítséghez,⁴² e határozatok tették lehetővé a kérdés tagállami szabályozását az Egyesült Államokban.⁴³

A lehetőséggel elsőként Oregon állam élt, itt már 1997-ben legalizálták a terminális állapotú betegek öngyilkosságához nyújtott orvosi segítséget,⁴⁴ bár – mint lent látni fogjuk – a törvény nem engedi, hogy a gyakorlatra ezzel a kifejezéssel utaljanak. A *Death with Dignity Act 2.* szakasza szerint az életének véget vető kezelés (*medication for the purpose of ending his or her life*) kérelmezésére az a nagykorú, beszámítható oregoni lakos jogosult, akit olyan gyógyíthatatlan betegséggel diagnosztizáltak, amely hat hónapon belül halálához vezetne, és aki önként kifejezte, hogy meg szeretne halni.

³⁷ Entwurf eines Gesetzes zum Verbot der geschäftsmässigen Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung. Antrag der Länder Saarland, Hessen, Thüringen. Bundesrat Drucksache 436/1/08.

³⁸ KADISH, Sanford H. – SCHULHOFER, Stephen J. – BARKOW, Rachel E.: *Criminal Law and its Processes: Cases and Materials*. New York, 2017. 157. o.

³⁹ Model Penal Code, American Law Institute, United States of America, Section 210.5. (2): „A person who purposely aids or solicits another to commit suicide is guilty of a felony of the second degree if his conduct causes such suicide or an attempted suicide, and otherwise of a misdemeanor.” (Aki mást öngyilkosság elkövetésére rábír, vagy ehhez segítséget nyújt, másodfokú büntettségben bűnös, ha az öngyilkosságot elkövetik vagy megkísérik, egyébként vétségben.)

⁴⁰ US Supreme Court, 521 U.S. 702 *Washington v. Glucksberg*.

⁴¹ US Supreme Court, 521 U.S. 793 *Vacco v. Quill*.

⁴² US Supreme Court, 521 U.S. 702 *Washington v. Glucksberg*: „[...] this Court's decisions lead to the conclusion that respondents' asserted »right« to assistance in committing suicide is not a fundamental liberty [...]”.

⁴³ KÓMÚVES Sándor: Életvégi döntéshelyzetek – Orvos által asszisztált öngyilkosság: Amerikai Egyesült Államok. *LAM (Lege Artis Medicinæ)*, 26. (2016) 5–6., 303. o.

⁴⁴ Uo.

A törvény kiemeli, hogy pusztán a kor vagy fogyatékoság nem jogosítja fel a személyt a kezelésre. A jogszabály részletesen szabályozza az eljárást, melynek keretében az arra jogosult betegnek kétszer kell kérnie a halálos szer felírását szóban, egyszer pedig meghatározott feltételeknek megfelelő tanúk előtt írásban, a két szóbeli kérelem között pedig legkevesebb 15 napnak el kell telnie. Az eljárásba számos garanciális szabály került beépítésre, így a beteg diagnózisát egy, a korábitól független orvosnak is meg kell erősítenie, majd a beteget tájékoztatni kell a lehetséges alternatívákról (például *hospice*, fájdalomcsillapítás). Természetesen bármikor lehetőség van a kérelem visszavonására. Ha azonban a beteg úgy dönt, meg szeretne halni, az orvos által felírt szert magának kell bevennie.⁴⁵

Az oregoni törvény által legalizált méltóságteljes halálesetek száma a kezdetektől szinte folyamatosan emelkedik. Míg 1998-ban 24 recept felírására került sor, amelyből 16 esetben regisztrálták a beteg halálát, addig 2018-ban már 249 receptfelírásra és 168 halálesetre került sor.⁴⁶ Néhány eset különösen nagy sajtóvisszhangot kapott, s voltak betegek, akik maguk is a méltóságteljes halál legalizálásáért küzdő aktivistákká váltak. Az amerikai közvélemény komoly érdeklődéssel követte például Brittany Maynard történetét.

A 29 éves kaliforniai nőt 2014-ben agydaganattal diagnosztizálták. Mikor megtudta, hogy hat hónapja van hátra, melyet komoly fájdalmak közepette kell eltöltenie, eldöntötte, hogy orvosi segítséggel az általa meghatározott időpontban fog meghalni. Több fórumon harcolt a méltóságteljes halálért, és együttműködött a *Compassion & Choices* nevű *end-of-life* egyesülettel. Mivel ekkor Kaliforniában még nem volt legális az öngyilkossághoz nyújtott orvosi segítség, Brittany férjével Oregonba költözött, és az általa választott, előre bejelentett időpontban, 2014. november 1-jén vette be az orvos által felírt szert, és halt meg otthonában, családi körben.⁴⁷

Az oregoni törvény elfogadása óta máig az Egyesült Államok további öt államában (Washingtonban, Vermontban, Kaliforniában, Coloradóban és Hawaiiin), valamint Washington, D.C.-ben legalizálták törvényileg az öngyilkossághoz nyújtott orvosi segítséget.⁴⁸ Van továbbá egy állam, Montana, ahol a rendhagyó módon a legfelsőbb bíróság dekriminalizálta a fenti cselekményt azzal, hogy kimondta, az orvos nem vonható büntetőjogi felelősségre a végstádiumú beteg öngyilkosságához szükséges szer felírásáért.⁴⁹ Ha megvizsgáljuk az egyes államok törvényeit, megállapíthatjuk, hogy

⁴⁵ Oregon Death with Dignity Act ORS 127.800–897.

⁴⁶ Oregon Death with Dignity Act 2018 Data Summary, <https://www.oregon.gov/oha/ph/providerpartnerresources/evaluationresearch/deathwithdignityact/documents/year21.pdf> (letöltve: 2020.07.20.).

⁴⁷ WHITE, Bruce D.: Brittany Maynard: A Terminal Cancer Patient's Controversial Choice. *Albany Medical College Online*, 2014.11.06., <http://www.amc.edu/BioethicsBlog/post.cfm/brittany-maynard-a-terminal-cancer-patient-s-controversial-choice> (letöltve: 2020.07.20.).

⁴⁸ KÓMÚVES Sándor: Meghaláshoz nyújtott orvosi segítség vagy orvosi közreműködéssel elkövetett öngyilkosság? *Amerikai Egyesült Államok. LAM (Lege Artis Medicinæ)*, 28. (2018) 8–9., 395. o.

⁴⁹ Montana Supreme Court, DA 09-0051, *Baxter v. Montana*.

azok sokat merítettek az oregoni *Death with Dignity Act*ből, így a terminális állapot, a beszámíthatóság, a betöltött 18. életév és az adott állambeli lakóhely minden államban kötelező kritériumok. Mindenhol előírják továbbá, hogy a kérést legalább kétszer szóban, emellett egyes államokban írásban is ki kell nyilvánítni, és a két szóbeli kérelem között meghatározott időnek (legalább 15, illetve 20 napnak) el kell telnie.⁵⁰

Érdekesség, hogy amint a *Compassion & Choices* is kiemeli honlapján, a fenti államok *aid-in-dying* törvényei kifejezetten tiltják, hogy a meghaláshoz nyújtott orvosi segítség gyakorlatát akár öngyilkossággént, akár asszisztált öngyilkossággént, eutanáziaként vagy emberölésként értelmezzük.⁵¹ A szervezet maga is küzd bizonyos kifejezések kizárásáért a beszélt nyelvből, és úgy igyekszik elsőbbséget biztosítani az általa preferált „meghaláshoz nyújtott orvosi segítség” kifejezésnek, hogy közben szinte megfedkeznek róla, hogy a nevezett gyakorlat más államokban még mindig bűncselekmény.⁵²

Ausztráliában is megfigyelhetünk az Egyesült Államokhoz hasonló dekriminálizációs törekvéseket, bár ezek egyelőre kevésbé érzetik hatásukat. A kontinensnyi ország büntetőtörvényeit vizsgálva megállapíthatjuk, hogy az egyes szövetségi államok és területek – jelenleg még – azonos megközelítéssel szabályozzák az asszisztált szuicidium esetét. Az öngyilkosságban való közreműködést valamennyi ausztrál büntető-kódex kriminalizálja, a diszpozíciószerűséghez azonban egyik törvény sem kívánja meg az önös érdeket. A leggyakoribb elkövetési magatartások a segítségnyújtás (*to aid*), a tanácsadás (*to counsel*) és a felbujtás (*to abet*).⁵³ A legrégebbi – számos módosítással – jelenleg is hatályos ausztrál büntető-kódex, az 1899-es *Queensland Criminal Code Act* a 311-es szakaszában életfogytig tartó szabadságvesztés kiszabását is lehetővé teszi az öngyilkossághoz segítséget nyújtó személlyel szemben.⁵⁴

Az öngyilkosságban közreműködés általános büntetendősége mellett Ausztráliában régóta napirenden van az orvos által asszisztált szuicidium legalizálása. 1995-ben az Északi Terület parlamentje elfogadta a *Rights of the Terminally Ill Act*et, amely lokálisan lehetővé tette a gyakorlatot,⁵⁵ és természetesen büntetőjogi mentességet biztosított

⁵⁰ Colorado Revidés Statutes 25.48.103–104.; California End of Life Option Act 443.2–3.; Hawaii Our Care, Our Choice Act § 2; Vermont No. 39. An act relating to patient choice and control at end of life §5283; Washington Death with Dignity Act, RCW 70.245.020, 70.245.110; Washington, D.C. Act 21-577 Sec. 3.

⁵¹ *Compassion & Choices: Medical Aid In Dying is Not Assisted Suicide, Suicide or Euthanasia* <https://compassionandchoices.org/resource/assisted-suicide/> (letöltve: 2020.07.20.).

⁵² KÖMÜVES: Meghaláshoz nyújtott orvosi segítség... 395. o.

⁵³ Például TAS Criminal Code Act 1924 s163 vagy Victoria Crimes Act 1958 s6A.

⁵⁴ „Any person who – (a) procures another to kill himself or herself; or (b) counsels another to kill himself or herself and thereby induces the other person to do so; or (c) aids another in killing himself or herself; is guilty of a crime, and is liable to imprisonment for life.” [Aki (a) más öngyilkosság elkövetésére rávesz; vagy (b) másnak azt tanácsolja, hogy ölje meg magát és ezzel ráveszi, hogy így tegyen; vagy (c) másnak segítséget nyújt ahhoz, hogy megölje magát; büntetett követ el, és életfogytig tartó szabadságvesztéssel büntetendő.]

⁵⁵ RYAN, Christopher James: Euthanasia in Australia – The Northern Territory Rights of the Terminally Ill Act. *The New England Journal of Medicine*, 184. (1996) February 1. 326–328. o.

a közreműködő orvos számára.⁵⁶ A törvényt az ausztrál szövetségi parlament 1997-es *Euthanasia Laws Act*-je⁵⁷ helyezte hatályon kívül, mely megszüntette a szövetségi állami jogkörrel nem bíró területeknek az eutanázia legalizálására vonatkozó hatáskörét. A köztes időszakban négy ember élt az asszisztált szuicidium lehetőségével az Északi Területen. Mindegyikük orvosa Philip Nitschke volt, akit a tiszavirág-életű törvény hatályon kívül helyezése után további terminális állapotú betegek kerestek fel, hogy segítse halálba őket. Ekkor határozta el a fent már említett *EXIT* nevű egyesület alapítását, mely eredetileg *Voluntary Euthanasia Research Foundation*-ként működött.⁵⁸

A fenti előzmények után fogadta el Victoria állam parlamentje 2017 novemberében a *Voluntary Assisted Dying Act*-et, amely Victoria kormányfője, Daniel Andrews szerint „megadja a halálos betegségben szenvedő victoriaiaknak az életük végén megérdemelt együttérzést és méltóságot”.⁵⁹ A véleményt – természetesen – nem osztja a teljes ausztrál közvélemény. Paul Keating korábbi miniszterelnök szerint például a törvény elfogadása az egész ország számára szomorú pillanat.⁶⁰

A 2019 júniusában hatályba lépő törvény 9. cikkelye rögzíti azokat a kritériumokat, melyeknek meg kell felelnie annak, aki orvos által felírt szer segítségével kíván meghalni. A törvényhely kiemeli, hogy a mentális betegség vagy testi fogyatékoság önmagában nem elegendő indok az öngyilkossághoz nyújtott orvosi segítség igénybeviteléhez. A feltételek nagyjából megegyeznek a fent bemutatott amerikai törvények feltételeivel, eltérésként kiemelendő, hogy az ausztrál törvény olyan betegek esetében teszi lehetővé ezt az utat, akiknek a gyógyíthatatlan betegség várhatóan kevesebb mint 12 hónapon belül a halálukat okozná, és akiknek olyan szenvedést kell megtapasztalniuk, amely az általuk tolerálható módon nem enyhíthető.

Az öngyilkosság és az ahhoz nyújtott segítség elsősorban morális jellegű kategóriák, s mint ilyenek, nehezen illeszthetők a jog, s különösen a büntetőjog merev rendszerébe. Mint láttuk, az egyes országokban a büntetőjog különböző megközelítéssel próbál reflektálni a jelenségre, eltérő megoldásokat alkalmaz az öngyilkossághoz nyújtott orvosi segítség szabályozása tekintetében. A kérdés azonban folyamatos társadalmi viták keresztüzében áll.

⁵⁶ NT Rights of the Terminally Ill Act 1995 s16, s20.

⁵⁷ Federal Register of Legislation: Euthanasia Laws Act 1997 (No. 17, 1997).

⁵⁸ Philip Nitschke életrajza az *EXIT International* honlapján: <https://Exitinternational.net/about-Exit/dr-philip-nitschke/> (letöltve: 2020.07.20.).

⁵⁹ JOHNSTON, Carolyn – TAYLOR-SANDS, Michelle et al.: Navigating assisted dying in Victoria. *Pursuit, The University of Melbourne*, 2018.11.13., <https://pursuit.unimelb.edu.au/articles/navigating-assisted-dying-in-victoria> (letöltve: 2020.07.20.).

⁶⁰ KENNY, Mark: Victoria has just voted to remove its most basic human right: Paul Keating. *Sydney Morning Herald Online*, 2017.10.20., <https://www.smh.com.au/politics/federal/victoria-has-just-voted-to-remove-its-most-basic-human-right-paul-keating-20171020-gz4y1h.html> (letöltve: 2020.07.20.).

NEGYEDIK RÉSZ
PSZICHIÁTRIA, MEDICINA,
BIOETIKA

VARGA Réka*

A pszichogén halál

Ha lemondunk az életről – az élet is lemond rólunk.
„[...] tudták az öngyilkos legyek és szúnyogok, hogy itt száz
pókháló van kifeszítve, de azért úgy jajgattak, ha megjelent
a szőrös hóhér, mintha nem tudták volna...”¹

Mire elég az életünkben huszonegy nap? Egy hónap huszonegy napja alatt egy termékeny nő képes magába fogadni egy új életet. Huszonegy nap szükséges hozzá, hogy bármilyen új tevékenység az életünkben szokássá váljék. Valamint huszonegy nap elegendő ahhoz, hogy egy embertársunk eltávozzék közülünk a *pszichogén halál* útján.

Pszichogén halál esetén nem identifikálható az elmúláshoz vezető szervi ok, nem detektálható halált okozó testi trauma, nem hagyományos értelemben vett öngyilkosság (nincs jele önkezűségnek), nem állapítható meg idegenkezűség: mindig valamiféle intenzív *pszichés traumához (stresszorhoz)* kötődik, mely rövid időn belül olyan erős ingertöbbletet hoz a lelki életbe, hogy azt lehetetlen a megszokott módon feldolgozni – így zavarok keletkeznek lelki energiaüzemünkben.² A pszichogén halál felfogható úgy, mint a poszttraumás stressz-zavar (PTSD) hiperakut változata. A pszichogén halálhoz vezető út során a normál motiváció s a célorientált viselkedés fokozatos, progresszív hanyatlása zajlik le, és megfelelő intervenció nélkül az első tünetek megjelenésétől számítva huszonegy napon belül bekövetkezik a halál (extrém esetekben az érintett három nap leforgása alatt eltávozhat közülünk).³ Tehát meghalhat egy embertársunk azért, mert azt gondolja, hogy visszavonhatatlan vereséget szenvedett, nem tudja elképzelni, hogy egyszer elmúlik fájdalma, nem lát célt, amiért érdemes lenne tovább élnie, és ami a leglényegesebb: úgy érzi, *elvesztette a kontrollt saját életének alakítása felett* – így feladja a küzdelmet az élet megpróbáltatásával szemben és beletörődik a halálba, mely az egyetlen megküzdési lehetőségnek tűnik számára.

Már a történelmi időkben leírták a lélek halálából fakadó elmúlásnak a jelenségét. Az amerikai *Jamestown-kolónia* telepesei körében 1607 és 1625 között születtek

* VARGA Réka pszichiáter szakorvos, Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Rendelőintézet Kútvölgyi Telephely Felnőtt Neurózis Szakrendelő

¹ FEKETE István: *21 nap – Csend*. Szeged, 2011. 6. o.

² FREUD, Sigmund: *Bevezetés a pszichoanalízisbe*. Budapest, 1986. 226. o.

³ LEACH, John: 'Give-up-itis' revisited: Neuropathology of extremis. *Medical Hypotheses*, 120. (2018) 14–21., 15. o.

ezirányú feljegyzések, és „melankóliából eredő halál”-ként aposztrofálták a fenomént.⁴ Az 1700-as évek *rabszolgakereskedői* „halálba duzzogók”-nak nevezték az ezen módon elhunyo szerencsétlen emberi „arucikkeiket”.⁵ A második világháború *náci koncentrációs táboraiban* több helyütt is dokumentáltak pszichogén halált, például a Ravensbrückben fellelt iratok szerint ezek az emberek „feladták és meghaltak, bár testi betegségük nem volt”.⁶ *Japán fogolytáborok* lakói megfogalmazása szerint társaik „csak feladták és meghaltak”.⁷ A *koreai háború* 1950 és 1953 közötti esztendeiben „fatális visszahúzóds”-nak nevezték el a pszichogén halál jelenségét,⁸ míg a *vietnámi táborok* 1964 és 1973 közötti éveiben „a halálba csoszogók” kifejezéssel illették az ezúton elmúlás felé tartó foglyokat.⁹ Egy *szovjet fogságba* került férfi, „miután 3650 napig raboskodott, szabadulásának napján kimutatható ok nélkül elhunyt”.¹⁰

Távoli, természeti kultúrákban is megfigyelték a pszichogén halál megjelenését: a *mágikus halál* okának a varázsló rontását tartották. Ehhez a fogalomkörhöz sorolható a tengerentúlon a Karib-szigetek *woodoo mágiája*, Hawaii a *kahuna varázslás*, Latin-Amerikában pedig a *susto*. Polinéziában és Afrikában is leírtak hasonló jelenségeket. Kínában a *hsieh ping* identifikálható ekvivalens fenoménként. Összefoglalóan: ezekben az esetekben az embernek a társadalomba vagy a természeti rendbe történő beágyazottsága szenved csorbát – és ennek következménye a láthatólag érthetetlen halál.¹¹

Itt hadd ejtsek egy pár szót egy jelen esetben differenciált diagnosztikailag fontos kórképről, a *Cotard-szindrómáról* vagy másnéven „élőhalott szindróma”-ról, mely egyike a legritkább mentális betegségeknek a világon: lényege, hogy a beteg azt hiszi magáról, hogy valójában halott, vagy a lelkét, netán egy életfontosságú szervét elvesztette. A betegség paradoxona, hogy bár a páciensek azt gondolják, hogy holtak – vagy éppen ellenkezőleg, hogy soha nem hálnak majd meg –, mégis előfordulhatnak öngyilkossági kísérletek is ezen kórképben, ugyanis a magukat elítéltnek megélt, elkeseredett emberek számára az általuk megélt pokolból egyetlen kiútnak az életük eldobása tűnhet. A Cotard-szindróma gyakran más pszichotikus állapotokkal együtt fordul elő, ezért azok tünetei is sokszor megfigyelhetők eme megbetegedésben szenvedőknél: gyakoriak a depressziós panaszok – több vélemény is a depresszió egyik legsúlyosabb formájának tartja ezt az állapotot; pszichoorganikus szindrómákban pedig a tudat, az orientáció és az emlékezet eltérései adódnak

⁴ KUPPERMAN, Karen Ordahl: Apathy and death in early Jamestown. *J Am Hist*, 66. (1979) 24–40. o.

⁵ WALVIN, James: *Black Ivory: A History of British Slavery*. New York, 1992.

⁶ WYNNE, Barry: *No drums... no trumpets: she story of Mary Lindell*. London, 1971.

⁷ WARNER, Lavinia – SANDILANDS, John: *Women beyond the wire*. London, 1997.

⁸ SCHEIN, Edgar H.: Reaction patterns to severe, chronic stress in American army prisoners of war of the Chinese. *J Soc Issues*, 13. (1957) 3., 21–30. o.

⁹ ANTON, Frank: *Why didn't get me out?: betrayal in the Viet Cong death camps*. Arlington, TX, 1997.

¹⁰ DES PRES, Terrence: *The survivor: an anatomy of life in the death camps*. Oxford, 1976.

¹¹ SÁRAI Gábor: Kultúrához kötött betegségek. *TermészetGyógyász Magazin*, 9. (2003) 4. o.

a klinikai képhez, úgymint zavartság, tájékozatlanság, a felfogás zavara, figyelmi, valamint koncentrációs problémák és memóriahiány; egyes betegeknél íz- és szaghallucinációk jelentkeznek, s ezek hatására úgy gondolják, hogy testük bomlásnak indult, vagy a számukra elkészített étel valójában ürülék, szenny, netán emberi hús. A szindróma előzmény nélkül, hirtelen is megjelenhet, de azt is leírták, hogy gyakran bevezető szorongás vagy a fent említett depressziós állapot jelezheti előre a tünettant – mely hetekig, olykor akár évekig is eltarthat. A beteg eleinte rossz hangulatról, illetve arról panaszkodhat, hogy elvesztette az önkifejezés képességét, és az idő előrehaladtával azzal szembesül, hogy a belül, illetve a rajta kívül eső tapasztalások egyre inkább különböznek, s ez még inkább szorongással tölti el – ezzel párhuzamosan pedig nihilisztikus színezetű kétségbeesés jelenik meg: ilyenkor már azt állíthatja, hogy összeomlott, elvesztette fizikális jóllétét, valamint intellektuális képességeit is.

A teljesen kibontakozott téveszmés állapotban végül megjelenik a tagadás, melyben saját létének a valósággal, illetve a külvilággal való kapcsolata kétségessé válik számára – különböző testrészek negálása is jellemző lehet, mely gyakran jelentkezik egy meghatározott szervvel kapcsolatosan, majd ezt jellemző módon több szervre is kiterjeszti – a teljes elkeseredésnek ezen a pontján robban be az elsöprő halálvágy. A halál lehetőségével a legtöbb páciens azonban kevésbé számol, sok esetben bizarr módon inkább a halhatatlanság téveszméje bontakozik ki, és ezen módon alakul ki a talán leggyötrőbb helyzet: a páciens legszívesebben meghalna, de meggyőződése szerint öröklétre van ítélve a nihilizmus állapotában – megélve így az „élő poklot”. Több szakember is feltételez öröklődő elemet a Cotard-szindróma kialakulása mögött, a klinikai és az anekdotikus „megérzéseken” túl, a felhalmozott tapasztalatok alapján azonban nincs bizonyíték arra, hogy a betegségnek specifikus genetikai háttere lenne. A Cotard-szindróma gyógyítása megegyezik annak az állapotnak a kezelésével, amelybe ágyazva az megjelenik – így a megfelelő pszichiátriai gyógyszerek alkalmazása mellett pszichoterápiás intervencióra van szükség. A teljes gyógyulás esetenként ugyanolyan spontán és hirtelen bekövetkezhet – még a súlyosabb esetekben is –, amilyen gyorsan a kórkép kialakul. Sok betegnél megfigyelték, hogy tüneti redukció nélkül is tolerálhatóvá válik az élet – ilyenkor egyfajta „álvalóságba” merül a páciens, amelyből kiszakadni nem képes, de önmagát ellátja, kapcsolatait a valós külvilággal tovább tartja. Két külföldi esettanulmányt idézve, mindkét páciens idősebb, depresszióval küzdő nőbeteg volt, s szembetűnő hasonlóság zajlott kórképük dinamikájában: „betegségük kezdetén úgy vélték, hogy a testrészeik nem léteznek, így csökkentették a táplálékfelvételt, majd bekövetkezett létezésük megtagadása”.¹²

¹² GROVER, Sandeep – ANEJA, Jitender – MAHAJAN, Sonali – VARMA, Sannidhia: Cotard's syndrome: Two casereports and a brief review of literature. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, (2014) 5., 59-62. o.

E rövid kitérő után térjünk vissza alapkérdésünkhöz, a pszichogén halál elemzéséhez, mely napjainkban katasztrófák túlélőinél figyelhető meg leginkább: így *hajótörések, repülőgép-szerencsétlenségek, nagy tüzesetek* után, *tűszdrámák* életben maradt áldozatainál; de a mindennapok során is szembesülhetünk a pszichogén halál tényével *kórházba bekerülő idős betegek, súlyos testi kórkép diagnózisával szembesülő páciensek* esetén. A lényegi motívum, hogy embertársunk a fenyegető eseménnyel szembesülve, arra *tehetetlenséggel reagál*.

A pszichogén halál csak ritkán következik be hirtelen, általában az ahhoz vezető úton az alábbi *stációk* követik egymást: először a szociális visszahúzódás, majd az apátia, utána az abulia, később a pszichés akinézia stádiuma jelentkezik, s végül – ha kellő intervenció nem történik – visszavonhatatlanul bekövetkezik a pszichogén halál.¹³

Hogy megértsük a folyamat lényegét, először tekintsük meg a normál viselkedés tulajdonságait: rutinszerű, adaptív, motivált, célirányos, jellemzi az előre gondolkodás készsége, a tervezőképeség. Ennek *a normál viselkedésnek és a motivációnak a progresszív hanyatlása* detektálható a pszichogén halál egymásra következő stádiumai során. Lássuk ezen stációkat!

Az elsőként megjelenő *szociális visszahúzódás* fázisa során az érintettek eltávolodnak a közösségtől, kerülnek más emberekkel a kontaktust, közömbösnek tűnnek, csökkent aktivitást mutatnak, kevesebbet beszélnek (de azt összefüggően), belső motivációjuk gyengül (ám még létezik), a kognitív (megismerési és gondolkodási) funkcióik intaktak. Ezen embertársaink igyekeznek a saját érzelmeiktől távol tartani magukat – így próbálnak lelkileg stabilak maradni. Típusosan háborúból, hadifogságból hazatért katonák viselkedésénél figyelhető meg ez az állapot; a koreai fogolytáborokban pedig úgy fémjelzték, hogy egyfajta „szemlélődő és várakozó attitűd lépett a reménykedő és a tervező helyébe”.¹⁴

Kellő beavatkozás nélkül az érintett átcsúszik az *apátia* (fásultság, „érzelmi halál”) fázisába, ahol elveszik az érdeklődés a magáról való gondoskodás iránt, egyfajta demoralizáló melankólia, alapvető tehetetlenségérzés hatja át. Belső motiváció még lehetséges, de inkább már a külső motivátorok a fő vezérlők. A kognitív funkciók változatlanul intaktak. Hogy szemléletesessé tegyem e stádiumot, hadd idézzem eme időszak híres túlélőjét: *Primo Levi* holokauszt túlélő olasz kémikus szavaival élve, „mindössze egyetlen börtönben töltött hét után elveszett bennem a higiénia iránti igény”.¹⁵ Egy oroszországi börtönviselt brit férfi elmondása szerint „a legrutinszerűbb, legkisebb

¹³ LEACH: 'Give-up-itis' revisited. 15. o.

¹⁴ JONES, F. David: *Chronic post-traumatic stress disorder. War psychiatry: textbook of military medicine*. Office of the Surgeon General United States of America, 1995. 408–430. o.

¹⁵ LEVI, Primo: *If this a man*. New York, 1959.

feladat is hatalmas erőfeszítésnek tűnt” számára.¹⁶ A vietnámi hadifoglyok körében ezen stádiumban jellegzetes „csoszogó” járást írtak le.¹⁷

Ezek után bekövetkezik az *abulia* szakasza, mely már az akarat, a kezdeményező-képesség hiányát jelenti: az illető képtelen önállóan cselekedni, döntést hozni. Bár az öngondoskodásra való hajlam teljesen megszűnik – az ember csodálatos természetét mutatja, hogy még sokszor ebben az állapotukban is képesek embertársaikkal tovább törődni! Túlélők megfogalmazásai alapján a „gondolkodás teljes hiánya”, az „üres tudat” jellemezte ezen időszakot, semmilyen célirányos tevékenység nem jelent meg elméjükben, az agyuk csupán mintha egy „háttérben futó program” lett volna.¹⁸ A belső motiváció teljesen eltűnik, de külső motiválás még lehetséges. A kognitív funkciók ugyan csökkenten, de még működnek. Koncentrációs táborok lakóinak ezen fázisokban történt megfigyelései szerint „egy bentlakó akkor tette meg az első lépést a halál felé vezető úton, mikor abbahagyta a tisztálkodást”.¹⁹

Kellő intervenció hiányában az érintett átkerül a *pszichés akinézia* fázisába, mikor már megmozdulni sem akar, inkontinenssé válva ürülékében fekszik, nem válaszol semmilyen fizikai stimulusra, a táplálkozást teljesen abbahagyja. A rohamos regresszió, az infantilizálódás időszaka ez. A belső motiváció teljesen hiányzik, és külső motivátorokra sincs már válasz. Az általános kogníció – csökkent formában ugyan – de még működik, ám az exekutív funkciók jelentősen károsodottak. Hadviseltek leírása szerint ebben a stádiumban társaik „már az ütlegelésekre sem reagáltak”.²⁰ Szomorú, de szemléletes egy ezen stációt elérő fiatal nő esete, akinek bár „másodfokú égései alakultak ki, s így elviselhetetlen fájdalmakkal küzdhetett, de tovább feküdt a tűző napon mozdulatlanul”.²¹

A Jamestown-kolónia telepeseinek megfigyelése szerint „egy ember három-négy napon belül elhunyt, ha lefeküdt, és törölközővel fedte le a fejét”²² – a pszichogén akinéziától már csak ennyi ideig tart az út a *pszichogén halál*ig: itt már az élni akarás teljes hiánya, az „egyén széthullása” jelenik meg, teljes infantilis regresszióval. Bármiféle extrém külső motiváció – könyörgés, ütlegelés – is eredménytelen. Röviddel a halál előtt paradox jelenség figyelhető meg, a „hamis ébredésnek, az élet villanásának” jelensége. Ilyenkor rövidke időre visszatér az összefüggő beszéd, a célirányosnak tűnő tevékenység, valamiféle örömszerű állapot – ez azonban már csak a halál előszobája. Ahogy ezt *Viktor Frankl*, a holokauszt túlélő nagy osztrák pszichiáter leírta: „Az életről való

¹⁶ HAGUE, Tig: *The English prisoner*. Penguin, 2008.

¹⁷ SCHEIN: Reaction patterns to severe, chronic stress in American army prisoners of war of the Chinese. 21–30. o.

¹⁸ LAPLANE, D. – DUBOIS, D.: Auto-activation deficit: a basal ganglia related syndrome. *Mov disord*, 16. (2001) 810–814. o.

¹⁹ DONAT, Alexander: *The holocaust kingdom*. New York, 1993.

²⁰ HOWES, Craig: *The voices of the Vietnam PoWs*. Oxford, 1993.

²¹ HABIB, Michel: Athymhormia and disorders of motivation in basal ganglia disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 16. (2004) 509–524. o.

²² KUPPERMAN: Apathy and death in early Jamestown. 24–40. o.

végleges lemondást jelentette, ha valaki cigarettára gyújtott”. A légerekben a cigaretta jelentette a legfőbb tárgyi értéket, mivel azt élelemre lehetett cserélni: így, ha valaki lemondott a cigarettáról – az lemondott az életről.²³

De mi játszódik le mindezen fázisok alatt szervezetünkben? Milyen lelki-testi folyamatok vezetnek el a pszichogén halál bekövetkeztéhez?

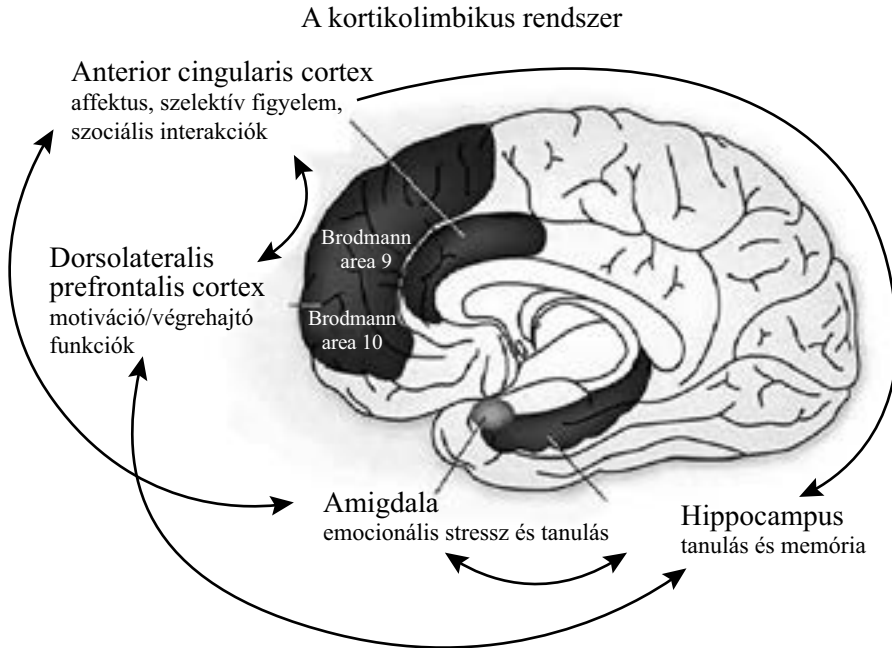
A közvetlen biológiai halálokat elemezve a következő megállapítás fogalmazható meg: *rémület*, mely a szervezet fizikai pusztulásához vezet. Ezt *Cannon modelljével* írhatjuk le: a vegetatív idegrendszerben a szimpatikus (serkentő, aktivizáló) tónus extrém módon felfokozódik, a véredények összeszűkülnek, a keringés az életfontosságú szervekre (agy, szív) centralizálódik, míg a többi szerv vérellátása deficitessé válik. *Élő Gábor* aneszteziológus és intenzív terápiás szakorvos szavaival élve azonban „hiába menekülünk és zárkózunk be a pánikszobába tűz esetén, ha az éléskamra megközelíthetetlené válik” – tehát, ha a többi fontos szerv oxigén- és tápanyagellátása súlyos zavart szenved, s így azok működése elégtelenné válik, akkor végül a létfontosságú szervek is feladják a szolgálatot.

Mi történik a pszichogén halál stádiumai során az *emberi agyban*? Egy kiemelkedően fontos hormon, a *dopamin* egyensúlyának a zavara következik be: ezen agyi hormon kulcsfontosságú szerepet játszik a motivációban, az aktivitásban, determinálja a várt és váratlan környezeti változásokra adott reakciót, segít a külvilágból jövő stresszorokkal történő megküzdésben, alapvető a rutincselekvésekben, a célorientált viselkedésben, az életkedv kialakulásában, az örömmézésben, a normális járásban – tehát mindazon funkciókban, melyeknek progresszív hanyatlását figyelhetjük meg a pszichogén halál stádiumai során. Az alábbi ábrán látható, hogy az agyban az úgynevezett *kortikolimbikus rendszer* tagjai vesznek részt az emóciók, az affektusok, a tanulási folyamat, a szelektív figyelem, a szociális interakciók, a motiváció és a végrehajtás mediálásában – ezen tényezők pedig mind érintettek a pszichogén halálhoz vezető út folyamatában. Az agy *anterior cingularis cortex* és *dorsolateralis prefrontalis cortex* részei közötti dopaminerg agyi pályák funkciója szenved súlyos károsodást a pszichogén halál fázisai során.^{24,25}

²³ FRANKL, Viktor Emil: *Man's search for meaning*. London, 2004.

²⁴ MEGA, M. S. – CUMMINGS, J. L.: Frontal-subcortical circuits and neuropsychiatric disorders. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 6. (1994) 358–370. o.

²⁵ JAHANSHAH, M. – FRITH, C. D.: Willed action and its impairments. *Cogn Neuropsychol*, 15. (1998) 483–533. o.



1. ábra. A kortikolimbikus rendszer

Forrás: LEISMAN, G. – MELILLO, R.: *The development of frontal lobes in infancy and childhood: asymmetry and the nature of temperament and affect*. Hauppauge, NY, 2011. Figure 8.

Közelítsük meg a pszichogén halál jelenségét a mélylélektan oldaláról! Mindenekelőtt hadd tisztázzak az alábbi elemzés során felbukkanó, három kulcsfontosságú kifejezést. A *szelf* a személyiség fontos aspektusa, annak kifejeződése, ahogyan megragadjuk saját személyiségünket, dinamikusan szerveződő, az önazonosságunkat, a folytonosságunkat adja meg: „ami én vagyok, teljes mivoltomban”.²⁶ Az *internalizált gondozó tárgyak* azon minket körülvevő dolgok, amelyekbe a születés utáni korai időszakunkban az ősbizalmunkat vetettük – így megnyugtatásunkat, biztonságérzetünket szolgálják, s később ezekre építettük fel a kiszámítható, segítő, jó szándékú világ illúzióját: idetartoznak saját testi szerveink is.²⁷ Az *érvédő mechanizmusok* tudattalan lelki működések, melyek funkciója megakadályozni az „én”-t személyesen negatívan érintő, az önértékelést fenyegető – így szorongáshoz, stresszhez vezető felismeréseket: alapvetően megkülönböztetjük éretlen (gyermeki) és érett (adaptív) formáit. *Csak az ember képes önmagát és élményeit az idő tengelyére felfűzni* – a jövő tudása azonban egyenlő az elkerülhetetlen halál tudásával. A halálról nincs igazi reprezentációnk, csak misztikus,

²⁶ KOHUT, Heinz: *The restoration of the self*. Chicago, 1977.

²⁷ KRYSZTAL, Henry: An information processing view of object-relations. *Psychoanalytic Inquiry*, 10. (1990) 2., 221–251. o.

szorongató sejtéseink vannak, melyek a kasztrációhoz, a szeparációhoz kapcsolódnak – így mindenáron el kell fojtanunk, mert permanens tudásával az élet nem élhető! Az elfojtás útján azonban csak egy neurotikus énvédő mechanizmussal tudunk küzdeni a halál fenyegetése ellen, s illúziókat gyártunk saját hatékonyságunkról, sebezhetetlenségünkéről. Egy *traumatikus esemény azonban szembesít minket a halál tényével*, végső tehetetlenségünk élményével és sebezhetetlenségünk, szelfünk illúzió voltával. Elvész a biztonság-, a kontrollérzet az életünk, a sorsunk, a jövőnk felett.^{28,29} Ez az *elemi fenyegetésérzés* az, ami azután elindítja a fentebb részletezett biológiai stresszválaszokat. A pszichogén halál során a régi szelf meghal, mert elégtelennek bizonyul,³⁰ tehát megadja magát³¹ – és itt az alapvető különbség az öngyilkosság lélektani hátterével: ott a szelf fellázad maga ellen. A trauma során úgy érezzük, hogy az internalizált gondozó tárgyaink (így saját szerveink!) is elhagynak, nem védenek meg minket, s ezáltal gyűlöletessé válnak, melyeket el kell pusztítani – így beindul az öndestruktív folyamat, a túlméretezett stresszválasz, melynek során a biológiai szabályzás túlterhelődik, s mindennek eredményeként szervezetünk egyensúlya felborul.

A pszichogén halál, egészen az exitus bekövetkeztéig, *nem gyógyíthatatlan* jelenség! Az első négy fázisból lehetséges visszafordítani az állapotot. Az agyi hormon eltéréseket ma már effektív, a *dopaminrendszereken ható gyógyszerek* segítségével tudjuk pszichiátriai intézetekben orvosolni. Intenzív terápiás szakorvos kollégáink kórházi/klinikai osztályaikon magas szinten végzik a *sokktalanítás* folyamatát, amennyiben az szükségessé válik. Milyen *pszichoterápiás metódusokkal* avatkozhatunk be? A kognitív-viselkedésterápiás felfogás szerint a hangsúly azon fekszik, hogy az érintett hogyan érzékeli a történést, annak körülményeit, az erre adott saját reakcióját – s ezen a téren igyekszik pozitív változások elérésére. A különböző stádiumok eltérő terápiás eszközöket igényelnek. A szociális visszahúzó fázisában a legfőbb cél a belső motiváció erősítése (korábbi élmények segítségül hívása). Az apátia időszakában már erőteljesebb sajátmotiváció-fokozás és külső motivátorok (család, barátok, kötelesség, felelősség) bevonása szükséges. Az *abulia* stádiumában már erős külső motivátorok használata válik elengedhetlenné, a pszichés *akinézia* stációjában pedig ezeknek már csak nagyon hathatós formái hozhatnak eredményt.

Ám hogyan történt a gyógyítás a történelemben: a lágerekben, a hadifogolytáborokban, amikor és ahol sem fejlett biológiai orvoslás, sem professzionális pszichoterápiás eljárások nem álltak rendelkezésre? Bizony, akkor is – ha nem is tudatosan – a modern pszichoterápia elveit, elemeit használták. Már a Jamestown-kolónia

²⁸ FREUD, Sigmund: *Inhibitions, symptoms and anxiety. The standard editions of the complete psychological works of Sigmund Freud*. New York – London, 1926.

²⁹ CSUHAI Cs. Klára: Trauma és ismétlés. A poszttraumás stresszbetegség pszichoanalitikus szemmel. *Pszichoterápia*, 12. (2003) 1., 17–28. o.

³⁰ HARASZTI, László: *Time sickness*. Kézirat. 1993.

³¹ KRYSZTAL, Henry: Trauma and affects. *Psychoanalytic Study Children*, 23. (1978) 81–116. o.

telepesei felismerték „a társak, s közülük is egy vezető fontos szerepét” a pszichogén halál folyamatának megállításában.³² A lágerekben megfigyelték a fizikai aktivitás erőltetésének hatékonyságát – „minden nap kényszerítették társukat, hogy járjon körbe a táborban, és tíz nap alatt meggyógyult”.³³ A belső motiváció erősítésének kulcsfontosságára volt példa, hogy „Auschwitzban kisebb eséllyel hurcolták gázkamrába a foglyokat, ha megborotválokztak, álltak, és járásuk nem mutatott romlást”.³⁴ Az érdeklődés felébresztése egy aktuális vagy jövőbeli probléma iránt segítette a tervezés, a célirányos gondolkodás visszaállítását. Súlyosabb esetben erős külső motivátorokat alkalmaztak, úgymint keményebb étkezés, táplálás, de akár a mindennapi életben negatívnak számító cselekedetekkel is célt értek: így hízéssel, kigúnyolással, sőt, fizikális bántalmazással – „lábra kellett állítani őket bármi áron is!”³⁵ A gyógyulás csalhatatlan szignálja volt a belső motiváció újraéledése, melynek jeleként „a túlélők felkeltek, megmosakodtak, megborotválokztak, felöltöztek, és érdeklődést kezdtek mutatni környezetük történései iránt”.³⁶ Ezekből a történelmi példákból is levezethető, hogy a gyógyulás kezdetekor egy új világra eszmélés történik, ahol a régi szabályok már nem érvényesek. Kulcsfaktorként szerepel, hogy *az érintettnek vissza kell nyernie a kontroll érzését*, hogy az őt érintő helyzet legalább részben a saját irányítása alatt áll – ahogyan egy koncentrációs tábor túlélője fogalmazott gyógyulását követően: „erős érzés járt át, hogy van választásom!”³⁷

Hogyan zajlik ma a gyógyítás mélylélektani megközelítésben? Az előbbi gondolatokból következően, muszáj elkezdni küzdeni az *új szelf kialakításáért*, mely gyakorlatilag a régi szelf visszaállítása érettebb változatban. Újra kell írni az élettörténetet úgy, hogy az magába foglalja a traumát annak minden vonatkozásával, következményével együtt – hisz „saját életem csak egész történetem fényében ragadható meg”.³⁸ Alapvető az elveszett időtengely visszaszerzése, hogy az észlelésbe beépíthetővé válhasson a múlt és jövő jegyében kialakított jelentés. A gyógyulás jelenként beindulnak az énvédő mechanizmusok – eleinte a primitívebbek (tagadás, fóbiás elkerülések, elfojtás), majd az érettek (szublimáció).³⁹

Zárógondolatul pedig hadd szóljak a *kreativitás* erősítésének szerepéről, mely elengedhetetlen a szelf újraépítésében és a tárgy kárpótlásában. Az ember a kreativitás segítségével tudja önmagának és a világnak bizonyítani, hogy el tudja látni magát azokkal a dolgokkal is, amelyeket az elveszett tárgynak kellene nyújtania, megadja

³² SMITH, John: *The general history of Virginia, New England & the Summer Isles: together with the true travelers, adventures and observations, and a sea grammar.* Glasgow, 1907.

³³ NARDINI, J. E.: Survival factors in American Prisoners of War of the Japanese. *Am J Psychiatry*, 109. (1952) 241–248. o.

³⁴ FRANKL: *Man's search for meaning.*

³⁵ STRASSMAN, A. D. – THALER, M. B. – SHEIN, E. H.: A prisoner of war syndrome: apathy as a reaction to severe stress. *Am J Psychiatry*, 112. (1956) 998–1003. o.

³⁶ NEWMAN, P. H.: The Prisoner-of-War mentality: its effect after repatriation. *BMJ*, 1. (1944) 8–10. o.

³⁷ DES PRES: *The survivor: an anatomy of life in the death camps.*

³⁸ CSUHAJ: Trauma és ismétlés. 15. o.

³⁹ HERMAN, J.: *Trauma and recovery.* New York, 1992.

a belső szabadságérzést, és képessé válik az érettség, az önvizsgálat ideális céljának megvalósítására: saját szelfjének tulajdonítja öngondozó képességét, érzelmeit, és tudatára ébred, hogy ő saját reprezentációs világának a szerzője.⁴⁰ Mindez rávilágít az emberi kultúra egyik legmagasabb fokához, a kreativitással szervesen összefüggő művészetekhez való odafordulás gyógyító erejére.



1. kép. DELVAUX, Paul: *Táj lámpásokkal*. 1958.

„A festményen egy nőalakot láthatunk, ki itt az élő ember szimbóluma, de azon a hídon áll már, mely a halála birodalmába vezet...”⁴¹

⁴⁰ CHASSEGUT-SMIRGEL, Janine: Thoughts on the concept of reparation and the hierarchy of creative acts. *International Review of Psychoanalysis*, 11. (1984) 399–406. o.

⁴¹ SCHRÖDER, Klaus Albrecht: *Paul Delvaux: Landscape with Lanterns*. Albertina Museum, 2016.

ÉLŐ Gábor*

Hasznosság és autonómia – az újraélesztés elmúlt tíz éve

Európában több mint félmillió, hazánkban pedig több mint ötezer ember kerül évente a klinikai halál állapotába kórházon kívül, leggyakrabban szívinfarktus miatt. Az újraélesztés a klinikai halál kezelésének egyetlen eredményes eljárása; gyors és megfelelő alkalmazásával több ezer megfelelő minőségben élhető emberélet menthető meg évente (másodlagos sikeresség).¹ Megkésített vagy rossz minőségű kivitelezés esetén azonban gyakran előfordul, hogy bár a spontán keringés visszatér (elsődleges sikeresség), de súlyos ideggyógyászati károsodás alakul ki. Az újraélesztés másodlagos, neurológiai károsodások nélküli sikeressége mindössze 7,6%, mely miatt évente emberek tízezrei kerülnek kómába, vagy szenvednek tartós ideggyógyászati károsodást; derékba törve aktív emberéleteket Európában és így hazánkban is. Fentiekén túl a kómás páciensek kezelése hatalmas egészségügyi erőforrást foglal le, a nem megfelelően sikeres újraélesztés pedig rontja az egészségügyi személyzet motivációját is. Az újraélesztők motíváltága, valamint a rendszeres és bioetikai elemeket is tartalmazó képzés és gyakorlat bizonyítottan jelentősen, akár négyszeresére is javíthatják az újraélesztés másodlagos sikerességét. Az újraélesztés kimenetele gyakran már előre sejthető, ilyenkor a páciens előzetes tájékoztatáson alapuló döntése az újraélesztés visszautasításáról megelőzheti a másodlagosan sikertelen újraélesztés messzire ható kedvezőtlen következményeit. Az újraélesztés visszautasítása a beteg autonóm döntésén nyugszik, melyet szekularizált államok, így hazánk jogrendszerei és a vonatkozó szakmai ajánlások egyaránt elismernek és támogatnak. A magas időfaktor, a beavatkozás elmaradása esetén bizonyosan bekövetkező halál és a klinikai halál állapotában lévő személy cselekvőképtelensége okán azonban a gyakorlatban vélelmezni kell a beleegyezést, ezért elsősorban nem az újraélesztés alkalmazásához, hanem annak visszautasításához szükséges a beteg rendelkezése. A beteg informáltsága, megfelelő fizikális és mentális állapota, valamint az orvosi értékítéletek befolyásától mentes döntési helyzet az autonóm döntés konjunktív feltételei. A DNAR-rendelet (Do Not Attempt Resuscitation – Ne élessz újra!) konkrét alkalmazhatóságához további feltétel, hogy az a konkrét esetben azonnal rendelkezésre álljon, és alkalmazható is legyen. A betegek önrendelkezésének

* ÉLŐ Gábor egyetemi docens, klinikaigazgató-helyettes, Semmelweis Egyetem

¹ Elsődleges sikerességről beszélhetünk, ha a keringés visszatér, másodlagos sikerességről akkor van szó, ha az újraélesztett ember élete megfelelő minőségű marad.

figyelembevétele még mindig elenyésző a hazai gyakorlatban. Ennek oka egyrészt a lassan változó, meghatározóan paternalista orvosi attitűd, de nem segíti a betegek önrendelkezését a jobbizonytalanságot eredményező jogi szabályozás sem (az életmentő kezelés visszautasításának szabályai, a speciális DNAR-rendelkezés lehetőségének hiánya, az előzetes rendelkezés szabályainak és az alkalmazható nyilvántartási szabályoknak a hiánya). A vonatkozó szakmai és jogszabályok ugyanakkor rendre helyet biztosítanak az orvosi mérlegelésen alapuló egyoldalú hasztalansági döntésnek. Míg tehát hazánkban az újraélesztési tevékenység szakmai minősége elsősorban a képzési feltételek okán megfelelő, sőt a pregraduális, középiskolai oktatás iskolarendszerű bevezetésével egyre több fiatal sajátítja el a megfelelő alapszintű újraélesztés kulcsfontosságú lépéseit, annak jogszerű visszautasítása elenyésző. Így mind a mai napig érvényesül a korlátozás meghatározóan hasztalanságon alapuló, a beteg önrendelkezését figyelmen kívül hagyó paternalista gyakorlata, melyhez mulasztásos jogsértéssel a jogalkotó is tevékenyen hozzájárul. Az európai szakmai testület (European Resuscitation Council – ERC) tagállami jogharmonizáció, egységes nevezéktan és újraélesztési gyakorlat irányába kinyilvánított törekvései, hazánkban pedig az alapjogi biztos és munkacsoportjának életvégi döntésekkel kapcsolatos tevékenysége azonban a jövőben némi derűlátásra adhatnak okot.

Az újraélesztéssel kapcsolatos etikai megfontolásokat az emberi jogok és a bioetika alapelveinek figyelembevételével történeti kitekintésben tárgyaljuk. Az emberi jogok tiszteletben tartása az ENSZ alapokmányának (1945) és az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozatának (1948) elfogadásával a nemzetközi jog alapnormájává vált a második világháború után. Az emberi jogok egyetemes védelme megengedi azok regionális szabályozását, melynek hazánkat is érintő egyik legfontosabb dokumentuma az Emberi Jogok Európai Egyezménye. Az állam kötelezettsége ebben az esetben minden területén tartózkodó természetes személlyel szemben fennáll.² A betegjogok a fenti folyamatokkal párhuzamosan, részben azok hatására alakultak ki. A korábbi meghatározóan bizalmi jellegű, jellemzően alá-fölé rendelt beteg-orvos kapcsolat a kórházi struktúrák térhódításával személytelenebb jellegű, de egyenrangúbb viszonyná vált, ahol a páciens tájékoztatás alapján való megfontolt beleegyezésen alapuló szuverén döntése meghatározó szerephez jutott. Az élet kezdetével és végével kapcsolatos események korunkban már rendszerint az egészségügyi intézmények falai közt zajlanak. Az orvostudomány rohamos fejlődésével pedig egyre súlyosabb állapotú betegek kapnak esélyt az életben maradásra, de ez azzal jár, hogy a pusztán biológiai lét vagy a jelentősen csökkent életminőség nem ritkán sérti a beteg emberi méltóságát. Értékítéleteket rejtő, a döntéseket befolyásoló alapvető etikai kérdések továbbá nem ritkán szakmainak vélt vagy annak

² KARDOS G.: Az emberi jogok nemzetközivé válása. In HALMAI G. – TÓTH G. A.: *Emberi jogok*. Budapest, 2003. 66–80. o.

beállított jelmezben jelentkeznek. Bár a szakmai testületek állásfoglalásai és a jogszabályok iránymutatást adnak a súlyos döntések meghozatalakor, egyedi esetekben mégis kiemelkedő szerephez jut a személyes kommunikáció a beteg, illetve képviselője és a kezelőszemélyzet között. Bioetikai alapelv a páciens tájékozottságon alapuló önrendelkezése saját sorsát illetően, mely egyre elfogadottabban az életmentő kezelések visszautasítására is kiterjed. A gyógyító tevékenység minden esetben kockázatokat is rejt, melyek minimalizálása fontos szempont a betegellátás minden lépésénél a „nil nocere” elvénél következetes alkalmazásával. Nem elegendő azonban az ártalmak kiküszöbölése, a jótekonyság szabálya szerint az orvosi tevékenység hasznos is kell hogy legyen, melyhez a bizonyítékokon alapuló gyógyítás (*evidence based medicine*, EBM) nyújthat segítséget. Az egészségügyi ellátás fenntartása társadalmi szinten továbbá az erőforrások folyamatos biztosítását is igényli, melyek elosztását az igazságosság bioetikai szempontjait szem előtt tartva társadalmi és egyéni szinten egyaránt optimalizálni szükséges.

Az újraélesztés története bő fél évszázadra nyúlik vissza, Peter Safar és kollégái az 1950-es évek második felében dolgozták ki az eljárást a klinikai halál állapotában lévő személy keringésének visszaállítására.³ A mellkasi kompressziókat defibrillációval kiegészítve William Kouwenhoven ismertette a műtét közben beálló szívhalálból való sikeres újraélesztését azóta is nehezen megismételhető eredményességgel.⁴ Az újraélesztés a klinikai halál kezelésének általánosan elfogadott eljárásává vált, és mind a mai napig kötelező eleme az orvosi ellátásnak. A beteg előzetes autonóm döntésének hiányában és a hasztalanság eseteit kivéve azonnal végre kell hajtani a beavatkozást a klinikai halál beálltakor. A primeren sikeres (*Recovery of Spontaneous Circulation*, ROSC), de rövid időn belül elhunyt, illetve maradandó neurológiai károsodásokkal gyógyult betegek azonban a további újraélesztések korlátozására is sarkallták az orvosokat. A lázlapokat különféle kódokkal látták el, vagy szóban adták át egymásnak az információt. A nyilvánosságot kizáró döntés mellőzte a beteg tájékoztatáson alapuló megfontolt beleegyezését. Az újraélesztési dokumentáció fejlődésének hatására az *American Medical Association* 1974-ben elsőként javasolta az újraélesztést visszautasító rendelkezések (*Do Not Attempt Resuscitation*, DNAR) formális rögzítését, melyek így szélesebb nyilvánosságot kaptak, és megkezdődött a betegek, illetve családjuk bevonása a döntéshozatalba. 1978-ban a Massachusetts Felsőbb Bíróság megállapította, hogy az orvos hozhat konszenzusos DNAR-döntést, és ezt előzőleg a bíróságnak nem kell jóváhagynia. Tíz évvel később New York államban megszületett az első DNAR-rendeletet szabályozó törvény, mely előírta a kompetens beteg, illetve inkompetens beteg hozzátartozójának tájékoztatáson alapuló megfontolt beleegyezését.

³ SAFAR, P. – ESCARRAGA, L. – ELAM, J.: A comparison of the mouth to mouth and mouth to airway methods of artificial respiration with chest pressure arm lift methods. *New Eng J Med.*, (1958) 14., 671–677. o.

⁴ KOUWENHOVEN, W. B. – JUDE, J. R. – KNICKENBOCKER, G. G.: Closed-chest cardiac massage. *JAMA*, (1960) 10., 1064–1067. o.

A rendelkezést meghatározott alacsony hasznosságú klinikai esetekben engedte csak meghozni, és az orvosoknak büntetlenséget biztosított.⁵ Az újraélesztés visszautasításának lehetőségén túl etikai kérdés annak megfelelő alkalmazása is. Az újraélesztés minőségét és hasznosságát alapvetően bizonyítékokon alapuló szakmai szabályok határozzák meg. A magas időfaktor miatt kiemelkedően fontos a túlélési lánc korai bevezetése és konzekvens alkalmazása. Ez az egészségügyi intézményen belül minden dolgozó megfelelő szintű képzésével, készségeik szinten tartásával, megfelelő sürgősségi ellátó csapat (*MET team*) megszervezésével, az újraélesztések pontos dokumentálásával (*Utstein*) és azok rendszeres értékelésével érhető el. Kórházon kívüli újraélesztések esetében a defibrillációval kiegészített alapszintű újraélesztés (BLS-AED) mind szélesebb körű rendszeres laikus oktatása, az AED-készülékek széles körű elérhetővé tétele és az emelt szintű újraélesztést (ALS) folyamatosan nyújtani képes szolgálat fenntartása biztosíthatja a beavatkozás megfelelőségét.⁶ Társadalmi szinten a hasztalan újraélesztés igazságossági kérdéseket is felvet, miután feleslegesen vonhat el erőforrásokat. Az újraélesztés visszautasítását tehát az autonómia, annak megfelelőségét és elérhetőségét pedig a hasznosság és az igazságosság bioetikai szempontjai határozzák meg.

I. A megfelelő újraélesztés

Az újraélesztési tevékenység a klinikai halál állapotában lévő egyén számára *de facto* nem ártalmas, hiszen azzal már nem lehet nagyobb kárt okozni, mint ami eleve is fennáll, így a „nil nocere” elv direkt alkalmazásának nincsen helye az újraélesztés megkezdésekor. A nem indokolt újraélesztés alkalmazásának veszélyei továbbá nem összemérhetők a helyénvaló újraélesztés halasztásának veszélyével, ezért annak bevezetését haladéktalanul el kell kezdeni a hasznosság bioetikai elvét figyelembe véve, az orvosi szakma szabályai szerint. Az idejében megkezdett megfelelő újraélesztés klinikai vizsgálatok megállapításai szerint jelentősen növelheti a jó minőségű túlélés esélyét. A kórházon kívüli hirtelen szívhalálok (OHCA) jelentős részének háttérében ritmuszavar (VF/VT) állhat, melyek kezelésénél a korai újraélesztés és defibrilláció (BLS-AED) különösen eredményes lehet. A korai (3-5 perc) defibrilláció akár 50-70 százalékra is emelheti a beavatkozás sikerességét.⁷ Tekintetbe véve, hogy az OHCA-esetek több mint fele tanú mellett zajlik, de csak mintegy harmaduknál kezdik meg az újraélesztést, a lehetséges észlelők mind szélesebb körű rábírása a korai újraélesztés

⁵ BURNS, J. P. – EDWARDS, J. – JOHNSON, J. et al.: Do-not-resuscitate order after 25 years. *Critical Care Medicine*, 31. (2003) 5., 1543–1550. o.

⁶ MONSIEURS, K. G. – NOLAN, J. P. – BOSSAERT, L. L. et al.: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 1. Executive summary. *Resuscitation*, 95. (2015) 1–80. o.

⁷ Uo.

megkezdésére elsődleges fontossággal bír, az újraélesztő személyek képzése pedig akár négyszeresére is emelheti a beavatkozás másodlagos hatékonyságát.⁸ Ezek miatt a laikus (nem egészségügyi) képzés mind szélesebb körű bevezetése, a képzetlen laikusok telefonos vezetése az újraélesztés során, az opcionálisan megengedett befúvás nélküli mellkasi kompressziók alkalmazásának lehetősége és az AED-készülékek széles körű elérhetővé tétele (PAD-program) mind az újraélesztés társadalmi hasznosságának növelése irányába tett lépések.⁹ A laikusképzés megfelelő helye a középiskolai iskolarendszerű oktatás. Klinikánk (Sемmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika) kezdeményezésére az Apáczai-projekt keretében 2016-ban elindult, és mind szélesebb körben terjed el az újraélesztés iskolarendszerben történő szimulációs oktatása, mely minden évben középiskolai diákok százai számára biztosít megfelelő és folyamatos alapszintű újraélesztési képzést.¹⁰ A halálhoz vezető kórállapotok korai felismerése, az egészségügyi dolgozók teljes körű, megfelelő szintű és rendszeres képzése, a sürgősségi-újraélesztő team (MET) és a posztreszuszcitációs ellátás [szükség esetén életmentő szívkatéteres beavatkozás (PCI) és posztreszuszcitációs intenzív kezelés] megszervezése és fenntartása, valamint a tevékenység Utstein-formula szerinti pontos dokumentálása és annak auditja pedig az ALS hasznosságának meghatározó elemei.¹¹ A képzett és gyakorlott újraélesztő személyek motivációja az újraélesztés hatékonysága szempontjából különös jelentőséggel bír. A bukásra ítélt újraélesztési erőfeszítések rendszeres tapasztalata frusztrációhoz, motivációhiányhoz, stresszhez és kiegészhez vezethet. A következmények pedig nemcsak az egészségügyi személyzetet magát, hanem az általuk nyújtott ellátás minőségét is negatívan befolyásolják. 2018 végén publikált, majdnem harminc országot átfogó nemzetközi kutatásunk (*REAppropriate*-tanulmány) megállapította, hogy a nem megfelelő újraélesztés elítélése nőtt, ha a rossz prognózis objektív mutatói voltak jelen, és ez alacsonyabb kórházi túléléshez is vezetett. Ilyenkor a megfelelő DNAR-döntés csökkentheti az inadekvát újraélesztési kísérletek által okozott kárt.¹² Az orvosi szakma integritását is rombolja, ha a *good clinical practice* hasztalan kezelést illető elvei háttérbe szorulnak. A *Wanglie*-ügy kapcsán a bíróság precedenst teremtett az Egyesült Államokban: míg a cselekvőképtelen beteg legjobb érdekét hozzátartozói jogosultak képviselni, az orvosok nem kötelezhetők a hasztalannak

⁸ SASSON, C. – ROGERS, M. A. et al.: Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 3. (2010) 1., 63–81. o.

⁹ PERKINS, G. D. – HANDLEY, A. J. et al.: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015, Section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation. *Resuscitation*, (2015) 95., 81–99. o.

¹⁰ ÉLŐ G. – ÁCS Z.: *Pregraduális oktatás: Az Apáczai projekt*. Budapest, 2017.

¹¹ SOAR, J. – NOLAN, J. P. – BÖTTIGER, B. W. et al.: European Resuscitation Council Guidelines For Resuscitation 2015 Section 3. Adult advanced life support. *Resuscitation*, (2015) 95., 100–147. o.

¹² DRUWÉ, P. – MONSIEURS, K. G. – PIERS, R. et al.: Perception of Inappropriate Cardiopulmonary Resuscitation by Clinicians Working in Emergency Departments and Ambulance Services: The Reappropriate International, Multi-Centre, Cross Sectional Survey. *Resuscitation*, (2018) 132., 112–119. o.

ítélt kezelés folytatására, hiszen ez az orvosi szakma morális megsértését jelentené. Kötelesek viszont a beteggel, illetve törvényes képviselőjével történő ismételt és teljes körű konzultációra. Lehetőséget kell továbbá biztosítaniuk arra, hogy a hozzátartozó olyan osztályra szállíttathassa a beteget, ahol kezelését még nem ítélik haszталannak. A precedenst az USA több tagállama törvénnyel is megerősítette.¹³

A haszталan kezelés alkalmazása sértheti az igazságosság társadalmi szempontjait is, mivel a javak eltékozlását jelenti. Az újraélesztés utáni állapot kezelése azonban intenzív osztályokon történik, melyek költségszerkezetét fix kiadások dominálják, így a megtakarított költségek csak kisebb részben jelentkeznek valódi megtakarításként. A megtakarított anyagi eszközök így nem növelik érdemben a betegellátás színvonalát, amennyiben pedig a haszталanság fenti definíciója szerint történik a DNAR-rendelkezés kiadása, az nagy valószínűséggel találkozik a beteg autonóm igényével is.¹⁴ Igazságossági kérdés továbbá a megkezdett újraélesztés szervtranszplantáció céljából történő folytatása az agyhalál beállta után. Klinikai vizsgálatok szerint ugyanis az így nyerhető szervek nem rosszabb minőségűek, mint a megtartott keringéssel rendelkező donorok szervei. Bár ezt még az ERC-ajánlás is csak megfontolandó szempontként említi valószínű, hogy ebben a speciális esetben az igazságosság szempontjai szerepet fognak kapni a későbbi ajánlások kidolgozásakor. Igazságossági kérdés végül a tömeges katasztrófák helyszínén fellépő klinikai halál, ahol a sorolás sürgősségi elvei (triázs) alapján kell a döntéseket meghozni, mely adott esetben az egyébként indokolt újraélesztés elmaradásához is vezethet. A szükséghelyzet civiljogi tényállása ilyenkor kizárja a jogellenességet, ennek megfelelően a vonatkozó ERC szakmai ajánlás és az Eütv. 131. § (1) bekezdés a) pontja is felmentést ad az orvos számára.¹⁵ Az Orvosok Világszövetsége (*World Medical Association – WMA*) meghatározásában az orvosi kezelés akkor haszталan, ha nincsen valós remény a gyógyulásra vagy a felépülésre (kvantitatív haszталanság), vagy a beteg folyamatosan képtelen bármiféle javulás megtapasztalására (kvalitatív haszталanság). Ennek megfelelően az újraélesztést akkor tekinthetjük haszталannak, ha a jó minőségű túlélés esélye minimális.¹⁶ A biológiai halál nyilvánvaló jelei (hullajelenségek) és az étellel összeegyeztethetetlen sérülések (masszív koponya- és agydestrukció, lefejezés) esetén az életre már nincsen esély, így az újraélesztés haszталan. A kérdéskör további tárgyalása során külön kell választani az egészségügyi intézményben, illetőleg azokon kívül végzett újraélesztést. Előbbiek esetében ugyanis a képzett újraélesztő által időben megkezdett ALS eredményessége meghaladja a kórházon kívül végzett újraélesztések eredményességét, az alapbetegségek ismertek, így az újraélesztések prognózisa is pontosabban előrejelezhető.¹⁷ Az *American*

¹³ ANGELL, M.: The case of Helga Wanglie. A new kind of „right to die” case. *NEJM*, (1991) 325., 511–512. o.

¹⁴ WILCOX, M. E. – RUBENFELD, G. D.: Is critical care ready for an economic surrogate endpoint? *Critical Care*, (2015) 19., 248. o.

¹⁵ BOSSAERT, L. L. – PERKINS, G. D. et al.: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*, (2015) 95., 302–311. o.

¹⁶ WAISEL, D. B. – TRUOG, R. D.: The cardiopulmonary resuscitation-not-indicated Order: futility revisited. *Ann. Intern. Med.*, (1995) 122., 304–308. o.

¹⁷ BOSSAERT–PERKINS et al.: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11. 302–311. o.

Heart Association (AHA) által kidolgozott prognosztikai pontrendszerek alapján például minimális életesélyekkel rendelkeznek újraélesztés során az előrehaladott korú, szerv-elégtelenséggel vagy rosszindulatú daganatos betegséggel rendelkező vagy szeptikus betegek.¹⁸ Reverzibilis ok hiányában nincsen remény a túlélésre kórházi ALS-nél akkor sem, ha annak során 20 percen keresztül aszisztólia tapasztalható. A kórházon kívüli újraélesztéseknél a beteg pontos kórelőzménye, illetve egyéb körülményei általában nem ismertek, az újraélesztést pedig gyakran nem orvos végzi, a hasztalansági kritériumok alkalmazása során sokkal óvatosabban kell eljárni, és az újraélesztést a biológiai halál és az étellel összeegyeztethetetlen kórállapotok, valamint az elsősegélynyújtó veszélyhelyzetének nyilvánvaló eseteit leszámítva hasztalansági alapon korlátozni nem ajánlott.¹⁹ Az újraélesztés hasztalanságának kvalitatív elemzésekor a nyerhető életminőséget is tekintetbe vesszük. A kizárólag az orvos által hozott DNAR-rendelkezés *de jure* sérti a beteg autonómiáját, az orvos preferenciái pedig *de facto* gyakran távol esnek a betegétől. A rendelkezések legerősebben a betegek preferenciáihoz köthetők, de jelentős variabilitást mutatnak a kórház helye, az orvos világnézete és klinikai specialitása, valamint a beteg életkora, szociális körülményei és faji hovatartozása szerint. A döntésre közvetlen hatással lévő (daganatos vagy más végstádiumú betegség), illetve közvetlen kapcsolatban nem álló (AIDS, alkoholizmus, elmebetegség) betegségek is jelentősen befolyásolják a DNAR-rendelkezéseket.^{20,21,22,23} A Baskett és Lim által 32 európai országban végzett átfogó tanulmány szintén az újraélesztés etikai szabályainak széles körű variabilitását mutatta ki.²⁴ Saját vizsgálataink szerint a hazai újraélesztési gyakorlat szintén paternalista, azt elsősorban orvosszakmai (vagy annak vélt) szempontok befolyásolják, míg a jobban képzett német orvospopulációnál a beteg autonómiája került előtérbe.^{25,26} Az egyetemi oktatás keretein belül graduális és posztgraduális szinten, és a laikus alapszintű újraélesztés mind szélesebb körű minőségi elméleti és gyakorlati oktatásával (Apáczai-projekt) már sikeresen és folyamatosan végezzük a bioetikai szempontokat szem előtt tartó

¹⁸ EBELL, M. H. – AFONSO, A. M. – GEOCADIN, R. G.: American heart association's get with the guidelines-resuscitation I. Prediction of survival to discharge following car-diopulmonary resuscitation using classification and regression trees. *Crit CareMed.*, (2013) 41., 2688–2697. o.

¹⁹ BOSSAERT-PERKINS et al.: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11. 302–311. o.

²⁰ HAKIM, R. B. – TENO, J. M. et al.: Factors associated with do-not-resuscitate orders: patients, preferences, prognoses and physicians' judgement. (SUPPORT study.) *Ann. Intern. Med.*, (1996) 125., 284–293. o.

²¹ HOLM, S. – JØRGENSEN, E. O.: Ethical issues in cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*, (2001) 50., 135–139. o.

²² LUTTRELL, S.: Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation: commentary 2: some concerns. *J. Med. Ethics.*, (2001) 27., 319–320. o.

²³ ZIMMERMAN, J. E. – KNAUS, W. A. – SHARPE, S. M. et al.: The use and implication of do not resuscitate orders in the intensive care units. *JAMA*, (1986) 255., 351–356. o.

²⁴ BASKETT, P. J. – LIM, A.: The varying ethical attitudes towards resuscitation in Europe. *Resuscitation*, (2004) 62., 267–273. o.

²⁵ ÉLŐ, G. – DIÓSZEGHY, Cs. – DOBOS, M. – ANDORKA, M.: Ethical considerations behind limitation of cardiopulmonary resuscitation in Hungary – the role of education and training. *Resuscitation*, (2005) 64., 71–77. o.

²⁶ DOBOS, M. – DIÓSZEGHY, Cs. – HAUSER, B. – ÉLŐ, G.: Determinant role of education in the bioethical aspect of resuscitation – a comparison of German and Hungarian data. *Bulletin of Medical Ethics*, (2005) 211., 25–30. o.

újraélesztés minőségbiztosítását és fejlesztését.²⁷ Az újraélesztés megbízottság-központú megközelítése megköveteli a tevékenység megfelelően dokumentálását és ennek alapján a rendszeresen végzett auditokat is. Mindezek miatt az illetékes európai szakmai testület (ERC) vonatkozó ajánlásában felhívja a figyelmet a tagállami gyakorlatok, nevezéktan és jogszabályi harmonizáció szükségességére, egyben egyik legfontosabb missziójának tekinti azt az elkövetkező ajánlások kidolgozása során.²⁸

II. Az újraélesztés visszautasítása

A nemzetközi alapjogi bíráskodásban uralkodó dualista felfogás szerint az élethez való jog az ember biológiai-fizikai létezését biztosítja, gyakran kapcsolódik hozzá a testi épséghez és egészséghez való jog. A „testi jogok” a legtöbb alkotmányban nem élveznek abszolút védelmet, így korlátozhatók. Ezekről elválik az emberi nem különlegességét kifejező emberi méltóság joga, mely sérthetetlen. Az önrendelkezés az emberi méltóság anyajogából származtatható részjogosultság.²⁹ A modern bioetika és a szekularizált államok betegjogi szabályozása a kompetens személy önrendelkezésének alapján áll. Bár megfelelő feltételekkel a kompetens beteg joga az életmentő kezelés visszautasítása is, a magas időfaktor, a beavatkozás elmaradása esetén bizonyosan bekövetkező halál és a klinikai halál állapotában lévő személy cselekvőképtelensége okán a beteg korábbi érvényes rendelkezése hiányában vélelmezni kell a beleegyezést a kezeléshez.³⁰ Az ERC vonatkozó szakmai ajánlása szerint ennek megfelelően kétség esetén haladéktalanul meg kell kezdeni az újraélesztést.³¹ Hazánkban az Eütv. 23. § (1) bekezdése kétség esetén szintén az életfenntartó, illetve életmentő beavatkozás elvégzéséhez történő beleegyezés vélelmét rendeli alkalmazni.

A hatályos Eütv. 20. §-ában foglaltak szerint a betegség természetes lefolyását lehetővé téve a beteg joga az életfenntartó vagy életmentő kezelés visszautasítása rövid időn belül, megfelelő orvosi kezelés mellett is halálhoz vezető, súlyos és gyógyíthatatlan betegség esetén. A betegnek megfelelő alaki feltételekkel nyilatkoznia kell a kezelés visszautasításáról. A diagnózist és a beteg belátási képességét háromtagú orvosi bizottság (kezelőorvos, a beteg gyógykezelésében részt nem vevő szakorvos és pszichiáter szakorvos) ítéli meg. A beteg a visszautasításra irányuló szándékát a vizsgálatot követő 3. napon két tanú előtt ismételtén kinyilvánítja. Az Alkotmánybíróság eutanáziával

²⁷ Lásd ÉLŐ-ÁCS: *Pregraduális oktatás: Az Apáczai projekt.*

²⁸ BOSSAERT-PERKINS et al.: *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11.*

²⁹ TÓTH G. A.: *A két jog kapcsolata. Az emberi méltósághoz való jog és az élethez való jog.* In HALMAI G. – TÓTH G. A.: *Emberi jogok.* Budapest, 2003. 307–313. o.

³⁰ Lásd WASEL-TRUOG: *The cardiopulmonary resuscitation-not-indicated Order: futility revisited.*

³¹ BOSSAERT-PERKINS et al.: *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11.*

kapcsolatos 22/2003. (IV. 28.) AB határozat a beteg önrendelkezési jogát mint az emberi méltóság részjogosultságát már korlátozhatónak tartotta, ezért az életfenntartó és életmentő kezelés visszautasításának jogát a gyógyíthatatlanság eseteire engedte korlátozni, így hatályában hagyta a rendelkezést. Az Eütv. jogbizonytalanságot eredményező megfogalmazása ugyanakkor lényegében a hasztlanság fentiekben ismertetett meghatározását írja körül, így az eljárást megkerülve lehetőség adódik a kezelés egyoldalú, hasztlansági alapú korlátozására is.

Életfenntartó vagy életmentő kezelés jogszerű előzetes visszautasítására és/vagy helyettes döntéshozó jelölésére (*előzetes rendelkezés*) hazánkban az Eütv. 22. §-a szerint közokiratban is lehetőség van, ha a rendelkező cselekvőképes személy gyógyíthatatlan betegségben szenved, és betegsége következtében önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmai megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthetők. Nyilatkozatát figyelembe venni azonban csak az Eütv. 20. § (4) bekezdése szerint összehívott orvosi bizottság döntése után lehet, mely feltétel az újraélesztés sürgősségi helyzetében *de facto* nem teljesíthető. Az újraélesztés önálló jogszerű visszautasítására nincs további lehetőség hazánkban. Az egészségügyi miniszter akkori szakmai tanácsadó szerve, az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium ajánlást adott ki, és 2008-ban részletes szakmai indoklással törvénymódosítási javaslatot nyújtott be a rendelkezés gyakorlatban alkalmazhatóvá tétele érdekében.³² Bár a jogalkotásról szóló 2010. évi CXXX. törvény 22. § (1) bekezdés *d*) pontja (mint a korábbi jogszabályhely is) továbbra is a miniszter feladatául jelöli a nem alkalmazható jogi szabályozás felülvizsgálatát, ez jelen esetben mind a mai napig nem történt meg. Részben szintén a rendelkezés megváltoztatása érdekében benyújtott beadványra az Alkotmánybíróság 24/2014. (VII. 22.) határozatában az előzetes rendelkezés megtétele során, a közjegyző cselekvőképességet kötelezően vizsgálandó szerepére hivatkozva, a pszichiátriai szakvizsgálat tekintetében megváltoztatta a jogszabályt, a többi rendelkezést azonban hatályában hagyta. Az Eütv. 22. § (4) bekezdés rendelkezésének megfelelően így továbbra is kötelező az Eütv. 20. § (4) bekezdése szerinti orvosi bizottság létrehozása az előzetes rendelkezés érvényességének vizsgálatára a rendelkezés alkalmazása előtt. Az AB tehát éppen azzal az indoklással szüntette meg az előzetes rendelkezés kiadásakor addig kötelező pszichiátriai vizsgálatot, hogy a bizottság ismételt felülvizsgálati eljárásában a beteg pillanatnyi beszámíthatóságát amúgy is megítéli. Miután azonban fenti bizottság nyilvánvalóan nem hívható össze az újraélesztés sürgősségi helyzetében, az előzetes rendelkezés jogintézménye *de facto* nem alkalmas az újraélesztés visszautasítására, ezért az Eütv. 23. § (1) bekezdése értelmében az életmentő beavatkozás elvégzéséhez történő beleegyezését vélelmezni kell.

³² ANESZTEZIOLÓGIAI ÉS INTENZÍV TERÁPIÁS SZAKMAI KOLLÉGIUM: Az életmentő és életfenntartó kezelésekkel kapcsolatos etikai ajánlás. (Élő G., Darvas K., Bogár L., Bobek I., Zubek L.) *Aneszteziológia és Intenzív Terápia*, (2006) 2., 46–54. o.

A vonatkozó európai (ERC) ajánlás a DNAR-nyilatkozatok tekintetében az alábbi konjunktív feltételeket írja elő: jelenlévő, valós és alkalmazható.³³ Hazánkban az egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályait megállapító 117/1998. (VI. 16.) Korm. rendelet 8. § (1) bekezdése szerint a beteg az előzetes rendelkezését tartalmazó közokiratot átadhatja házi orvosának, aki azt a beteg egészségügyi dokumentációjában megőrzi. Ugyanezen szakasz (2) bekezdése szerint a Nyilatkozatról a beteg tájékoztatja az egészségügyi szolgáltatót, illetve átadja részére a Nyilatkozat egy példányát. Az előzetes rendelkezés eljárási és nyilvántartási szabályai nem elégítik ki a DNAR nyilatkozatokhoz rendelt követelményeket (jelenlévő, valós, alkalmazható), így hazánkban *de facto* nem adódik lehetőség a betegek autonóm döntésének jogszerű meghozatalára az újraélesztés visszautasításával kapcsolatban.

A betegek újraélesztést visszautasító rendelkezése jelentős mértékben az orvostól származó információkon alapul. A beteget akkor is megilleti a tájékoztatás joga, ha beleegyezése egyébként nem feltétele a gyógykezelés megkezdésének [hazánkban: Eütv. 14. § (3) bekezdés]. Számos klinikai vizsgálat támasztja azonban alá, hogy a tájékoztatás során alapvető jelleggel jelenhetnek meg az orvos és a szakmai társadalom értékítéletét tükröző szempontok is, melyek jelentősen eltérhetnek a betegek preferenciáitól. Az orvosok továbbá önállóan gyakran helytelenül ítélik meg betegeik újraélesztéssel kapcsolatos álláspontját. Ezek háttérben a nem megfelelő orvos-beteg kommunikáció, az orvosok betegetől eltérő értékrendje és a betegek valóságot kevésbé tükröző elvárásai egyaránt szerepelhetnek.^{34,35,36,37} Nemzetközi vizsgálatunk szerint a betegek és hozzátartozóik mintegy harmada nem ért egyet az orvosok által megfelelőnek tartott kezelés tekintetében, mely egyaránt ronthatja a kezelés minőségét és a betegelégedettséget is.³⁸ A betegek újraélesztéssel kapcsolatos preferenciái másrészt gyakran irreális információkon alapulhatnak, és elvárásaik jelentősen meghaladják az újraélesztés valós eredményességét.³⁹ Rendkívül fontos ezért az alapos és folyamatos kommunikáció a beteg és orvosa között, hogy a beteg DNAR-nyilatkozata tévedés okán ne váljék érvénytelenné. Az orvosok etikai tárgyú továbbképzése szignifikánsan javíthatja a DNAR-rendelkezések validitását (a beteg preferenciái megfelelőbben tükröződnek a rendelkezésekben) és ezzel az ellátás minőségét több klinikai vizsgálat, köztük

³³ Lásd BOSSAERT-PERKINS et al.: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11.

³⁴ BURNS-EDWARDS-JOHNSON et al.: Do-not-resuscitate order after 25 years.

³⁵ HILL, M. E. – MACQUILLAN, T. O. et al.: Cardiopulmonary resuscitation: who makes the decision? *BMJ*, (1994) 308., 1677. o.

³⁶ Lásd HOLM-JØRGENSEN: Ethical issues in cardiopulmonary resuscitation.

³⁷ Lásd HAKIM-TENO et al.: Factors associated with do-not-resuscitate orders...

³⁸ WILSON, M. E. – DOBLER, C. C. – ZUBEK, L. et al.: Prevalence of Disagreement About Appropriateness of Treatment Between ICU Patients/Surrogates and Clinicians. *Chest Journal*, 2019.03.25., <https://doi.org/10.1016/j.chest.2019.02.404> (letöltve: 2020.07.20.).

³⁹ DIEM, S. J. – LANTOS, J. D. – TULSKY, J. A.: Cardiopulmonary resuscitation on television: miracles and misinformations. *N. Engl. J. Med.*, (1996) 334., 1578–1582. o.

saját vizsgálatunk szerint is.^{40,41} A DNAR-rendelkezés validitását a beteg belátási képessége is befolyásolja, mely már a gyógyíthatatlan betegség korai szakaszában is korlátozott lehet, hiszen nincsen az autonóm döntés meghozatalához szükséges racionális és érzelemmentes helyzetben. A kompetencia hiánya különös erővel mutatkozik meg öngyilkosok újraélesztése során, ahol azonban a beszűkült tudatállapot és az inkompetens döntéshozatal lehetősége miatt az öngyilkosság akarati nyilatkozatként történő vélelmezése súlyos hiba volna.⁴² A DNAR-rendelkezés alakilag konkrét akcióterv, a beteggel történő megtárgyalása és végrehajtása sokkal egyszerűbb folyamat, mint a komplex életvégi preferenciák tisztázása. A rendelkezés alapul szolgálhat az életvégi döntések során a további kezelések visszautasításához is, azonban nem helyettesítheti azokat.⁴³ Különösen fontos a fentiek hangsúlyozása annak tükrében, hogy a polgári jogból származtatott betegjogi szabályozás vélelmezi a cselekvőképes beteg kompetenciáját, ez mutatkozik meg például a fent idézett 24/2014. (VII. 22.) AB határozat előzetes pszichiátriai vizsgálatot megszüntető rendelkezésének indoklásában is. Az újraélesztés visszautasítása tehát a beteg autonóm döntésén nyugszik, melyet a szekularizált jogrendszerek és a vonatkozó szakmai ajánlások egyaránt támogatnak. A beteg informáltsága, megfelelő fizikális és mentális állapota, valamint az orvosi értékítéletek befolyásától mentes döntési helyzet az autonóm döntés konjunktív feltételei. Szükséges továbbá, hogy a DNAR-nyilatkozat konkrét esetben azonnal rendelkezésre álljon, és alkalmazható is legyen. *Hazánkban az orvosi befolyástól mentes döntéshozatal és a rendelkezés meghozatalának jogszabályi feltételei egyaránt ellehetetlenítik a betegek autonóm döntésének megjelenését az újraélesztés során.*

III. A szakmai ajánlások és a hazai jogszabályok kapcsolata

Az európai és amerikai orvostársaságok elismerik a beteg jogát az újraélesztés visszautasítására. A kvantitatív hasztalanságot általában a korai túlélés minimális valószínűségével határozzák meg, kvalitatív hasztalanság esetén pedig felhívják a figyelmet a betegpreferenciák kutatásának fontosságára. A rejtett értékítéletek lehetősége miatt mindkét esetben javasolják a beteggel vagy hozzátartozójával történő konzultációt. Az ajánlások óvatosan kezelik a hasztalanság kérdését, a DNAR-döntést szinte kizárólag a jogosult (beteg) jogkörébe utalják, ahol

⁴⁰ Lásd HAKIM-TENO et al.: Factors associated with do-not-resuscitate orders...

⁴¹ Lásd ÉLŐ-DIÓSZEGHY-DOBOS-ANDORKA: Ethical considerations behind limitation of cardiopulmonary resuscitation in Hungary...

⁴² SONTHEIMER, D.: Suicide by advance directive? *J Med Ethics*, 34. (2008) 9., e4.

⁴³ Lásd HAKIM-TENO et al.: Factors associated with do-not-resuscitate orders...

az orvos inkább tanácsadó szerepet játszik.⁴⁴ Az ERC 2015-ben kiadott ajánlása szerint az újraélesztés megkezdésétől az alábbi esetekben lehet eltekinteni: (1) az újraélesztő személye nincsen biztonságban (szükséghelyzet); (2) a biológiai halál bizonyos jelei vagy étellel összeegyeztethetetlen sérülés tapasztalható (kvantitatív hasztalanság); illetőleg (3) a beteg valós és releváns DNAR-rendelkezése elérhető; vagy (4) más erős bizonyíték támasztja alá a beteg kívánságát vagy a beavatkozás hasztalanságát. (Ez utóbbi szempont teret enged az orvos egyoldalú, részben kvalitatív hasztalanságon alapuló DNAR-döntésének.) (5) Az emelt szintű újraélesztés (ALS) pedig abbahagyható, ha az újraélesztés 20. percében is aszisztólia tapasztalható (kvantitatív hasztalanság).⁴⁵ *A szakmai ajánlások közös magukban rejlő hiányossága a legitimitás korlátozott volta, azokat ugyanis nem az élethez és emberi méltósághoz való alapvető jog szabályozására jogosított testület (országgyűlés) adja ki.* Többek közt ez az oka annak, hogy az európai szakmai (ERC) ajánlás is sűrgeti a tagállami jogi szabályozások harmonizációját.⁴⁶ A hazai életvégi stratégiákat érintő szakmai ajánlás a nemzetközi ajánlásoknak megfelelően a beteg önrendelkezésének elsődlegességét emeli ki, és lényegében annak érvényesülését igyekszik biztosítani, de szükségszerűen teret enged a hasztalansági alapú döntésnek is.⁴⁷ A hatályos magyar jogszabály az újraélesztésről külön nem rendelkezik, de formailag lehetőséget biztosít annak beteg általi visszautasítására gyógyíthatatlan betegség esetén vagy előzetes rendelkezésként közokirati formában (Eütv 20., 22. §). A rendelkezés a gyakorlatban nem alkalmas a beteg önrendelkezésének biztosítására, a megváltoztatása irányába tett eddigi lépéseket pedig mind ez idáig sajnálatosan nem koronázta siker. Az Eütv. 131. § (3) bekezdés *b*) pontja továbbá a beteg által kért, de szakmailag nem indokolt (hasztalan) kezelés esetén betegvizsgálat után megengedi annak orvos általi elutasítását, lényegében teret engedve a hasztalansági érvek egyoldalú alkalmazásának. Bár a vonatkozó európai szakmai ajánlás hangsúlyozza az önrendelkezés elsődlegességét, és a hasztalansági érveket tételesen felsorolva igyekszik mérsékelni az értékítéleteket rejtő egyoldalú döntéshozatalt, utalásszerűen mégis megengedi azt.⁴⁸ Hazánk vonatkozó jogszabályhelye sem zárja ki az orvos hasztalansági alapú egyoldalú mérlegelését, így jelenleg ez marad az egyetlen érv a DNAR-rendelkezések kiadására. Ugyanakkor az európai

⁴⁴ CUMMINS, R. O. – CHAMBERLAIN, D. – HAZINSKI, M. F. et al.: Recommended guidelines for reviewing, reporting, and conducting research on in-hospital resuscitation: the in-hospital 'Utstein style'. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association, the European Resuscitation Council, the Heart and Stroke Foundation of Canada, the Australian Resuscitation Council, and the Resuscitation Councils of Southern Africa. *Resuscitation*, (1997) 34., 151–183. o.

⁴⁵ Lásd BOSSAERT–PERKINS et al.: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11.

⁴⁶ Lásd *uo.*

⁴⁷ ANESZTEZIOLOGIAI ÉS INTENZÍV TERÁPIÁS SZAKMAI KOLLÉGIUM: Az életmentő és életfenntartó kezelésekkel kapcsolatos etikai ajánlás.

⁴⁸ Lásd BOSSAERT–PERKINS et al.: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11.

szakmai testület (ERC) tagállami jogharmonizáció, egységes nevezéktan és újraélesztési gyakorlat irányába tett törekvései, hazánkban pedig az alapjogi biztos és munkacsoportjának életvégi döntésekkel kapcsolatos tevékenysége a jövőben némi bizakodásra adhatnak okot.⁴⁹

⁴⁹ Uo.

ZUBEK László*

Életvégi döntések az intenzív terápiában 2019. *Quo vadis, életvégi döntés?*

Az elmúlt években elsősorban a számítástechnika fejlődése következtében az orvosi technológia gyorsulása soha nem látott méreteket öltött, és a változásoknak csak az elején vagyunk. A technológia fejlődésére csak két példát szeretnék hozni. Az egyik a Humán Genom Projekt, ennek során 1990 és 2006 között, egy tudományos összefogás keretében feltárták a teljes emberi génállományt (genomot), meghatározva az emberi DNS bázispárjainak sorrendjét.¹ Ma már bárki saját költségén meghatározhatja a genetikai állományát, illetve a technológia felhasználható korábban gyógyíthatatlannak tartott betegségek kezelésére is. A technológiai fejlődés egy másik nagy mérföldköve, hogy az utóbbi években Magyarországon is vannak olyan emberek, akik saját szívük nélkül, úgynevezett műszívvel (egy pumpával a mellkasukban) élnek évek óta. Csupán a pumpát tápláló elektromos áramra van szükségük életük fenntartásához. A technológiai fejlődést ugyanakkor lassan követi a bioetika és a jogtudomány változása, valószínűleg az előbbi robbanásszerű fejlődésének gyorsasága miatt.

Mit jelent ez a mindennapokban? Például azt, hogy az emberi élet határai jelentősen kitolódtak, az emberek hosszú életet élhetnek, de a krónikus betegségeik következtében életminőségük utolsó éveikben már sokszor igen rossz lehet. A természetes halál bekövetkezése ma már ritkaságszámba megy, hiszen a szervpótló kezelések alkalmazási lehetőségei egyre bővülnek. Bár a gyakorlati gyógyítási lehetőségeink nagyban nőttek, a maximálisan elérhető lehetőségeket mind kevesebb beteg kapja meg, hiszen a lehetőségek növekedését az egészségügyi költségek árrobbanása követte. A finanszírozás szempontjából ez azt eredményezte, hogy a maximálisan elérhető terápiák költségvonzata jóval meghaladja az egészségügyi kasszából az egy főre jutó keretet. Az egyre drágább terápiák megjelenésével a lehetőségek és a meglévő finanszírozási keret közötti olló egyre nagyobbra nyílik, ezért alkalmazni kell valamilyen betegkiválasztási módszert (sorolást), mely alapján eldönthető, hogy az egészségügyi szolgáltatásokat ki kapja meg a rászorulóik közül. A fentiekből jól érzékelhető, hogy miért teljesíthetetlen bárhol a világon a legmagasabb szintű egészségügyi ellátáshoz való jog minden állampolgár számára.

* ZUBEK László egyetemi adjunktus, Semmelweis Egyetem

¹ WATSON, J. D.: The human genome project: past, present, and future. *Science*, 248. (1990) 4951., 44–49. o.

Mi következik ebből? Az, hogy egyre inkább rákényszerülünk az egészségügyi költségek szükségszerű restrikcijára, ugyanakkor erre alapvetően csak néhány lehetőségünk van.

Az első legfontosabb és etikailag legkevésbé aggályos az önrendelkezés alapján történő ellátáskorlátozás. Az egészségügyi törvény 1997-ben megteremtette az előzetes rendelkezés megtételének lehetőségét,² az azóta történt jogszabályi módosítások miatt a közjegyző segítségével készített élő végrendeletet jelenleg már nem szükséges két-évente megújítani. Ki kell emelnünk, hogy ez az egyetlen módja annak, hogy valaki az életmentő vagy életfenntartó kezelésről előzetesen lemondjon. Természetesen – mivel a nyilatkozat a beteg cselekvőképtelen állapotában érvényesül – ez a lehetőség is csak korlátozások mellett valósulhat meg.

Az előzetes rendelkezés esetén a fejlődés lehetősége elsősorban a betegek önrendelkezésének elterjesztésében, illetve a nyilatkozatok valamilyen elektronikus tárhelyen való tárolásában, és ennek folyamatos hivatalos hozzáférhetővé tételében van. Az irodalomban sok támadás érte a közjegyzők bevonásának és a közokirati formának a szükségességét, ezért érdemes megnéznünk: mit ad hozzá a nyilatkozattételi folyamathoz a közjegyző által készített közokirati forma? Véleményem szerint az elmúlt 20 évben főleg azért nem terjedt el az élő végrendelet a gyakorlatban, mert a közjegyző bevonása igazából életidegen megoldás. Mi a közjegyzők szerepe a folyamatban? Összesen azt tanúsíthatják, hogy a nyilatkozó önszántából teszi a nyilatkozatot, nem áll közvetlen kényszerítés vagy fenyegetés alatt, illetve a viselkedése konvencionális, és nem merül fel valamilyen bódult vagy módosult tudati állapotnak a fennállása a nyilatkozattétel időpontjában. Mivel azonban a közjegyzők a szóba jöhető kezelési lehetőségeket megfelelő egészségügyi ismeretek hiányában nem tudják hathatósan elmagyarázni, segítségük a tanúsításon kívül minimális a nyilatkozatot tévő számára. A fejlett egészségügyi kultúrájú országokban ezért terjedt el inkább a POLST (*Physician Orders for Life-Sustaining Treatment*) nyilatkozati forma, ahol a kórházba bekerülő beteg orvos segítségével tud informálódni és nyilatkozni saját életvégi döntéseiről, preferenciáiról.³ Ebben az esetben gyakorlatilag az orvos aláírása a nyilatkozaton hasonló célt szolgál, hiszen személyében igazolja, hogy a beteg önszántából tesz nyilatkozatot, nem áll kényszer vagy fenyegetés alatt, illetve hogy a nyilatkozattévő nincs bódult vagy módosult tudatállapotban, és ráadásul a szükséges egészségügyi ismeretei is rendelkezésre állnak, így megfelelő magyarázattal vagy tanáccsal is el tudja látni a beteget. Természetesen, amennyiben hasonló nyilatkozatot szeretnénk elterjeszteni Magyarországon, akkor ennek finanszírozását és tárolását, illetve a felhatalmazott hozzáférést folyamatosan biztosítanunk kell az egészségügyi szolgáltatók számára.

² Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.).

³ FROMME, E. K. – ZIVE, D. – SCHMIDT, T. A. – OLSZEWSKI, E. – TOLLE, S. W.: POLST Registry do-not-resuscitate orders and other patient treatment preferences. *JAMA*, 307. (2012) 1., 34–35. o.

Milyen kifogás merülhet fel az előzetes rendelkezés alkalmazása esetén? A leggyakoribb etikai aggály, hogy a beteg nem tudja előre, milyen döntést hozna 10-20-30 évvel később. Aki egészséges és életminősége is kitűnő, speciális ismeretek hiányában nehezen tudja elképzelni, hogy lemondana bármilyen rendelkezésre álló orvosi kezelési lehetőségről. A testi (szomatikus) betegség minden esetben befolyásolja az emberek tudatát (psziché) is, de az adott reakció egyéni, előre nem megbecsülhető. Nem tudjuk előre, hogy a betegnek mik lesznek a preferenciái, milyen értékeket fog vallani betegség esetén. Gyakori az az etikai probléma is, hogy a beteg nyilatkozata egy olyan előre elképzelt helyzetre vonatkozik, amely nem pontosan felel meg a kialakult egészségügyi szituációnak. Mi akkor a kezelőorvos teendője, amikor a beteg például lemond valamely kezeléstről, annak tudatában, hogy ez a betegség gyógyíthatatlan, de időközben az orvostudomány fejlődésével ez a betegség gyógyíthatóvá válik? Kötelezhető-e az orvos, hogy ilyen esetben, tehát ha van lehetősége a beteg életének definitív megmentésére, ezt ne tegye meg, mert a beteg erről előzetesen lemondott? Biztos lehet-e az orvos abban, hogy a beteg abban a pillanatban is ezt akarná? Vagy ha kicsit más a betegsége, mint amit a nyilatkozat tartalmaz? Vagy a kezeléstről való lemondás nem pontosan arra a kezelésre vonatkozik, mert időközben új terápiás lehetőségek születtek? Látható, hogy ebből a szempontból az önrendelkezés kiterjesztése sem tekinthető problémamentesnek; persze ez nem lehet indok a lehetőség visszafejlesztésére vagy a gyakorlatból történő kivezetésére.

A második elvi lehetőség az egészségügyi költségek szükségszerű megszorítására az egészségügyi kezelések valamilyen sorolás alapján történő szétosztása a rászorulóknak között. Ez a lehetőség nem igazán tudott elterjedni az egészségügyi rendszerekben, mivel ellenkezik az emberi természettel. Ha valamely szabályrendszert alkalmazunk, törvényszerű, hogy aki nem kapja meg a szükséges szolgáltatást, azonnal elkezd a szabályokat támadni, vagy kikapukat keres a szabályrendszerben. Bizonyos elemek azonban minden egészségügyi rendszerben megtalálhatóak, de általában nem a kemény (nyílt) sorolás honosodott meg, hanem a sorolás puha fajtái. Ebben a rendszerben nagyobb szerepet kap a méltányosság, de szükségszerűen a visszaélés lehetősége is sokkal nagyobb.

Harmadik lehetőség az orvosi kezelések hatásosságának gyakori újraértékelése, mely lehetőséget teremt a hasztalan kezelések abbahagyására, illetve más terápiás lehetőségek kipróbálására. A kezelés hasznosságának értékelésére lehet megoldás az életvégi triázs alkalmazása az intenzív kezelés alatt.⁴ Ehhez azt kell tudnunk, hogy az intenzív osztályos kezelés egy olyan átmeneti (*bridge*) terápia, melynek célja, hogy a beteg eredeti szervrendszereinek működése helyreálljon. Amennyiben erre nincs lehetőség, valamint nincs olyan folyamatosan alkalmazható szervpótló kezelés, mellyel

⁴ ZUBEK L.: Ki és hogyan dönt az élet-halál kérdésében? Életvégi döntéshozatal a magyarországi intenzív osztályokon. *Állam- és Jogtudomány*, 57. (2016) 4., 105–119. o.

állandóan pótolható az adott szervrendszer funkciója, akkor a beteg nem fogja túlélni a betegségét.

Negyedik lehetőség, mely a sorolás speciális fajtájának tekinthető, hogy az egészségügyi eljárásokat felosztjuk az egészség teljes helyreállítását szolgáló kuratív beavatkozásokra, illetve a tüneteket enyhítő palliatív beavatkozásokra. Természetesen az egészségügyi beavatkozások lehetnek megelőző (preventív) jellegűek is, ahol a szűrővizsgálat még a betegség klinikai tüneteinek megjelenése előtt történik. Jelen tudásunk szerint a legeredményesebb, legköltséghatékonyabb a betegségek kialakulásának megelőzése, ami az egészséges életmódon, táplálkozáson és sporton kívül a szűrővizsgálatok tervezett elvégzését jelenti. Természetesen a szűrővizsgálatok ma már egyre inkább jelentik a genetikai szűréseket is, melyek segítségével gyakorlatilag újszülöttkortól (esetleg már magzati kortól) kezdve kimutathatók az egyes betegségek, vagy az ezek kialakulására hajlamosító tényezők, sokkal korábbi lehetőséget teremtve a megfelelő gyógymód kiválasztására. Ma már bevezetésre kerültek bizonyos génsébszeti eljárások, amelyek segítségével bizonyos genetikai betegségek már gyógyíthatóvá váltak, igaz, hogy óriási költségek árán (300-600 millió forint/beteg).⁵

Ha megnézzük, hogy milyen támogatást nyújt az elemzett problémákra a jelenleg is hatályos egészségügyi törvény (Eütv.), – mely több mint 20 éve lépett hatályba – azt találjuk, hogy bár több modern jogintézményt is bevezetett a jogszabály, ezek gyakorlati alkalmazása nem problémamentes. Az elmúlt két évtized tapasztalatai lehetőséget adnak arra, hogy a medicina fejlődésének fényében elemezzük a törvény módosításának lehetőségeit, illetve szükségességét. Milyen problémákra vagy kérdésekre szeretnénk tehát válaszokat kapni?

- Az emberi élethez és méltósághoz való jog értelmezése;
- Az önrendelkezés tartalma és határai;
- Az életmentő és életfenntartó kezelések visszautasításának tartalmi és alaki feltételei;
- Az orvosi kezelések hasztalanságának értelmezése;
- A gyógykezelések elosztásának makro- és mikroökonómiai feltételei;
- Az orvosi segítséggel végrehajtott öngyilkosság vagy eutanázia alkalmazásának lehetőségei.⁶

Az emberi élethez és méltósághoz való jog értelmezése csaknem három évtizede hangsúlyos az Alkotmánybíróság munkásságában. Az Alaptörvény hatálybalépését követően az egészségügyi önrendelkezési jogot az Alkotmánybíróság változatlanul az emberi méltósághoz való jog korlátozható aspektusából vezette le anélkül, hogy említette volna az általános személyiségi jogokat. A 30/2013. (X. 28.) AB határozat

⁵ AveXis Announces Innovative Zolgensma® Gene Therapy Access Programs for US Payers and Families. *finanzen.net*, 2019.06.24., <https://www.finanzen.net/nachricht/aktien/avexis-announces-innovative-zolgensma-gene-therapy-access-programs-for-us-payers-and-families-7534750> (letöltve: 2020.07.20.).

⁶ Filó M.: *Az eutanázia a büntetőjogi gondolkodásban*. Budapest, 2009. 37–40. o.

megállapította ugyan, hogy az emberi méltóságra vonatkozó rendelkezés szövege kissé módosult, de arra a következtetésre jutott, hogy a korábbi Alkotmány és a jelenlegi Alaptörvény hasonlóan rögzíti minden ember jogát az emberi méltóságához.

Az Alkotmánybíróság gyakorlatában az egészségügyi önrendelkezési jog sajátos módon érvényesül az életvégi döntéseknél. Az Alkotmánybíróság már a kiszolgáltatott betegekről szóló 36/2000. (X. 27.) AB határozatban meghatározta, hogy a betegek általános önrendelkezési jogához tartozik az egészségügyi beavatkozásokba való beleegyezés és az ellátás visszautasításának joga egyaránt (ABH 2000, 241., 254–255.).

Nézetem szerint az életvégi döntések széles spektrumát hiba az eutanázia fogalmi körébe erőltetni, mivel már maga az eutanázia sem jogi fogalom, és ez a probléma tárgyalását nem viszi előre. Az eutanázia megítélése szempontjából különösen fontos megállapítása a határozatnak, hogy az önrendelkezési jog mint az emberi méltóságból fakadó cselekvési autonómia kifejeződése személyhez kötött. Ebből vonta le a testület azt a következtetést, hogy amikor az egyéni cselekvési autonómia körébe tartozóan a jog más személy fellépését intézményesíti, nem az önrendelkezési jogot „ruhazza át” másra. A „helyette történő joggyakorlás” az önrendelkezési jog egyidejű törvényi korlátozása mellett biztosít másnak döntési lehetőséget; az önrendelkezési jog „helyette történő gyakorlása” – a személyiségtől elválaszthatatlan volta folytán – fogalmilag kizárt. Az Alkotmánybíróság az Eütv. 20. § (3)–(4) bekezdését vizsgáló 22/2003. (IV. 28.) AB határozatban (továbbiakban: első eutanáziahatározat) az önkéntes eutanáziát is kifejezetten az egészségügyi önrendelkezési jog védelmi körébe utalta. Az önrendelkezési jogot első lépésként kiterjesztette az önkéntes passzív eutanáziára a következő megállapítással: „a gyógyíthatatlan beteg döntése arról, hogy életének a rá váró szenvedésekkel teli hátralevő részét nem akarja végigélni”, „ezért visszautasítja az életben tartásához feltétlenül szükséges orvosi beavatkozást”, az önrendelkezési jogának része. Második lépésként pedig kiterjesztette azt az önkéntes eutanáziára általában véve azzal, hogy kimondta: „[a] saját haláláról való döntés mindenkit megillet, függetlenül attól, hogy egészséges vagy beteg, és ha beteg, betegsége az orvostudomány szerint gyógyítható-e vagy nem”. A testület összefüggésbe hozta az önrendelkezési joggal az öngyilkosságot is, a határozat szerint ugyanis az önrendelkezési jogból következik, hogy a korszerű jogrendszerek, így a magyar jog sem tilalmazza az öngyilkosságot, csak az ahhoz nyújtott segítséget bünteti, mely megállapítást az állam semlegességének filozófiai álláspontjával támasztotta alá az Alkotmánybíróság. Az Alkotmánybíróság nem az élethez való jog alanyi oldalából, hanem az általános személyiségi jog autonómiatartalmából vezeti le a saját haláláról való döntés jogát. Az Alkotmánybíróság ugyanakkor csak az önkéntes passzív eutanáziát tartja alkotmányosnak, a nem önkéntes passzív eutanázia – azaz, hogy az orvos a gyógyíthatatlan beteg rendelkezésének hiányában is elősegítheti annak halálát az életmentő, életfenntartó beavatkozás beszüntetésével –, mivel a testület szerint nincs közvetlen alkotmányos összefüggésben a gyógyíthatatlan beteg önrendelkezési jogával, nem a beteg önrendelkezésén alapul.

Az AB megállapította: az életmentő, életfenntartó orvosi beavatkozás beszüntetése a beteg óhajának hiányában éppen azt az elemet – a beteg beleegyezését – iktatná ki a döntésből, amely kapcsolatot teremtene az élet folytatása vagy befejezése közötti választás és a beteg önrendelkezési joga között. Nézetem szerint ugyanakkor már az Eütv. is tartalmazza a hasztalan kezelés tilalmát, így a fentiekkel szemben jelentős ellentmondás feszül: Az ellátás megtagadásának joga fejezetben található 131. § (3) bekezdés szerint „Az orvos a beteg ellátását csak a vizsgálatát követően tagadhatja meg, amennyiben a vizsgálat alapján megállapítást nyer, hogy

a) a beteg egészségi állapota orvosi ellátást nem igényel,

b) a beutaló orvos által javasolt vagy a beteg által kért kezelés szakmailag nem indokolt”.

A „nem önkéntes passzív eutanázia” fogalmának értelmezése ugyanakkor orvosilag nem könnyű. A fenti kiemelés szerint „a gyógyíthatatlan beteg rendelkezésének hiányában is elősegítheti annak halálát az életmentő, életfenntartó beavatkozás beszüntetésével”. Ebben az esetben a beteg gyógyíthatatlan, vagyis közeli halála elkerülhetetlen. A modern orvosi elvek szerint ezeket a betegeket, mivel a kuratív célú orvosi kezelés már hasztalan, palliatív ellátásban kell részesíteni, melynek központi eleme a beteg életminőségének maximalizálása, és a kórházi kezelés helyett *hospice*-ban kell az ilyen betegeket elhelyezni, amint ezt az Eütv. is tartalmazza. Természetesen lehetséges az is, hogy a hosszabb távon gyógyíthatatlan betegnél valamilyen sürgős beavatkozást mégis lehet vagy kell tenni. Ebben az esetben főszabályként a kezelőorvosnak azt kell megbecsülnie, hogy a várható életkilátások a három hónapot meghaladják-e, vagy sem. A kérdés ebben az esetben nem az, hogy a beteg rendelkezik-e az orvosi kezelés abbahagyásáról, vagy sem, hanem az, hogy súlyos betegsége lefolyása lehetővé teszi-e az orvosi beavatkozást, vagy sem. Természetesen gyógyítható betegség nem kezelése súlyos orvosi deliktum, melynek pönalizációjával az egész orvosi és jogász szakma egyetért.

Nem kerülhető meg ugyanakkor az emberi élethez és méltósághoz való jog egységes vagy dualista felfogásának kérdésköre. Mindkét értelmezésre lehet pro és kontra érveket felhozni, melynek széles irodalma ismert, de nézetem szerint az életvégi döntések témakörében talán több érv szól az élethez és az emberi méltósághoz való jog külön értelmezése mellett. Én azokkal az értelmezőkkel értek egyet, akik szerint lehet élet méltóság nélkül, illetve méltóság az életről való lemondás mellett is. Ez utóbbi értelmezés kapcsán juthatunk el ahhoz a gondolathoz, hogy a nagy szenvedéssel járó életéről valaki lemondhasson, hogy saját döntése alapján véget vethessen az életének. Amennyiben elfogadjuk azt, hogy helyes az öngyilkosság pönalizálásától eltekinteni, csak egy kis lépés lenne annak elismerése, hogy az irodalomban szereplő „physician assisted suicide” azaz orvosi segítséggel végrehajtott öngyilkosság megfelelő feltételek fennállása esetén kikerüljön a védendő (büntetendő) jogi tárgyak sorából. Véleményem szerint például megengedhető lenne, hogy az a beteg, aki nagy szenvedéssel járó

végstádiumú betegségben szenved, és már a palliatív ellátást (*hospice*) is igénybe vette, saját kérésére és palliatív szakorvos egyetértése mellett részesülhessen terminális szedációban abból a célból, hogy élete megrövidülhessen.

Teljesen más mind jogi, mind etikai szempontból az aktív eutanázia megítélése. Először is válaszolnunk kell arra a kérdésre, hogy mi minősül aktív eutanáziának. A határozat az életfenntartó, életmentő orvosi beavatkozás beteg általi visszautasításától megkülönbözteti azt az esetet, amikor az orvos a beteg kívánságára a beteg életének tevőleges segítséggel vet véget, tehát az orvos cselekvőleg idézi elő a gyógyíthatatlan beteg személy kívánságára annak halálát. A passzív és aktív eutanázia elhatárolása valóban az orvos eltérő szerepében érhető tetten, de a hangsúly nem a cselekvésen vagy a mulasztáson van, hanem a halál előidézésén, így ezt az elkülönítést nem tartom indokoltnak, sok esetben inkább zavaró. Ennek értelmezésére a sokak által ismert bio-etikai példa a vízbefúlás két esetét tartalmazza: nézetem szerint erkölcsileg mindegy, hogy valakit a víz alá nyomunk vagy hagyunk megfulladni, a különbség csupán az, hogy cselekvéssel vagy a cselekvéstől való tartózkodással (mulasztással) idézzük elő valaki más halálát.⁷

Alapvetően más azonban a helyzet az életmentő vagy életfenntartó beavatkozás visszautasítása esetén, mivel a közeli halál bekövetkezte a betegség természetes lefolyásának eredménye, amit az orvos megfelelő ellátással időben kitolhat ugyan, de a betegség lefolyását nem akadályozhatja meg. Ellentétben ezzel az aktív eutanázia lényege, hogy a halál az orvos magatartásának és nem a betegség lefolyásának a következménye. Az Alkotmánybíróság szerint a gyógyíthatatlan betegnek az a kívánsága, hogy halálát az orvos idézze elő, például erre alkalmas szer rendelkezésre bocsátásával (öngyilkosságban közreműködés/orvosi segítséggel végrehajtott öngyilkosság) vagy beadásával (aktív eutanázia), már nem tekinthető önrendelkezési joga olyan részének, melyet a törvény más alapjog védelme érdekében akár teljes egészében is ne vonhatna el. Az Alkotmánybíróság a 24/2014. (VII. 22.) AB határozatban (a továbbiakban: második eutanáziahatározat) kiterjesztette az egészségügyi önrendelkezési jog tartalmát az önkéntes passzív eutanázia Eütv.-ben szabályozott másik esetére is: az előzetes jognyilatkozatra (Eütv. 22. §), és vizsgálata során nem tett különbséget az előzetes jognyilatkozat Eütv. 22. § (1) és (2) bekezdésében szereplő két fajtája között. Így a határozatból az a következtetés vonható le, hogy az előzetes jognyilatkozat mindkét fajtája, tehát az ún. helyettesített döntés is az önrendelkezési jog gyakorlásának részét képezi. Balogh Elemér alkotmánybíró különvéleménye szerint

helyettesített döntés esetén a cselekvőképes személy, – mivel ő maga nevez ki cselekvőképtelensége esetére egy olyan cselekvőképes személyt, akire „átruházza” a döntés jogát –, közvetett módon az ellátás visszautasítására irányuló önrendelkezési jogát gyakorolja,

⁷ RACHELS, J.: Active and passive euthanasia. *The New England Journal of Medicine*, 292. (1975) 2., 78–80. o.

vagyis a helyettesített döntés az önrendelkezési jog gyakorlásának egy speciális esete. Ez az álláspont nem tér el a kiszolgáltatott betegekről szóló határozattól, mivel az arra esetre vonatkozik, amikor az egyéni cselekvési autonómia körébe tartozóan a jog intézményesíti más személy fellépését. Helyettes döntéshozó nevezése esetén a személyhez kötöttség megmarad, bár kétség kívül közvetetté válik, ezért az élet folytatása vagy befejezése közötti választás és a beteg önrendelkezési joga között gyengébb a kapcsolat.

Már az Alkotmánybíróság első eutanázia határozatához fűzött bírói különvéleményekben is felmerült az abban meghúzott határok időleges volta, illetve az eutanázia bevezethetőségének lehetősége Magyarországon. Az eltelt két évtizedben a nemzetközi példák megsokszorozódtak, és újabb és újabb indikációs körre terjesztették ki az eutanázia kérésének lehetőségét Hollandiában.⁸ Az évente több ezer elvégzett eutanázia alapján bebizonyosodott, hogy annak bevezetésének több árnyoldala is lehet. A holland trendek azt mutatják, hogy az eutanázia el tudja veszíteni kivételes jellegét, celebek-influenszerek divatossá tudják tenni, és határait ilyen módon folyamatosan tágítani lehet. Hol van ma már az eredeti végstádiumú halálos betegség vagy elviselhetetlen testi szenvedés és az önálló döntésképeség szükségessége! Az alkalmazott holland példák messze túlnőnek e kereteken, és olyan emberek is részesültek már eutanáziában, akiknek nem volt testi betegségük, vagy hiányzott a döntésképeségük. Ezek a fenti példák óvatosságra intenek minket, és egyetértünk az AB korábbi véleményével abban, hogy ezt bevezetni hazánkban jelenleg sem időszerű. Orvosi szempontból szintén sok etikai probléma felmerül az eutanáziával kapcsolatban. Egyfelől, ha esetlegesen bevezetésre kerülne az orvosi segítséggel végrehajtott öngyilkosság (terminális szedáció) azoknál a menthetetlen betegeknél, akik súlyos testi vagy lelki szenvedést élnek át, akkor nem nagyon lenne olyan beteg, akinek eutanáziában kellene részesülnie saját elhatározása alapján. Másfelől az orvos asszisztálásával végrehajtott öngyilkosság mind a beteg, mind a részt vevő orvos számára is rendelkezik előnyökkel. A betegek számára véleményem szerint komoly visszatartó erőt jelent az a tény, hogy saját elhatározást és aktivitást igényel a részükről a gyógyszer beadásának megkezdése, hiszen ő hozza működésbe a gyógyszerek beadását. Az orvosok számára pedig kétségtelen előnyt jelent, hogy tevételesen nem kerül bele a szakember a folyamatba, hiszen csak segíti a beteg szándékának érvényre jutását.

Nézetem szerint nem a haláltól önmagában tartanak az emberek, hanem a magatehetetlen állapottól, a hosszantartó szenvedéstől és az értelmi képességeiknek elvesztésétől.

Végzőként azt kell kiemelnünk, hogy az életvégi döntések problematikája egyre szélesebb néprétegeket érint, mivel a fejlett társadalmak öregszenek, az orvosi lehetőségeink folyamatosan bővülnek, de ezzel nem nő párhuzamosan az egészségügyi

⁸ TIBOR B.: *Élni és halni hagyni*. Budapest, 2016. 291 o.

beavatkozások finanszírozása. Nagyon sekélyes az érintett társadalmi csoportok közötti párbeszéd és az együtt gondolkodás. Fontos lenne azt a tényt kommunikálni, hogy a legjobb egészségügyi beavatkozási forma a megelőzés, ezért az egyéni felelősség előtérbe helyezése esszenciális. Azt is jobban hangsúlyozni kellene, hogy a kuratív (gyógyító hatású) kezeléseket mindig meg kell kapnia minden állampolgárnak. Fontos lenne bizonyos értékhatár felett nyílt sorolást felállítani, mely egyértelműsíthetné, ki kaphatja meg az adott ellátást. Ugyanilyen fontos lenne a betegek önrendelkezésének javítása céljából az előzetes rendelkezésre vonatkozó szabályokat átalakítani, hazánkban is be kellene vezetni a POLST-ot (*Physician Orders for Life-Sustaining Treatment*), ezzel erősíteni a betegek életvégi tervezési folyamatát. Javítani kellene a palliatív ellátáshoz való hozzáférést Magyarországon, hogy a terminális állapotú betegek ne az aktív betegellátó egységeket terheljék. Egyértelműen orvosi szempontok alapján ki kellene mondani azt, kinél vált már haszталanná a gyógyító orvosi kezelés, ezeket a betegeket pedig a palliatív ellátás felé kellene terelni. A jogszabályi keretek megváltoztatása is fontos lenne, így az előzetes rendelkezés szabályainak átdolgozása, az élő végrendelet szabályai helyett a POLST átvétele és szabályainak kidolgozása lenne racionális. Az életvégi döntések átgondolása kapcsán javasoljuk annak bevezetését, hogy egy orvosi bizottság (*team*) döntsön arról, ki kerül terminális állapotba, mivel ebben a betegcsoportban a gyógyító eljárások helyett a palliatív kezelés kerül bevezetésre, és ezzel ez az orvoscsoport kimondhassa, hogy ezeknél a betegnél újraélesztés elkezdése már nem racionális.

ROZGONYI Zsolt Dezső*

Ante finem – az előrehaladott krónikus betegekkel kapcsolatos életvégi döntések jogi és egyéb társadalmi normák által szabályozott klinikai gyakorlata

I. Bevezetés

A születés és a halál mindig kitüntetett szakrális pillanata volt az emberi életnek. A születéshez társuló öröm és a halálhoz tartozó gyász az emberi kultúra bölcsőjétől fogva jelen voltak, a szereteteinkhez való kötődést a 8-12 ezer éves mumifikált holttestek feltárásai is bizonyítják.

A civilizáció, a társadalmi szerkezet és az életvitel minőségének fejlődésével mind több szempont jelent meg e kitüntetett szakrális végpontok kapcsán.

Így a születés és a halál naturális aktusában egyre több közreműködő jelent meg. Először a hitéleti képviselő (kezdetben a sámán) a vallás színeiben, *majd a születésnél és a halál aktusánál segédkező, részt vevő „egészségügyi” személy*, végül az államiság kialakulásával a társadalmi hatalmat képviselő összeíró-nyilvántartó, a születési és halotti anyakönyvező is, illetve az örökség és hagyaték kezelésében eljáró „jogtudós” is.

A modern ember társadalmának jogfejlődésével párhuzamban bővült az emberek személyiségi joga is, fokozatosan egyre több személyiségi jogosultság jelent meg a joggyakorlatban.

Az életvég aktusánál jelenlévő és segédkező hármas hatalmi egység (egészségügyi-orvosi, hitéleti-vallási és társadalmi-jogi) jelenlét és segédkezés mind a mai napig fennmaradt, és modern kifejezéssel élve: „menedzseli” az életvég körüli teendőket.

Bár e szereplők feladata és jogosultsága alapvetően megváltozott az elmúlt bő egy évszázadban, mivel az állam átvette a vallás képviselőjétől az anyakönyvezés gyakorlatát (házánkban Wekerle Sándor miniszterelnök nevéhez köthető e folyamat, 1896), de a jogi és az orvosi aktus változatlanul, bár jelentősen kibővített tartalommal szerepel az élet kezdeténél és végénél egyaránt.

* ROZGONYI Zsolt Dezső jogi szakokleveles klinikai főorvos, Semmelweis Egyetem AITK

II. Az életvég fogalma

A halál a mai jogi és természettudományos értelemben nem egy pillanat, hanem egy folyamat. Természetesen jogilag kitüntetünk egy egzakt időpontot a halál időpontjaként, de mind orvostudományi, mind jogi szempontból ismert, hogy a halálig való eljutás folyamata több stáción keresztül valósul meg. A klinikai halál után következik az agyhalál, majd végül biológiai halál beálltáról beszélünk.

Az életvég meghatározása nem egyszerű feladat. Az életvég a halál előtti időszakot jelenti. Általában hosszantartó senyvesztő vagy krónikus, illetve progresszíven romló betegeknel beszélünk életvegről. A betegség előrehaladtával, a beteg fizikálisan és mentálisan is nagyon legyengül, önmaga ellátására, életfunkcióinak fenntartására még egészségügyi segítséggel (*medical support*) sem képes, ami sejteti a halál közeldét. A pápai enciklika „pislákoló életnek” nevezi ezt az állapotot. Ezt az időszakot, ami időtartamát tekintve felöllehet néhány percet, órát, de eltarthat néhány hétig is, nevezzük életvegnek.

Az életvég utolsó pillanatait, amikor a tudat már elborult, a betegnek már nincs kapcsolata a külvilággal, a vitális szervek nem tudják ellátni feladatukat, és a halálba vezető út nyilvánvalóvá válik a környezet számára, agóniának, magyarul megfogalmazva haldoklásnak nevezzük.

Az életvég során a beteg folyamatosan vagy szakaszosan, de progresszíven rosszabodó általános (funkcionális kapacitás csökkenése), illetve egyre gyengülő fizikális és mentális teljesítmény állapotába kerül. A fizikális és mentális képességek leépülése, illetve a teljesítőképesség erős lecsökkenése az emberi lét főként jogi szempontból való megítélését érinti.

A legújabb kori fejlett társadalomban meghatározódott a cselekvőképesség fogalma, és az ember személyiségi jogai közt megjelent az emberi méltósághoz való jog, ami az egyén élete során mindvégig elidegeníthetetlen személyes joga marad, még az életvég, illetve a halál aktusa során is. Így egyrészt a betegség progressziójából eredően cselekvőképességét vesztő beteg döntéseihöz helyettes döntéshozó elrendelését kívánja meg, és a beteg gondnokság alá helyezhető, másrészt a halálba torkolló életvég idején az ellátó személyeknek szem előtt kell tartaniuk a haldokló ember személyiségi jogait, többek között az autonómiához és az emberi méltósághoz való jogát. A személyes autonómia joga részlegesen szemben áll az állam életvédelmi kötelezettségével, ami abban nyilvánul meg, hogy az életfenntartó kezelések beszüntetését ugyan kérheti a beteg, de életveszély esetén az ellátó orvosoknak az élet megóvását kell szem előtt tartaniuk a törvény szerint. Erről az alkotmánybírósi döntés is egyértelműen beszél [22/2003. (IV. 28.) AB határozat].

Az emberi méltósághoz való jog nem átruházható, az egyénhez elidegeníthetetlenül, az emberi élethez szervesen hozzá tartozik. Ennek képvisellete manapság fokozottabban jelenik meg a halál kifejlődése körül, és kötelezi az aktusban segédkező

korábban említett társadalmi hármashatalmi jelenlétet (orvos, pap, jogász) adó ellátókat is e jogok szem előtt tartására. Továbbá az ellátók maguk (szervezeteik útján) is deklarálják szakmai eljárásrendjükben, erkölcsi és morális nyilatkozataikban, hogy az életvéget vezető és az egyén halála során jelen lévő ellátóknak a haldokló életét tisztelni kell. (Többek között erről a betegtiszteletről nyilatkozik az orvosi etikai kódex.)

Az állam részéről megjelenő jogi kötelezettség az Alaptörvényben említésre kerül, egészségügyi törvényben nyer formát, és az alkotmánybíróvási döntésben kap hangot.

A vallás részéről „a pislákoló emberi élet tisztelete” a Katolikus Egyházban legmagasabb hatalmú papi személy, a pápa által fogalmazódik meg az *Evangelium vitae* című enciklikában.² Természetesen az életvégi szakrális motívumok más és más vallási fórumokon minden vallásban megjelennek.

1. A halál

A halál rövid időbeli lezajlású folyamat. A létfontosságú *keringés és légzés* szerveinek funkcióvesztése, majd leállása során a fellépő oxigénhiányos állapot eszméletvesztést vált ki, és a tudat elvész. Ez a klinikai halál állapota. Ekkor az agy még életképes, de az agyfunkciók reverzibilisen már sérül(het)tek. Az egészségügyi ellátószemélynek ilyen esetben a *reanimatio* lehetősége áll rendelkezésére, hogy a beteg életét megpróbálja visszaállítani. Ennek megkezdésére alig néhány perc áll rendelkezésre (4-5 perc).

Az elhúzódó *reanimatio* (15-40 perc) során az emberi tudatot jelentő agyi területek (*neocortex*) hamar sérülhetnek, mivel ezek a legérzékenyebbek a *hypoxiára*. Ekkor a *reanimatio* végére a kóma különböző mélységű állapota alakulhat ki és maradhat fent, még sikeresnek mondott keringés-visszaállítás (*ROSC*) esetén is.

Ennek oka az, hogy a vegetatív funkciókért felelős agytörzs idegsejtjei *hypoxiatűrőbbek*, és a hosszabb „sikeres” *reanimatio* után (amikor a keringés ugyan visszaállítható) a gondolkozásért, a tudatért felelős agyfunkciókat jelentő *neokortex* (agyféltekék) legmagasabb szintű funkciója (tudat) elvész, de az ősbibb agyterületek vegetatív funkciói megtarthatók maradnak. Amennyiben ez hosszabban (hónapokig) is fennálló állapotot jelent, akkor perzisztáló vegetatív állapotnak (*PVS*), esetleg a beteg tudattartalom nélküli nézegető állapota esetén ún. *vigil kómának* tekintjük. Amennyiben az agytörzs is elpusztul, de a keringés és légzés átmenetileg visszaállítható és gyógyszeresen, eszközösen fenntartható, akkor beszélünk agyhalálról. A beteget *cadavernek* tekintjük, ami az alapját képezi a transzplantáció lehetőségének. Ebben az állapotban már az agytörzsi reflexek sem működnek.

Szinezi a képet, hogy bizonyos ritka helyzetben, például stroke következtében megjelent kómás állapotokban megmaradnak bizonyos tudati funkciók, azonban

² II. János Pál: *Evangelium Vitae* (Az élet evangéliuma). 1995. március 25.

a kialakult teljes motoros és szenzoros afázia miatt a beteg a környezete felé nem tudja kimutatni. Ez az állapot a *locked-in* szindróma. Mint a neve is mutatja, a tudat bezárt-ságát jelenti, és sokszor nehézséget jelent a *vigil kómától* való elkülönítése.

A klinikai halál visszafordításának elmaradása vagy a keringés és légzés visszaállításának eredménytelensége a biológiai halál beálltához vezet. Ekkor a keringés és a légzés teljes leállása mellett az agyműködés teljes leállása is bekövetkezik, az agyszövet visszafordíthatatlanul károsodik, és beáll az *exitus lethalis*. A jog ezt az időpontot tekinti a halál idejének.

Speciális helyzetet teremt a szervtranszplantáció társadalmi igénye, aminek során az egyébként korábban egészséges vagy jó funkcionális állapotú, de most haldokló személy szerveinek életben tartása szükséges. Ekkor a donoragy, beleértve az agytörzset is, visszafordíthatatlan pusztulásának (agyhalál) képzett szakértők által jogszabályban szabályozott megállapításának idejét tekintjük a halál beálltának. Ebben az időpillanatban azonban a vitális szervek (szív, tüdő, máj, hasnyálmirigy, vese) funkciói még megtartottak, ezért a kórházi gyakorlatban terápiás erőfeszítéseket teszünk funkcióik minél teljesebb megőrzésére (donorgondozás folyamata) a transzplantáció megvalósítása céljából.

2. Társadalmi, hitbeli és morális elvárások az életvég során

A fejlett társadalmakban az elmúlt száz évben jelentős változások mentek végbe az életvitel, a társadalmi szokások és a társadalmi morális elvárások tekintetében. A tudományos ismeretek bővülése lehetőséget adott némely kisszámú esetben az életvég befolyásolására. Ezen alkalmakkor a reanimatio végzésével megpróbálhatjuk visszafordítani a halál megkezdődött folyamatát. Az újraélesztés megkezdésére a sajtó és a média által túlzott mértékű eredményességet hirdető megnyilvánulásai következtében nagy társadalmi igény jelentkezik, a társadalom morálisan elvárja az újraélesztés megkísérlését mint az elvárható segítségnyújtás alapvető megnyilvánulását. Így ma már a középiskolákban is tanítják az alapszintű újraélesztés (*reanimatio*, reszuscitáció) gyakorlatát (lásd az Apáczai Csere János Gyakorló Gimnázium esetét, ahol a Semmelweis Egyetem vezetésével minden érettségizőt megtanítanak újraéleszteni). Az elvárható segítségnyújtás társadalmi igénye már sokkal korábban jogi formát öltött. Magyarországon először 1873-ban született olyan polgári törvénykönyvi paragrafus, mely megemlíti a mindenkitől elvárható segítségnyújtás fogalmát, aminek manapság már részévé kezd válni az alapszintű újraélesztés gyakorlata is.

Másrészről a társadalmi változások, mint például a nagyvárosi életmód, a gyógyítás és vallás gyakorlatának változása nyomán a betegek manapság nagy többségben egészségügyi ellátó helyeken, ápolási otthonokban fejezik be életüket. Az USA-ban az elhalalozás majd 85–90 százalékban egészségügyi intézményekben és ápolási otthonokban, ún. *nursing home*-ban következik be.

Más országokban, mint például Indiában ez a tendencia még a mai napig is alig van csak jelen, a betegek mindössze 10 százaléka hal meg betegellátó intézményekben, a lakosság nagy része otthon vagy az utcán hal meg.

A haldoklás (agónia) folyamatát a mai nyugati társadalom nem kívánja végigkísérni, ezért is elvárás az, hogy inkább egészségügyi ellátóhelyeken történjék. Ez a társadalmi magatartás valamilyen haláltól való társadalmi elzárkózásnak, a szembesülés előli menekülésnek tekinthető.

A modern nyugati szemléletű államokban társadalmi elvárás, hogy a betegek ne egyedül az otthonukban vagy az utcán leljék halálukat, hanem egészségügyi ellátó helyen, ahol minden bizonnyal megkapták az élet végénél várható segítséget vagy orvosi és ápolási ellátást.

3. A család szerepe és elvárása

Hazánkban a család szerepe igen fontos az életvégi döntések során. A betegek jellemzően nem adnak meg helyettes döntéshozót, így a törvényes képviselők a közeli hozzátartozói családtagok közül kerülnek ki döntéshozóként. Sokszor azonban a családtagok a családi hierarchiának megfelelően próbálják meg a jogot érvényesíteni. Előfordul olyan eset is, amikor a családfő saját felfogása szerint befolyásolja a beteget a döntéshozásban. Ilyenkor jellegzetesen nagyobb intenzitású érzelmek is felszínre törhetnek. A család elvárása általában a legmagasabb szintű egészségügyi ellátás, és nem fogadja el a kezelés korlátozását vagy a terminális palliáció bevezetését. Sokszor előfordul, hogy munkaképes korú, nem dolgozó és társadalombiztosítást nem fizető beteg esetében a család követeli a legmagasabb szintű ellátást, sőt a sztársebész vagy az osztályvezető főorvos/professzor személyes részvételét kéri a kezelésben. Ilyen esetekben a kórházi etikai bizottság és a betegjogi képviselő beiktatása hasznos lépésnek bizonyulhat.

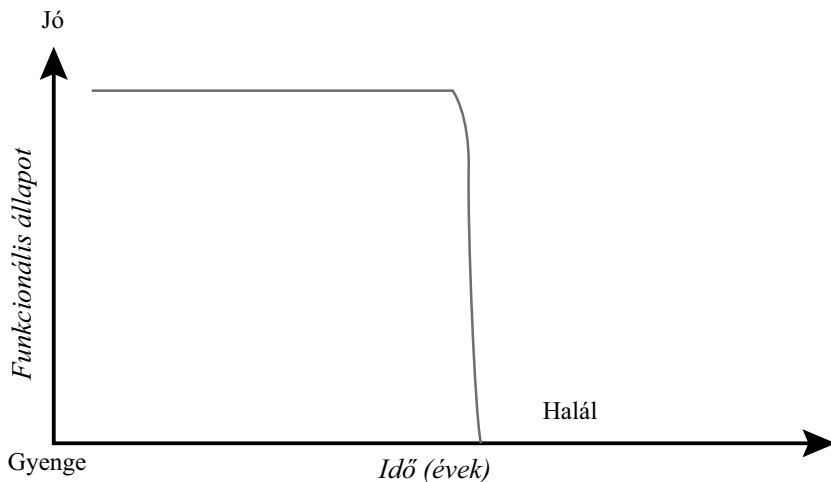
4. Az életvég dinamikája

A halál bekövetkezhet váratlanul, hirtelen halál formájában vagy hosszabb betegség folyamata következtében számíthatóan, előrelátható módon.

5. A hirtelen vagy váratlan halál

Nem várt haláleset, mely alapvetően egészséges vagy egészségesnek ismert ember esetében következik be. Ilyen alkalommal az addig jó életminőségben élő, jó funkcionális állapottal bíró (testi-lelki ereje teljében vagy annak közelében lévő) egyén hirtelen és váratlanul kerül súlyos betegség állapotába, mely hevenyen vezet halálhoz,

mint például szívinfarktus, masszív tüdőembólia, agytörzsi agyvérzés (*stroke*) súlyos formája, súlyos baleset vagy valamilyen súlyos környezeti ártalom. Az életfunkciók gyors megszűnésével az addigi jó funkcionális állapot hirtelen esik nullára.



1. ábra. Hirtelen vagy váratlan halál

Forrás: saját szerkesztés

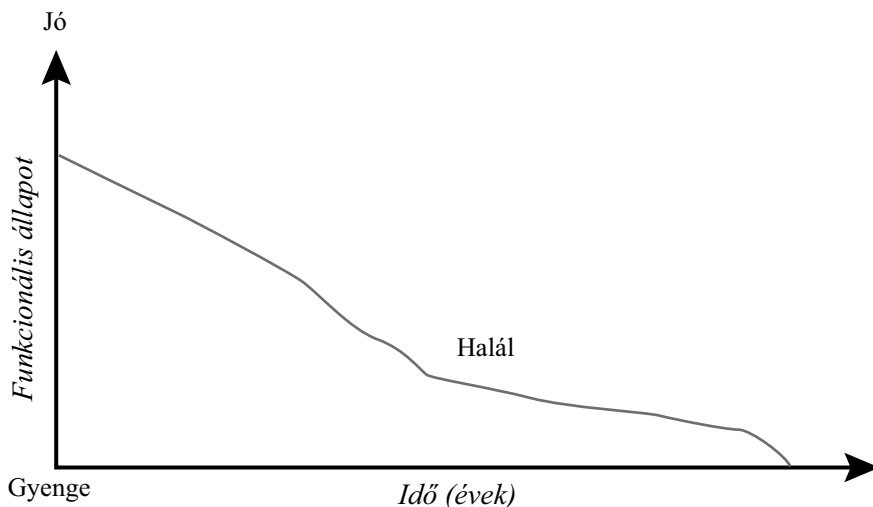
6. Elgyengüléssel vagy demenciával járó betegségek okozta halál

Jelen korunkban a meghosszabbodó korosodás során az idővel progresszíven csökkenő vitális funkciók végül nagyon alacsony funkcionális értékhez vezetnek, mind fizikális, mind mentális tekintetben. Az akár öntudatlan, önmagát ellátni teljes egészében képtelen beteg halála már bármikor bekövetkezhet. Az öregedés vagy a betegség folyamatának előrehaladtát, annak irreverzibilitását ismerve, az ellátó egészségügyi szakember átengedi a halálba a beteget életvégi méltóságának megóvása céljából, mivel életének megóvása céljából érdemben már nem tehet hasznos orvosi tevékenységet. Ilyen betegségek a krónikus, progresszíven romló állapotot okozó betegségek, a demenciát okozó kórképek és a természetes végelgyengülés folyamata. Idetartoznak még az izomzat elsorvadását okozó kórképek is, bár ezen utóbbi betegségecsoport napjainkban kezd más elbírálás alá esni. Az otthoni ún. *home-care* szervtámogató ellátásban (lélegeztetésben, dialízisben vagy egyéb életfenntartó kezelésekből) részesülő betegek életminőségére ma már másképpen tekintenek, és a társadalom egyre inkább elfogadhatónak véli a lélegeztetéssel vagy az életfenntartó lélegeztetéssel járó létet is, ahol a beteg tudata jó állapotú, és saját sorsát tekintve akarata érvényesülni tud a mindennapokban.

A betegség lefolyását, a funkcionális kapacitás (állapot) értékét az idő függvényében a 2. ábra mutatja. Az ábrán a hosszú időn keresztül fokozatosan romló, alacsony

funkcionális állapottal bíró végállapotú beteg időbeni állapotromlását és halálbaérésének dinamikáját láthatjuk.

A funkcionális állapotnak sok értékelési táblázata létezik, magam a Karnofsky-féle pontrendszert (*performance index*) kedvelem a legjobban, mert tárgyilagos, és egyszerűen mutatja az állapotszinteket. Ez 0 és 100 százalék között értékeli az egyén aktivitásképességét. A teljes ellátást igénylő, ágyhoz kötött haldokló 0 százalékos, a teljes életet élő 100 százalékos aktivitású személy a skálán.



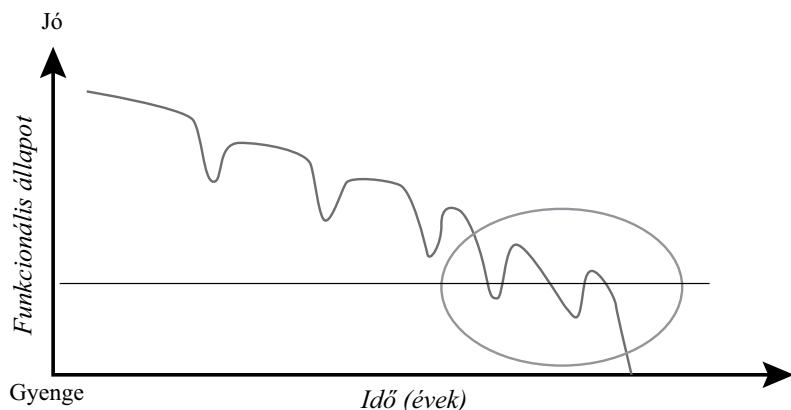
2. ábra. Demenciák, senyvesztő betegségek

Forrás: saját szerkesztés

7. Exacerbáló, krónikus betegségben szenvedő betegek életvége, halálhoz érkezése

A krónikus betegségek időbeni életminőségi mutatói a betegség során jelentkező heveny romlások – ún. *shubok* vagy exacerbációk (fellángolások) – alkalmával sokat romlanak, de a kezelések hatására az átmeneti heveny romlás után túlkerülhetnek a betegek, és visszatérhetnek a fellángolás előtti életminőség közelébe; bár a heveny állapotromlás mindig csökkenti a szervi funkciókat, és így a fellángolás előtti funkcionális kapacitás és szervi teljesítőképesség mindenképpen romlani szokott.

Ilyen betegségek a krónikus légzőszervi betegségek okozta légzési elégtelenség szindrómája, a krónikus szívelégtelenség szindrómája, a krónikus gyulladós bélbetegségek, illetve a krónikus veseelégtelenség. A tüdő és a szív elégtelensége esetén azért beszélünk szindrómáról, mert különböző etiológiájú betegségek vezetnek egy közös klinikai tünetegyüttes megjelenéséhez.

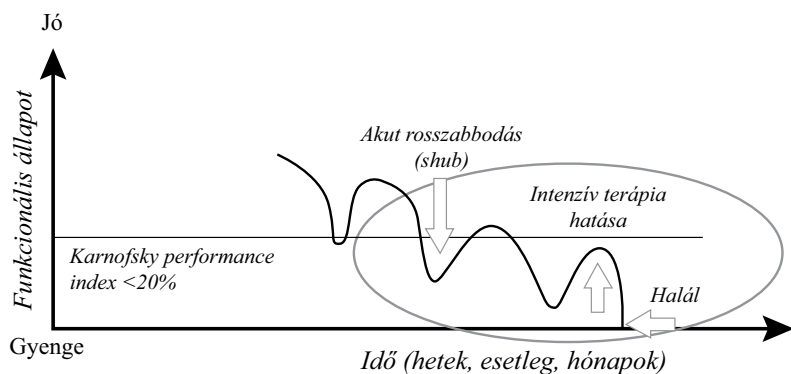


3a. ábra. Az exacerbációval járó életminőség-romlás időbeli dinamikája

Forrás: saját szerkesztés

A 3a. ábra jól mutatja a krónikus szervi elégtelenséggel összefüggő betegségcsoport életminőség- és funkcionális kapacitás időbeni alakulását. A betegek az életük utolsó éveiben a visszatérő heveny romlások során az átlagos populációhoz képest nagyobb mértékben veszítik funkcionális képességeiket (kapacitásukat). Az akut fellángolások (*shubok/exacerbációk*) során a betegek életminősége jelentősen romlik, akár a „halál szele” is megérinthesi őket. Az ellátó személyzet (*healthcare provider*) ilyenkor minden erőfeszítést megtesz az élet megtartása céljából. A betegek funkcionális állapota az akut fellángolás és rosszabbodás során egészen a reanimáció szintjéig süllyedhet, amikor egyes szervfunkciók oly mértékben lecsökkennek, hogy gépi támogatást [(vesekezelés, gépi lélegeztetés, a keringés ballonpumpa-támogatása, műszívbeültetés vagy testen kívüli oxigenizáció (ECMO: extracorporális membrán oxigenizáció)] igényelhetnek.

A 3b. ábra mutatja azt, amikor a nagyon gyenge funkcionális állapotot is eléri a beteg, és onnan jut a jobb emberi életet jelentő funkcionális állapotba, illetve a végén a halálhoz.



3b. ábra. A gyenge funkcionális állapot (a 3a. ábra részletének nagyítása, magyarázata)

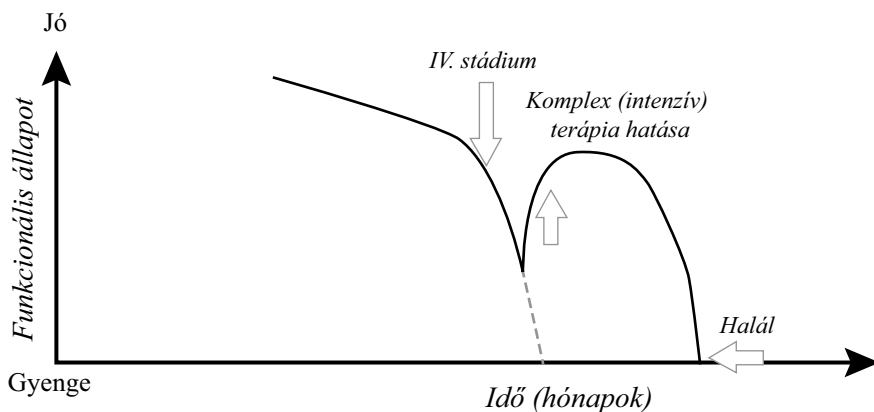
Forrás: saját szerkesztés

Az egészségügyi ellátószemélyzet számára ilyenkor mindig az a kérdés, hogy vissza lehet-e fordítani a beteg állapotát, és ha igen, akkor az állapot javítható-e olyan szintre, ami az élethez elégséges, és a beteg méltóságát is megőrizhető életminőségi szinten marad-e. Mint a *3b. ábra* is mutatja, az életvég során a beteg akár több fellángolásba is belekerülhet, és nehéz megbecsülni, meddig javítható a beteg funkcionális kapacitása az önálló vagy részben önálló életvitelhez. Amennyiben nem javul, nehéz eldönteni, mikor áll elő az a pont, hogy az ellátószemélyzet az alkalmazott, ún. célorientált szupportív, életfenntartó terápia változtatását kezdeményezi, és helyette a törvény által engedélyezett palliatív, ún. komfortterápiát (terminális palliatív ellátást) biztosítja a beteg számára. Az elmúlt 10-15 év tudományos fejlődése mérsékelt áttörést is hozott a tumoros senyvesztő betegségek ellátásában. Bizonyítottak látszik, hogy a célirányosan végzett intenzív terápiával a nagyon rossz egészségi állapotba kerülő betegek (például kemoterápiát követő tumornekrózis-szindróma, szívelégtelenség) egy kis részüknek átmenetileg jelentősen javítható az életminősége, és így meghosszabbítható (ha csak átmenetileg is) az élete. A *3b. ábra* az intenzív terápia hatására bekövetkező funkcionális kapacitás javulását szemlélteti.

8. Tumoros betegek életvég-lefolyása

A daganatos betegségek az egyéb senyvesztő betegségekhez hasonló funkcionális kapacitás–idő függvényének dinamikáját mutatják kezelés nélkül – tehát az idő múlásával hasonló dinamikával csökken a funkcionális kapacitásuk maximuma –, a betegség előrehaladtával meredeken romlik az életminőség. A heroikus vagy ún. *full-code* intenzív kezelések megnyújtják az életvéget, és a krónikusan fellángoló betegségekhez teszik hasonlóvá a betegség lefolyásának dinamikáját. Gondoljunk csak a kemoterápiák során fellépő állapotromlásra, a funkcionális állapot jelentős gyengülésére és a fellépő szövődmények okozta további funkcionális romlás mértékére. Ezen rosszabbodások némely esetben „intenzív” terápiával átmenetileg javíthatók, és a betegek akár a rossz *shubokból* is, mint például a kemoterápiát követő tumorszétesés-szindrómából kihozhatók, de ezek a kezelések nagy költséggel járnak, és sajnos csak átmeneti hatással bírnak, így a források méltányossági allokációja és hasznosságalapú alkalmazása is meghatározza bevetésüket.

A *4. ábra* a tumoros betegek életvégét és az intenzív kezeléssel történő funkcionális állapotuknak a javítását szemlélteti.

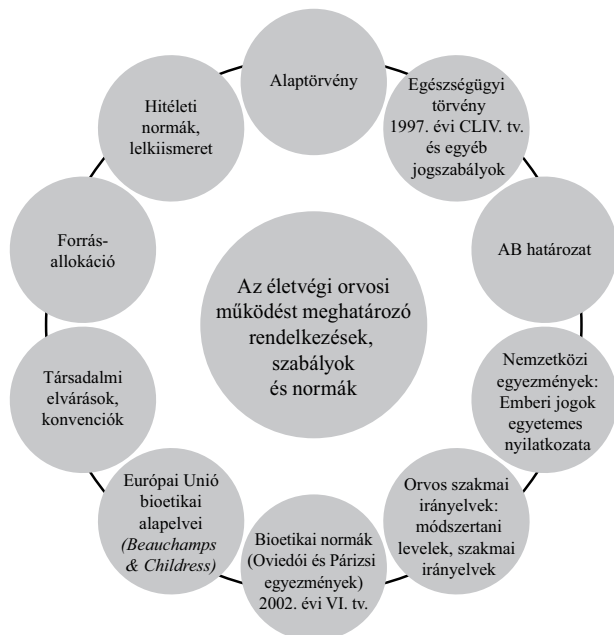


4. ábra. Tumoros betegségek életvégi dinamikája

Forrás: saját szerkesztés

9. Az ellátó orvosok döntési szempontjai

Az orvosi döntéshozatal legfőbb alapját az orvosszakmai szabályok és társadalmi elvárások adják. A társadalmi elvárások főként morális szempontok alapján alakulnak, de megjelennek benne jogi elemek is. A vallási és hitéleti szempontok sem elhanyagolhatók. A döntéseket meghatározhatják az orvosok tapasztalatai és személyes élményeik is.



5. ábra. Az orvosi tevékenységet meghatározó vagy befolyásoló normák, elvek, nyilatkozatok és jogszabályok

Forrás: saját szerkesztés

A betegeknek jogukban áll előre meghatározni az életvégi döntésüket. Ez ma már hazánkban is elérhető lehetősége és joga az állampolgároknak. Az előre megtett jognyilatkozatot, mely az életvégről rendelkezik, élő végrendeletnek (*living will*) nevezzük. A jogalkotó rendelkezik arról, hogy milyen feltételek mellett lehet ilyen jognyilatkozatot tenni. Az életvég során az orvosoknak a beteg akaratát figyelembe kell venniük, a jogalkotónak azonban kezelnie kell az állam polgárainak életvédelmi kötelezettsége és az egyén személyiségi jogai közé tartozó autonómiája (önrendelkezési joga, például, hogy visszautasíthat terápiákat) között esetlegesen megjelenő szembenállást (kollíziót). Az állam és személy jogai közti szembenállást a jog úgy tette kezelhetővé, hogy az egyén csak nagyon szűk körben, a gyógyíthatatlan betegségek végállapotának esetében rendelkezhet (érvényesítheti személyiségi jogát) a saját életvégéről, azt is csak a tudomány mindenkori állásának megfelelően gyógyíthatatlannak vélt betegségek végállapotú fennállásának esetén. A korábban közjegyző előtt megtett nyilatkozatot az életvég bekövetkeztekor meg kell erősíteni az orvosbizottság előtt, ez azonban szinte soha nem következik be. Az esetek túlnyomó részében a beteg cselekvőképessége sérül betegségének súlyosbodásával, és nem tud jognyilatkozatot tenni.

Ennek következtében hazánkban nem is alkalmazzák az élő végrendeletet, bár jogilag elérhető rá a lehetőség.

Az ellátó orvost és egészségügyi személyzetet a törvényes szakmai ellátási kereteken túl morális kötelezettség is terheli. Miben is áll ez?

10. A szolidaritás és igazságosság mentén történő elosztás. Az életvégi kezelések finansziális szempontjainak alapjai

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételenek elvi meghatározása több különböző tengely mentén történhet. A hazai egészségügy jellemzően szolidáris ellátórendszer.

A rendszer úgy működik, hogy kötelezően mindenki a fizetőképességének mértéke szerint fizet be az egészségbiztosítási alapba, és az kap ellátást, aki rászorul, tehát a szolgáltatások kiosztása rászorultsági elv szerint történik. Ennek megfelelően a magasabb jövedelmű rétegek meghatározóan többet fizetnek a közös alapba (az utóbbi évek KSH adatai alapján a felső jövedelmi réteg kevesebb mint 10 százaléka fizeti a befizetések több mint 50 százalékát), míg a szociálisan rászorultabbak nagyobb arányban veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat. Ez maga a társadalmi szolidaritási elv. Az ellátásoknak elvileg nincs felső anyagi korlátja. Vagy mégis van?

Az könnyen belátható, hogy az egészségbiztosítási kassza nem feneketlen, és a fejlett egészségügyi szolgáltatások és ellátások egyre több csúcstechnikát használnak fel, ezért a terápiák, beavatkozások is egyre drágábbak lesznek. Így az is belátható, hogy zárt végű kassza esetén nem juthat hozzá mindenki az összes ellátáshoz. Tehát az egészségügyi törvényben (Eütv. 1. §) alapcéllul kitűzött „társadalmi és egyéni érdekek harmóniába hozása, és az erőforrások optimális felhasználása” nehezen megvalósítható feladat,

amely részben és áttételesen az ellátó orvosokra ruházódik át a mindennapokban. Akkor mi alapján szabunk gátat a fölös kiadásoknak?

Nem könnyű meghatározni, hogy mi a fölös kiadás. Orvosi defenzív vizsgálatokra (fölsleges igazoló és megerősítő vizsgálatok) például az USA-ban évi 200 milliárd dollárt költöttek a 2010-es években. Magyarországon is költünk sajnós orvosi defenzióra, méghozzá nem is keveset. Ennek egyik oka az ellátási minőségi indikátorok nem egységes alkalmazási gyakorlata a mindennapokban.

Hazánkban a 2017. évi NEAK-kiadási oldal 2133 milliárd forint volt, majdnem 90 milliárd forint kiadási többlet (deficit) mellett.

Hogyan is szabunk gátat a fölsleges kiadásoknak?

Először is a NEAK ellenőrzi az egészségügyi ellátások elszámolási szabályosságát. Másodsor az egészségügyi ellátók bizonyos TVK-keretekhez (teljesítményvolumenkorlát) rendelt finanszírozást kapnak, így teljesülhet a zárt kassza mellett egyensúlyban lévő ellátás. A rendelkezésre álló pénzügyi keretek kisebbek, mint az ellátáshoz szükségesek. Ekkor lép be az ellátások finanszírozási elosztásának fogalmkörébe a források allokációja. Többféle allokációról is beszélhetünk. A források allokációjának egyik meghatározó tényezője, hogy legfőbbképpen azt szolgáltatassunk, amire társadalmi igény van. Másrészt a kezelések hatékonysága és hasznossága is meghatározóan fontos kérdés. Hasznos egy kezelés, amennyiben részben vagy egészében eléri a megkívánt vagy elvárt kezelési hatást, és kimutatható életminőség-javulást ér el. Amennyiben egy kezelés nem ér el hasznot, nem is hatékony. Így az akár el is hagyható, mondja az Eütv., és a MOK etikai szabályzata is ugyanígy nyilatkozik. Tehát ha a kezelés vagy beavatkozás nem hozza meg a kívánt vagy az elvárt hatást (egészségbeli javulást, funkcionális állapotnövekedést), akkor az egészségügyi ellátó *team* korlátozhatja vagy akár meg is szüntetheti annak alkalmazását. Ennek a kezeléskorlátozási lehetőségnek különösen az előrehaladott, exacerbáló (fellángoló) krónikus betegségek életvégi állapotainak ellátása során van gyakorlati jelentősége. Az ismerten nagyon gyenge állapotú, előrehaladott krónikus betegek esetében (a *Karnofsky performance index* érték alacsony, általában 20% alatti), a krónikus betegség vagy kísérőbetegség újra fellángolása során, amikor a beteg az ismert célorientált, szupportív és kuratív tartott terápiák ellenére a halál mezsgyéjére kerül, sokszor vetődik fel az alkalmazott terápia hatékonyságának, hatékonyságának a kérdése a forrásallokáció szempontjainak figyelembevétele mellett is.

Able to carry on normal activity and to work; no special care needed	100	Normal no complaints; no evidence of disease
	90	Able to carry on normal activity; minor signs or symptoms of disease
	80	Normal activity with effort; some signs or symptoms of disease.
Unable to work; able to live at home and care for most personal needs; varying amount of assistance needed.	70	Cares for self; unable to carry on normal activity or to do active work
	60	Requires occasional assistance, but is able to care for most of his personal needs.
	50	Requires considerable assistance and frequent medical care.
Unable to care for self; requires equivalent of institutional or hospital care; disease may be progressing rapidly	40	Disable; requires special care and assistance
	30	Severely disabled; hospital admission is indicated although death not imminent,
	20	Very sick; hospital admission necessary; active supportive treatment necessary.
	10	Moribund; fatal processes progressing rapidly.
	0	Dead

6. ábra. A funkcionális performansz (kapacitás) Karnofsky-féle indexe

Forrás: KARNOFSKY, D. A. – BURCHENAL, J. H.: The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In MACLEOD, C. M. (ed.): *Evaluation of chemotherapeutic agents*. New York, 1949. 191–205. o.

Elvileg az ellátás minőségétől, a beteg genetikai állományától (genetikai polimorfizmus) és az általános szervezeti tartalmakaitól függően a beteg többszöri kórállapot-fellángolás után is visszajavulhat arra a szintre, ahol újra emberhez méltó életet élhet, és minimális, az életvitelhez szükséges aktivitást képes elvégezni. Tehát elfogadható mértékű emberi méltóságot elérő életet tud élni, de ez sajnos nem mindig van így.

Egyes előrehaladott esetekben a beteg állapota a teljes terápiás arzenál használatának bevetése ellenére sem javul, esetleg tovább romlik. A beteg életfunkcióit az életben tartás érdekében gépi funkciópótló kezelések segítik (például lélegeztetőgép, szívmotor, ballonpumpa, illetve perfúzoros folyamatos gyógyszeres keringéstámogatás); és ezen kezelések megszüntetésére bizonyosan nincs lehetőség, illetve a kiesett szerv(ek) funkció(i)t szervtranszplantációval sem lehet pótolni az agonizáló betegnél. Ekkor mondjuk, hogy a beteg sorsa reménytelen. Mivel a kezelés során az alkalmazott terápiák nem hozták meg a kívánt eredményt, nem voltak hatásosak, így a beteget ellátó orvosi team kezében van annak a lehetősége és felelőssége, hogy limitálja a továbbiakban bevetendő erőforrásokat. Az egészségügyi törvény az első bekezdésében leszögezi, hogy az ellátás során a társadalmi és egyéni érdekeket harmonizálni, valamint az erőforrás felhasználását optimalizálni kell. Ez azt jelenti, hogy mérsékelheti a bevetett célorientált,

de „hatékonytalan” kezelések mennyiségét, melyek nem hozzák meg a várt eredményt a beteg állapotjavulásában, illetve vissza is léphet azok alkalmazásától.

A végállapotban lévő beteg ellátása során az orvos a terminális palliáció és komfortkezelés alkalmazása mellett dönthet. A terminális palliatív medicina hazánkban a kezelő team egységes véleménye alapján megkezdett a beteg érdekeit szolgáló áthidaló és komfortterápia. Ezt manapság BSC-terápiának, *best supportive care*-nek nevezzük. A palliáció fogalmába tartozik még az áthidaló sebészeti, radiológiai kezelés is az említett gyógyszeres BSC-n túl. Fontos kiemelni, hogy egyhangú a döntéshozatal, az orvosi team tagjai (például onko-team) vallásuktól, morális elkötelezettségüktől és szakmai képzettségüktől, tapasztalatuktól függetlenül döntenek egységesen. Ez valamilyen morális és szakmai garanciát is jelent a betegek részére.

A terápia korlátozása során két dolgot kell megemlíteni. A kezelő team minden esetben megbeszéli a beteg családjával/helyettes döntéshozójával a terápia mérséklését. Második említendő tény, hogy a beteg méltóságának (*human dignity*) megőrzése, az emberi élet tisztelete (az alkotmánybírósi döntés is erre utal) megköveteli a beteg komfortkezelését. A komfortkezelés egyfajta terminális palliatív kezelés, amely biztosítja a beteg fájdalommentességét, a beteg helyzetéből adódó kiszolgáltatottságérzésének felfüggesztését, a halálhoz közeledés rossz érzetének minimalizálását. Mindez egyezik az európai bioetikai normákkal. Mivel az ilyen természetű, rövid időtávú életvégvezetés általában intenzív osztályon, mesterséges környezetben történik, főként az intenzív terápiás orvosok, esetleg sürgősségi orvosok érintettek az ilyen döntésekben, de krónikus osztályokon is bekövetkezhet az életvég. A gyakorlatban az életvéghez közeledő, de segítséggel még javítható életminőségű betegek az intenzív vagy intenzifikált ellátást biztosító (ún. *high dependency unit*, HDU) osztályokra kerülnek a később ismertetett intenzív osztályos *rescue*-felvételek mentén. A hosszabb kifutású életvég vezetések lehetőség szerint krónikus ápolási egységekben vagy erre a célra dedikált *hospice*-osztályokon/részlegeken valósulhat meg. Ez utóbbi osztályokon palliatív medicinában jártas orvosi team segíti az életvég vezetését.

Amennyiben a beteg hozzátartozói nem tudják elfogadni a közeledő vég kapcsán alkalmazandó eljárásokat, betegjogi képviselőhöz fordulhatnak, vagy az intézeti etikai bizottság is bevonható a döntési láncba.

Az életvég ilyen formában történő vezetése során nem szabad arra gondolni, hogy az orvos-team ezzel esetlegesen valamilyen eutanáziaformát követ el. Egyáltalán nem teszi azt.

A passzív eutanázia fogalma valamely kezelés meg nem kezdését jelenti, azért, hogy a beteg meghaljon. Az említett reménytelen esetekben azonban nem az történik, hogy a kezelő team „nem kezdi meg” az orvostudomány mindenkori állásának megfelelő szintű ellátást, hanem azt alkalmazza, és annak eredménytelensége, haszontalansága folytán áttér a terminális palliatív medicinára!³ Minden esetben palliatív komfortkezelést

³ MOK Orvosi Etikai Kódex II.2.2. (17) bekezdés.

kell alkalmazni. Tehát amennyiben nem áll rendelkezésre hatásos gyógymód, ún. *ex juvantibus*, a szenvedéseket mérséklő, a komfortot fokozó kezeléscsomagot alkalmaz az ellátó team.

Természetesen a korlátozásoknak forrásmegőrző hatásuk is van, ami a szolidáris alapon működő egészségbiztosítási rendszerekben, zártvégű egészségbiztosítási kassza esetén teljesen érthető. A rendelkezésre álló források nem hatékony terápiákra való pazarlása, haszontalan kezelések folytatása csökkenti a közös forrásokat, sérti a közösségi érdekeket, szemben áll a szolidáris kezelés megkezdések során alkalmazott forráselosztás optimális felhasználásával.

Az igazságosság–szolidaritás tengelyen (Beauchamp–Childress szerint)⁴ az igazságosság irányában eltolt működésű egészségbiztosítási rendszerekben (például USA) természetesen a beteg (vagy annak a családja) dönthet a kezelés mindhalálig történő folytatásáról, de annak költségeit a betegnek kell viselnie. Amennyiben biztosítója fizeti a kiadásokat, akkor a biztosító szabja meg, meddig állja a kezelési költségeket. Nem kis összegekről van szó. Az EU-ban az intenzív kezelés napi költsége átlagosan napi 2000–2500 euró, speciális kezeléseknél. Az USA-ban ez szintén 2000–3000 dollár/nap, de speciális kezelésekkal ez elérheti a napi 6000–10 000 dollárt, néha a 16 000–20 000 dollár/napi költséget is!

III. Összefoglalás

Az életvégi döntések meghozatala és kivitelezése senki számára sem könnyű feladat.

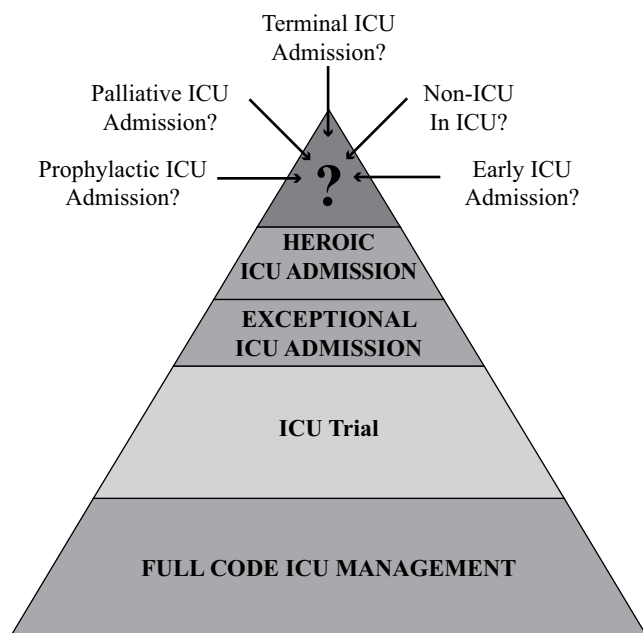
Jelen korunkban a modern európai és angolszász társadalom nem kezeli könnyen az életvég aktusát. A társadalom haláltűrése jelentősen csökkent, az emberek nem akarják az otthonukban végigasszisztálni vagy eltérni a haláltusát. A magas szintű egészségügyi ellátás és a széles körű társadalombiztosítás tényének ismeretében a családtagok az életvégen is magas szintű ellátást igényelnek szeretteiknek.

Így a fejlett társadalmakban egyre fokozódik az igény a betegek egészségügyi intézményekben történő életvégi ellátására.

Ez nagyobb egészségügyi kapacitásokat és természetesen nagyobb finansiális és humán erőforrásokat igényel. A gyógyítási ismeretek gyarapodásával a hosszantartó betegségek ellátása sokat fejlődött az elmúlt évtizedekben, és ennek következtében az ellátott betegek életminősége is jelentősen javult, élethosszuk növekedett. A társadalmi igény is sokat változott a krónikusan kezelt betegek ellátását illetően. Az emberek még rossz életminőség mellett (Karnofsky-index) is igénylik a teljes körű ellátás lehetőségét. Még reménytelen esetekben is felvetődik a betegség visszafordíthatóságának a kérdése. Nem véletlen, hogy az elmúlt 10-20 évben az intenzív osztályos felvételek indikációi is

⁴ BEAUCHAMP, T. L. – CHILDRESS, J. F.: *Principles of biomedical ethics*. Oxford, 2001.

megváltoztak. Korábban a reménytelennek vél rákos vagy fellángoló krónikus betegek végállapotának kezelése nem tartozott az intenzív osztályos felvétel indikációi közé, sőt attól mereven elzárkóztak, mondván a kilátástalan életvég nem intenzív kezelés igényű, és a nagy ráfordítások mellett is rossz túlélési esélyek miatt nem vállalták a kezelés megpróbálását. Az elmúlt 10 évben ez a folyamat változni látszik, reménytelennek ítélt betegek is bekerülnek az intenzív osztályokra speciális ellátási indikációkkal (lásd 7. ábra).



7. ábra. Az intenzív osztályos felvételek indikációi végállapotú rákos betegeknél

Forrás: AZOULAY, E. – SOARES, M. – DARMON, M. et al.: Intensive care of the cancer patient: recent achievements and remaining challenges. *Ann. Intensive Care*, 1. (2011) 5., <https://doi.org/10.1186/2110-5820-1-5> (letöltve: 2020.07.20.).

Bár a kezelési sikeresség alacsony, de a társadalom részéről az elvárások manapság egyre magasabbak, és a társadalom morálisan is elvárja a „legmagasabb szintű” ellátás. Ennek érdekében történnek próbálkozások a reménytelennek látott állapotú betegek életének méltóságban történő meghosszabbítására. Ezek között a kísérletek között vannak megalapozott próbálkozások (*full code management*), és vannak a társszakmák közötti másként látásból vagy a család irreális elvárásából fakadóan megkísérelt intenzív ellátások [kivételes ellátás vagy a heroikus ellátási kísérletből történő, esetleg intenzíves próbálkozást jelentő (*ICU trial*) felvételek]. Az intenzív osztályos *trial* az életvégi döntés (*end-of life decision*) előtt alkalmazott legalább háromnapos intenzív kezelés, annak eldöntésére, hogy a legmagasabb és komplexebb szintű ellátás vajon javítja-e a beteg életkilátásait. Ritkán, diagnózis hiányában a gyorsan romló beteget intenzív osztályon

kezeljük, és a diagnózis felállítását követően itt kezdjük meg a palliatív ellátást. Esetleg bizonyos beavatkozás során az előre tudott szövődmények által okozott állapotromlás megelőzése vagy kivédése céljából alkalmazhatunk intenzív osztályos kezelést (profilaktikus vagy korai intenzív felvétel például várható szeptikus állapot miatt vagy veseelégtelenség lehetősége miatt a tumorszétesés-szindrómánál vagy makrofág aktivációs szindróma során).

Megjegyzendő, hogy a kilátástalan esetekben (előrehaladott, mai ismereteink szerint gyógyíthatatlan betegségek esetében) az élő végrendeletre (*living will*, Eütv. 20. §) ugyan van lehetőség, de arra gyakorlatilag nem történt példa. Ennek oka a törvényhozó által előírt, szigorú feltételek a jogszabály-érvényesítésnél, mely annyira körülbástyázza a jogszabály alkalmazásának kritériumait, hogy szinte lehetetlenné teszi annak alkalmazását. Ugyanakkor a társadalom igényli a személyes autonómia gyakorlásának lehetőségét az életvégi döntések területén is. Jól látható ennek érvényesülése abban, hogy a nyugati országokban megindult az eutanázia vagy az öngyilkosságban való közreműködés engedélyezése. Ennek egyik kiváltó oka, hogy a személyhez fűződő jogok alkalmazása növekszik, másrészt a társadalom vallásossága jelentősen csökkent, így az életvég isteni felügyelete vagy befolyásolása mind kisebb mértékben elfogadott, és az emberek mind nagyobb mértékben az egészségügyi ellátórendszerrel várják a segítséget az életvég emberhez méltó befejezéséhez.

A témában jobban elmélyülni szándékozó olvasóknak Polcz Alaine két munkáját, a *Halál iskolája*⁵ és az *Ideje a meghalásnak*⁶ című köteteket érdemes elolvasni. A bioetikai alapvetések, a betegek információhoz való jogai, a társadalmi igazságosság és szolidaritás eltérő amerikai és európai megítélésének jobb megértését segítheti Beauchamp és Childress 2001-ben kiadott *Principles of biomedical ethics*⁷ című munkájának tanulmányozása.

A betegjogok, az életvégi döntések megértésének finomabb értelmezéséhez adhat további adalékot az orvosi kamarai etikai kódex, az idevágó alkotmánybírói döntések, a Helsinki Nyilatkozat az embereken végzett orvosi kutatások etikai alapelveiről [Orvosi Világszövetség (WMA)], az Eütv. megfelelő passzusai és nem utolsósorban II. János Pál pápa morális és vallási véleménynyilvánítása az 1995-ben kiadott *Evangelium vitae*⁸ című enciklikájában.

⁵ Polcz Alaine: *A halál iskolája*. Budapest, 1989.

⁶ Polcz Alaine: *Ideje a meghalásnak*. Budapest, 1998.

⁷ BEAUCHAMP–CHILDRESS: *Principles of biomedical ethics*.

⁸ II. János Pál: *Evangelium Vitae (Az élet evangéliuma)*. 1995. március 25.

A kötet szerzői

BELOVICS Ervin PhD, tanszékvezető egyetemi tanár, PPKE JÁK

BUZÁS Péter PhD-hallgató, ELTE ÁJK

DARVAS István rabbi; egyetemi tanársegéd, Országos Rabbiképző – Zsidó Egyetem

ÉLŐ Gábor egyetemi docens, klinikaigazgató-helyettes, Semmelweis Egyetem

F. KISS Gabriella, az ELTE Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola abszolutóriumot szerzett hallgatója

FILÓ Mihály egyetemi adjunktus, ELTE ÁJK

FÜSTI-MOLNÁR Szilveszter főiskolai tanár, rektor, Sárospataki Református Teológiai Akadémia

HÁMORI Antal egyetemi docens, Budapesti Gazdasági Egyetem

KÉK Emerencia PhD, főiskolai docens, Erasmus+-koordinátor, Sapientia Szerzetesi Hittudományi Főiskola

KISS Máté Jenő bírósági titkár, Pesti Központi Kerületi Bíróság; PhD-hallgató, ELTE ÁJK

KUSSINSZKY Anikó PhD-hallgató, SE Egészségtudományi Doktori Iskola; vezető főtanácsos, Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, Esélyegyenlőségi és Gyermekjogi Főosztály; főtanácsadó, Kúria

OROSZ Gábor Viktor egyetemi docens, Evangélikus Hittudományi Egyetem

ROZGONYI Zsolt Dezső jogi szakokleveles klinikai főorvos, Semmelweis Egyetem AITK

STÁNICZ Péter PhD-hallgató, ELTE ÁJK Alkotmányjogi Tanszék; a vizsgálat és a konferencia időpontjában az Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, Esélyegyenlőségi és Gyermekjogi Főosztály jogi főreferense

SZEBIK Imre egyetemi docens, Semmelweis Egyetem

VARGA Réka pszichiáter szakorvos, Észak-Közép-budai Centrum Új Szent János Kórház és Rendelőintézet Kútvolgyi Telephely Felnőtt Neurózis Szakrendelő

ZAKARIÁS Kinga PhD, egyetemi docens, PPKE JÁK

ZUBEK László egyetemi adjunktus, Semmelweis Egyetem

ELTE JOGI KARI KÖNYVSOROZAT

ELTE Jogi Kari Jegyzetek

ISSN 2060 5986

1. DEZSŐ Márta – POZSÁR-SZENTMIKLÓSY Zoltán (szerk.): *Alkotmányjogi alapok.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2008. 130 o., ISBN 978 963 284 044 4
2. KOVÁCS Árpád: *Közpénzügyek.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 379 o., ISBN 978 963 312 004 0
3. PRINCZINGER Péter: *Sportjog I.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 264 o., ISBN 978 963 312 009 5
4. MARGITÁN Éva (szerk.): *Büntetőjog.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 461 o., ISBN 978 963 312 010 1
5. RÉTI Mária: *Szövetkezeti jog.*
Változatlan utánnyomás,
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 414 o., ISBN 978 963 312 020 0
6. PRINCZINGER Péter (szerk.): *Sportjog II.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2011. 405 o., ISBN 978 963 312 033 0
7. SZEIBERT Orsolya: *Családi jog.*
Második, átdolgozott kiadás,
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 328 o., ISBN 978 963 312 119 1
8. FÖLDI András (szerk.): *Összehasonlító jogtörténet.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2012. 644 o., ISBN 978 963 312 130 6
9. KÉPES György (szerk.): *Magyar alkotmány- és közigazgatás-történet a polgári korban.*
A hatalommegosztás államszervezete, 1848–1949.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 240 o., ISBN 978 963 312 156 6
10. FERENCZ Jácint – GÖNDÖR Éva – GYULAVÁRI Tamás – KÁRTYÁS Gábor:
Munkajogi alapismeretek.
Negyedik, átdolgozott kiadás,
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 216 o., ISBN 978 963 312 319 5

11. GYULAVÁRI Tamás – HÓS Nikolett – KÁRTYÁS Gábor (szerk.): *Munkajogi feladatok és jogesetek*.
Második, átdolgozott kiadás,
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 220 o., ISBN 978 963 312 262 4
12. HOFFMAN István: *Bevezetés a területfejlesztési jogba*.
Negyedik, hatályosított és átdolgozott kiadás,
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2018. 147 o.,
ISBN 978 963 312 302 7 ISBN 978 963 312 303 4 (pdf)
E-book: <http://www.eltereader.hu/kiadvanyok/hoffman-istvan-bevezetes-a-teruletfejlesztési-jogba/>
13. FLECK Zoltán (szerk.): *Jogszociológiai előadások*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 202 o., ISBN 978 963 312 196 2
14. HACK Péter (szerk.): *Büntetőeljárás jog*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2014. 262 o., ISBN 978 963 312 198 6
15. BÖLCS Ágnes: *Italiano giuridico*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2014. 206 o., ISBN 978 963 312 208 2
16. KIRÁLY Miklós (szerk.): *UNIDROIT – Nemzetközi Kereskedelmi Szerződések Alapelvei 2010*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2014. 121 o., ISBN 978 963 312 213 6
E-book: <http://www.eltereader.hu/kiadvanyok/unidroit/>
17. KEDVES Imre: *A különleges titkosszolgálati eszközök alkalmazásának története*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2014. 107 o., ISBN 978 963 312 210 5
E-book: <http://www.eltereader.hu/kiadvanyok/kedves-imre-a-kulonleges-titkos-szolgalati-eszkozok-alkalmazasanak-tortenete/>
18. KÁRTYÁS Gábor (szerk.): *Bevezetés a közszolgálati munkajogba*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 177 o., ISBN 978 963 312 222 8
19. FILÓ Mihály (szerk.): *Büntetőjog. Általános rész*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 219 o., ISBN 978 963 312 235 8
20. HACK Péter (szerk.): *Büntetőeljárás jog II*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 248 o., ISBN 978 963 312 245 7
21. HOFFMAN István (szerk.): *Bevezetés a szociális jogba*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 131 o., ISBN 978 963 312 244 0
22. BLAISE Pasztory: *Introduction to the International Capital Markets*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2016. 178 o., ISBN 978 963 312 267 9
23. KOÓS NÉ MOHÁCSI Barbara – LŐRINCZ József – LUKÁCS Krisztina – PALLO József:
Büntetés-végrehajtás jog.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2022. 281 o., ISBN 978 963 312 271 6

24. KARÁCSONY András: *Jogelméleti előadások*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2017. 207 o., ISBN 978 963 312 274 7
25. FILÓ Mihály – NEMES András (szerk.): *Büntetőjog. Különös rész*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2018. 319 o., ISBN 978 963 284 947 8
26. SIMON István: *Pénzügyi jog I.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2022. 361 o., ISBN 978 963 312 317 1
27. SIKLÓSI Iván: *Forráselemzések római dologi és kötelmi jogból*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2020. 284 o., ISBN 978 963 312 313 3
28. FAZEKAS Marianna (szerk.): *Egészségügyi jog és igazgatás*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2020. 99 o., ISBN 978 963 312 320 1
E-book: <http://www.eltereader.hu/kiadvanyok/fazekas-marianna-szerk-egeszsegugyi-jog-es-igazgatas/>
29. HOFFMAN István – GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva: *Bevezetés a társadalombiztosítási és szociális jogba*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2020. 219 o., ISBN 978 963 312 039 2
E-book: <http://www.eltereader.hu/kiadvanyok/hoffman-istvan-gellerne-lukacs-eva-bevezetes-a-tarsadalombiztositasi-es-szocialis-jogba/>
30. HUNGLER Sára – GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva – PETROVICS Zoltán – DUDÁS Katalin:
Az Európai Unió szociális és munkajoga.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 298 o., ISBN 978 963 312 280 8
31. SIMON István: *Pénzügyi jog II.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2022. 475 o., ISBN 978 963 312 325 6
32. KONCZ István – PÁNCZÉL Áron: *Bevezetés a magyar társadalombiztosítási nyugellátások rendszerébe*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 208 o., ISBN 978 963 312 329 4
E-book: <http://www.eltereader.hu/kiadvanyok/koncz-istvan-panczel-aron-bevezetes-a-magyar-tarsadalombiztositasi-nyugellatasok-rendszerebe/>
33. SZÉKELY László: *Az ember mint jogalany a Ptk. Második Könyvében*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 286 o., ISBN 978 963 312 326 3
34. ANTAL Attila: *Kritikai politikaelmélet. Populizmus, biopolitika, kivételes állapot*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 155 o., ISBN 978 963 312 341 6
35. AMBRUS István: *Szabálysértési jog*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2022. 206 o., ISBN 978 963 312 345 4

ELTE Jogi Kari Tankönyvek

ISSN 2060 6494

1. BOROS Zsuzsanna – SZABÓ Dániel: *Parlamentarizmus Magyarországon (1867–1944)*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2008. 402 o., ISBN 978 963 284 043 7
2. VARGA István (szerk.): *A polgári nemperes eljárások joga*.
Második, átdolgozott kiadás,
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2013. 1093 o., ISBN 978 963 284 152 8
3. KARDOS Gábor – LATTMANN Tamás (szerk.): *Nemzetközi jog*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 498 o., ISBN 978 963 312 022 4
4. MENYHÁRD Attila: *Dologi jog*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 448 o., ISBN 978 963 312 030 9
5. KIRÁLY Miklós (szerk.): *Az Európai Unió gazdasági joga I. Négy szabadság, közös kereskedelempolitika*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 405 o., ISBN 978 963 312 334 8
6. SZILÁGYI Péter: *Jogi alaptan*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2011. 387 o., ISBN 978 963 312 072 9
7. GYULAVÁRI Tamás (szerk.): *Munkajog*.
Ötödik, átdolgozott kiadás,
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 586 o., ISBN 978 963 312 011 8
8. MÁDL Ferenc – VÉKÁS Lajos: *Nemzetközi magánjog és nemzetközi gazdasági kapcsolatok joga*.
Tizedik, átdolgozott kiadás,
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2022. 644 o., ISBN 978 963 312 343 0
9. BERKE Barna – PAPP Mónika: *Az Európai Unió gazdasági joga II. Az Európai Unió versenyjoga*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2013. 285 o., ISBN 978 963 312 165 8
10. FAZEKAS Marianna (szerk.): *Közigazgatási jog. Általános rész III.*
Második, átdolgozott kiadás,
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 488 o., ISBN 978 963 312 285 3
11. FAZEKAS Marianna (szerk.): *Közigazgatási jog. Általános rész I.*
Negyedik, átdolgozott és bővített kiadás,
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 380 o., ISBN 978 963 312 309 6
12. FÖLDI András (szerk.): *Összehasonlító jogtörténet*.
Negyedik, javított kiadás,
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 686 o., ISBN 978 963 489 013 3
13. VÉKÁS Lajos: *Szerződési jog. Általános rész*.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2022. 370 o., ISBN 978 963 312 265 5

14. FAZEKAS Marianna (szerk.): *Közigazgatási jog. Általános rész II.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 238 o., ISBN 978 963 312 268 6
15. LONTAI Endre – FALUDI Gábor – GYERTYÁNFY Péter – VÉKÁS Gusztáv:
Polgári jog. Szerzői jog és iparjogvédelem.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 448 o., ISBN 978 963 312 270 9
16. GELLÉR Balázs – AMBRUS István: *A magyar büntetőjog általános tanai I.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 530 o., ISBN 978 963 312 273 0
17. FUGLINSZKY Ádám – TÖKEY Balázs: *Szerződési jog. Különös rész.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 838 o., ISBN 978 963 312 292 1
18. SIPOS Attila: *Nemzetközi légi jog.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 444 o., ISBN 978 963 312 355 5
19. GELLÉR Balázs – AMBRUS István – VASKUTI András: *A magyar büntetőjog általános tanai II. Büntetésstan (A büntetőjogi következmények tana).*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 374 o., ISBN 978 963 312 312 6
20. Gábor KECSŐ: *International and European Taxation*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 331 o., ISBN 978 963 312 339 3

ELTE Jogi Kari Tudomány

ISSN 2060 9361

1. MEZEY Barna – NAGY Janka Teodóra (szerk.): *Jogi néprajz – jogi kultúrtörténet. Tanulmányok a jogtudományok, a néprajztudományok és a történettudományok köréből.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2009. 488 o., ISBN 978 963 284 065 9
2. GÁRDOS Péter: *Az engedményezés.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2009. 462 o., ISBN 978 963 284 087 1
3. HOFFMAN István: *Önkormányzati közszolgáltatások szervezése és igazgatása. Az elmélet és a gyakorlat tükrében.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2009. 395 o., ISBN 978 963 284 088 8
4. FILÓ Mihály: *Az eutanázia a büntetőjogi gondolkodásban.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2009. 353 o., ISBN 978 963 284 104 5
5. Gábor HAMZA: *Entstehung und Entwicklung der modernen Privatrechtsordnungen und die römischrechtliche Tradition.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2009. 826 o., ISBN 978 963 284 095 6
6. FLECK Zoltán (szerk.): *Igazságszolgáltatás a tudomány tükrében.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 237 o., ISBN 978 963 284 127 4

7. ROZSNYAI Krisztina: *Közigazgatási bíráskodás Prokrusztész-ágyban.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 281 o., ISBN 978 963 284 129 8
8. NYIKOS Györgyi: *A PPP finanszírozási technika és az EU fejlesztési támogatásai a közcélú beruházások megvalósításában.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 270 o., ISBN 978 963 312 007 1
9. SZABÓ Máté – PÉTERFALVI Attila (szerk.): *Európai ombudsman-intézmények.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 291 o., ISBN 978 963 312 008 8
10. FUGLINSZKY Ádám: *A polgári jogi felelősség útjai vegyes jogrendszerben. Québec, Kanada.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 518 o., ISBN 978 963 312 024 8
11. SOMODY Bernadette: *Az ombudsman típusú jogvédelem.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 158 o., ISBN 978 963 312 031 6
12. NAGY Marianna: *Interdiszciplináris mozaikok a közigazgatási jogi felelősség dogmatikájához.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 214 o., ISBN 978 963 312 029 3
13. MIKLÓS KIRÁLY: *Unity and Diversity: The Cultural Effects of the Law of the European Union.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2011. 304 o., ISBN 978 963 312 045 3
14. MEZEY Barna (szerk.): *A szimbólumok üzenete. A jogi kultúra jelképei: eljárások, szokások, formák és tárgyak.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2011. 595 o., ISBN 978 963 312 054 5
15. ERDEI Árpád: *Tanok és tévtanok a büntető eljárásjog tudományában.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2011. 359 o., ISBN 978 963 312 061 3
16. SZÉKELY László: *A személyiségi jogok hazai elmélete.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2011. 191 o., ISBN 978 963 312 079 8
17. BALÁZS JÓZSEF GELLÉR: *Legality on Trial. A Theoretical Analysis of the Legality of Substantive Criminal Norms.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2011. 303 o., ISBN 978 963 312 085 9
18. KISFALUDI András (szerk.): *Versenyjogi jogsértések – magánjogi következmények.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2012. 235 o., ISBN 978 963 312 142 9
19. GELLÉR Balázs József: *Legalitás a vádpadon.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2013. 317 o., ISBN 978 963 312 154 2
20. TAMÁS SZABADOS: *The Transfer of the Company Seat within the European Union.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2013. 253 o., ISBN 978 963 312 144 3
21. BÁNYAI Ferenc – NAGYPÁL Szabolcs (szerk.): *Közvetítés és vitarendezés a jogi és a vallási kultúrákban.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2014. 255 o., ISBN 978 963 312 202 0

22. GOSZTONYI Gergely: *Alternatív (?) média. A közösségi média jogi szabályozásának vetületei.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2014. 262 o., ISBN 978 963 312 194 8
23. SIKLÓSI Iván: *A nemlétező, érvénytelen és hatálytalan jogügyletek elméleti és dogmatikai kérdései a római jogban és a modern jogokban.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2014. 452 o., ISBN 978 963 312 200 6
24. SZEIBERT Orsolya: *A házasság Európában a jogegységesítő törekvések tükrében.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2014. 260 o., ISBN 978 963 312 201 3
25. NAVRATIL Szonja: *A jogászai hivatásrendek története Magyarországon.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2014. 180 o., ISBN 978 963 312 209 9
26. TÓKEY Balázs: *Az egészségbiztosítási szerződés.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 345 o., ISBN 978 963 312 221 1
27. KOÓSNÉ MOHÁCSI Barbara: *A szabadságelvönás határai.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 317 o., ISBN 978 963 312 220 4
28. FEKETE Balázs – FLECK Zoltán (szerk.): *Tanulmányok a kortárs jogelméletéről.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 343 o., ISBN 978 963 312 223 5
29. KAJTÁR Gábor: *A nem állami szereplők elleni önvédelem a nemzetközi jogban.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 561 o., ISBN 978 963 312 226 6
30. HOFFMAN István: *Gondolatok a 21. századi önkormányzati jog fontosabb intézményeiről és modelljeiről.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 297 o., ISBN 978 963 312 231 0
31. KISFALUDI András: *Tanulmányok a bizalmi vagyonezelés jogi szabályozásának elméleti alapjairól.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 340 o., ISBN 978 963 312 229 7
32. Martin AHRENS – Volker LIPP – István VARGA (Hrsg.): *Grundrechte im Zivilprozess.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 340 o., ISBN 978 963 312 229 7
33. FÖLDI András – SÁNDOR István – SIKLÓSI Iván (szerk.): *Ad geographiam historico-iuridicam ope iuris Romani colendam Studia in honorem Gábor HAMZA.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 416 o., ISBN 978 963 312 240 2
34. KECSŐ Gábor: *A helyi önkormányzatok pénzügyi jogi jogállása.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2016. 493 o., ISBN 978 963 312 250 1
35. CSÖNDES Mónika: *Előrelátható károk? Az előreláthatósági korlát hatása szerződészegési kártérítési jogunkra.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2016. 396 o., ISBN 978 963 312 252 5
36. HACK Péter – HORVÁTH Georgina – KIRÁLY Eszter (szerk.): *Kodifikációs kölcsönhatások. Tanulmányok Király Tibor tiszteletére.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2016. 396 o., ISBN 978 963 312 264 8

37. SOMSSICH Réka: *Egységes jog – egységes értelmezés? Az uniós jog értelmezése a tagállami bíróságok szintjén.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2016. 286 o., ISBN 978 963 312 266 2
38. KUNCZ Ödön: *Életem.* (Szerkesztette: Kisfaludi András – Rác Lilla)
Budapest, ELTE Állam- és Jogtudományi Kar, 2017. 742 o., ISBN 978 963 284 051 2
39. SIKLÓSI Iván: *A ius offerendi problematikája a római jogban.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2017. 224 o., ISBN 978 963 312 283 9
40. SZEIBERT Orsolya (szerk.): *Weiss Emilia családjogi és öröklési jogi kodifikációs tanulmányai.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2017. 403 o., ISBN 978 963 312 287 7
41. KORMÁNY Attila: *A tradicionális és a modern kínai jog. A jog fejlődése Kínában a kezdetektől napjainkig.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2018. 351 o., ISBN 978 963 312 294 5
42. F. ROZSNYAI Krisztina: *Hatékony jogvédelem a közigazgatási perben. A magyar közigazgatási perrendtartás európai fejlődési tendenciákhoz illeszkedő kodifikációjának egyes előkérdései.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2018. 259 o., ISBN 978 963 312 306 5
43. SZEIBERT Orsolya (szerk.): *Család és családtagok – jogági tükröződések.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2018. 415 o., ISBN 978 963 489 080 5
44. KÉPES György: *A Dán Királyság alkotmánytörténete a kezdetektől 1848-ig.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2019. 299 o., ISBN 978 963 312 301 0
45. FEKETE Balázs: *Az európai alkotmánypreambulom. Összehasonlító és elméleti perspektívák.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2019. 164 o., ISBN 978 963 312 307 2
46. Orsolya SZEIBERT (ed.): *Developments in Family Law. Year by Year I (2018).*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2018. 211 o., ISBN 978 963 489 116 1
47. SIKLÓSI Iván: *Római magánjog I., II.* ISBN 978 963 312 314 0
Római magánjog I.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 960 o., ISBN 978 963 312 315 7
Római magánjog II.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 1020 o., ISBN 978 963 312 316 4
48. HOLÉ Katalin – KIRÁLY Eszter (szerk.): *Haladás és ellenállás. Erdei Tanár Úr és más szerzők dolgozatai.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 332 o., ISBN 978 963 312 328 7
49. BÁRÁNYOS Bernadett: *A becsület büntetőjogi védelme a közügyeket érintő megszólalások esetén.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 464 o., ISBN 978 963 312 327 0

50. AMBRUS István (szerk.): *COVID-19 és büntetőjog. Az emberi egészség, a köznyugalom és más jogtárgyak védelme járvány idején.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 174 o., ISBN 978 963 312 330 0
51. SOMSSICH Réka (szerk.): *Ratio et mensura. Studia M. Király dedicata. Ünnepi tanulmányok Király Miklós 60. születésnapja alkalmából.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 298 o., ISBN 978 963 312 336 2
52. KAJTÁR Gábor – SONNEVEND Pál (szerk.): *A nemzetközi jog, az EU-jog és a nemzetközi kapcsolatok szerepe a 21. században. Tanulmányok Valki László tiszteletére.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 881 o., ISBN 978 963 489 365 3
53. SZEIBERT Orsolya (szerk.): *Gyermekjogi panoráma.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2019. 335 o., ISBN 978 963 312 332 4
54. SIKLÓSI Iván: *A custodia-felelősség problémái a római jogban.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 628 o., ISBN 978 963 312 338 6
55. VÖLCSEY Balázs: *Az anyagi jogerőhatás tárgyi terjedelmének összehasonlító elemzése a magyar, a német és a svájci polgári perjog alapján.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. 532 o., ISBN 978 963 312 337 9
56. PETROVICS Zoltán: *A biztonság árnyékában. A munkajogviszony munkáltató általi megszüntetésével szembeni védelem alapkérdései és magyarországi története.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2022. 483 o., ISBN 978 963 312 340 9
57. FILÓ Mihály (szerk.): *Autonómia, életvédelem, jobbiztonság: az életvégi döntések szabályozása.*
Budapest, ELTE Eötvös kiadó, 2022. 229 o., ISBN 978 963 489 466 7

A 2010. évi sikeres eutanáziakonferencia folytatásaként az ELTE Állam- és Jogtudományi Kara 2019. november 18-án *Autonómia, életvédelem, jogbiztonság* címmel ismét multidiszciplináris szimpóziumot rendezett az életvégi döntések problémáiról. Újra megszólalási lehetőséget kaptak az érintett normatív és pozitív tudományok: a lélektan, az orvostudomány, a morálteológia és természetesen az egyes jogágak képviselői is.

Ha a halál tudatos választását a jogtudomány eszközeivel vizsgáljuk, akkor szükségszerűen eljutunk ahhoz a felismeréshez, hogy a jogrend nem pusztán a társadalmi együttélés szabályozási technikája, hanem a kultúra beszédes lenyomata, amelyet a kor szellemi irányzatai határoznak meg. A társadalmat megosztó, gyakran ideológiai ellentétekre épülő viták esetében – az életvégi döntések megítélése kétségkívül idesorolható – a jognak a mindenki számára tolerálható erkölcsi minimum szerepét kell betöltenie. Az alapvető mérce meghatározása mindenekelőtt egy olyan emberkép feltételezésén alapulhat, amely a vita minden résztvevője szemében egyaránt elfogadható. Ezek a közös feltevések alapozzák meg ugyanis a társadalom kohézióját. Ezen összekötő erő azonban nem jogi természetű, hiszen etikai, morális és vallásos alapon nyugszik.

Mindezek fényében nem férhet ahhoz kétség, hogy az életvégi döntések tudományos igényű megközelítésénél a jogrendszer racionalitása mellett kellő teret kell kapniuk azoknak a tudásterületeknek is, amelyek hozzájárulhatnak a közös emberkép megtalálásához. A kötet sokszínű szerzői közössége pontosan erre vállalkozik: a jogi fogalmak mélyebb magyarázatára egy olyan szférában, ahol a racionális és irracionális elemek egymással elválaszthatatlanul összefonódnak. Az elmúlásról és a haldoklásról ugyanis szinte lehetetlen igazolható megállapításokat tenni: a halál és a szenvedés megélése és magyarázata, amely gyakran a metafizika tárgykörébe tartozik, szükségszerűen szubjektív.

ISBN 978-963-489-466-7



9 789634 894667