

KÉT VILÁG HATÁRÁN - AZ ASSZISZTÁLT ÖNGYILKOSSÁG ON THE BORDER OF TWO WORLDS - ASSISTED SUICIDE

Csemáné Váradi Erika* – Mihók Boglárka**

Absztrakt

A tanulmány célja, hogy röviden bemutassa az asszisztált öngyilkosság jellemzőit, fogalmi kereteit, etikai kérdéseit és lehetséges szabályozási megoldásait. Egy olyan jelenséget állít fókuszba, mely két világ metszéspontjában található; az öngyilkosság a kriminológiai szakirodalomban a deviáns magatartások egyike, s mint ilyen, a társadalom és az egyén számára is nemkívánatos jelenségként nevesíthető, míg az asszisztált öngyilkosság támogatói épp az ember élete feletti döntési privilégiumának kiteljesedését, a méltósággal teli elmúlásban megtestesülő emberi jogának szimbólumát látják benne. Ennek megfelelően a tanulmány röviden áttekinti az eutanázia alaptételeit és azok egymáshoz való viszonyát is.

Kulcsszavak: öngyilkosság, deviáns magatartások, asszisztált öngyilkosság, nemzetközi szabályozás, eutanázia, „LIVING WILL”.

Abstract

The aim of this paper is to briefly describe the characteristics, conceptual frameworks, ethical issues and possible regulatory solutions of assisted suicide. It focuses on a phenomenon at the intersection of two worlds; suicide is one of the deviant behaviors in the criminological literature and as such is considered undesirable for society and the individual, while advocates of assisted suicide see it as the fulfilment of one's privilege to decide over one's life, a symbol of one's human right to die with dignity. According to this, the study also looks shortly at the basic tenets of euthanasia and how they relate to each other.

Keywords: suicide, deviant behaviors, assisted suicide, international regulation, euthanasia, „LIVING WILL”.

*„Ha akarom, nem kell megvárni,
Míg lomb módon, gyáván elmultam
S letépjén egy bús, hűvös esti szél
S mint egy csavargó, nyomorultan
Fagyjak meg valahol.”
Ady Endre: A meghívott Halál (versrészlet)*

* Csemáné Dr Váradi Erika PhD LLM egyetemi docens, Miskolci Egyetem ÁJK BTI, 3515 Miskolc-Egyetemváros, erika.csemane@uni-miskolc.hu, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4486-1131>

** Mihók Boglárka ötödéves nappali tagozatos joghallgató, Miskolci Egyetem, Állam- és Jogtudományi Kar, bogimihok55@gmail.com

1. Bevezetés

Az emberi jogok térnyerése és az emberi életminőség javulása egyre inkább előtérbe helyezte az élet befejezésével kapcsolatos kérdéseket is. Ez komoly változás a fogyasztói társadalmak által megteremtett kulturális közegben, mely az elmúlást megpróbálja megfosztani az élethez szükségképpen kapcsolódó jellegtől, s mindent, ami ellentmondani látszik a fiatalság kultuszának – legyen az betegség, öregedés, halál – megkísérli kirekeszteni vagy távol tartani a mindennapi közbeszédtől. A jelenség gyökerei az 1910's, 1920's évek Hollywood-i filmiparáig nyúlnak vissza, s erősen beágyazódtak a populáris kultúra és média világába. Minthogy a globalizáció és az internet elterjedésének egyértelmű győzteseként az 'amerikai' kultúrát jelölik meg, nem volt akadálya, hogy az akadály nélkül szétterjedjen a világon, mintegy uniformizálva a közgondolkodást és a fókuszpontokat a társadalom igen széles rétegei körében¹.

Ez a megközelítés számos ponton komoly negatív következményekkel jár². Egyrészt, hogy a fiatalság e közegben nevelkedve³ közelíti meg nem csak az idősödés folyamatát, hanem az élet elmúlásának tényét is. Noha rövidtávon is komoly következményei lehetnek ennek, ahogy azt a koralapú diszkrimináció kiemelkedő aránya, vagy épp a pandémia idején a közösségi médiát eluraló cyberbullying jelensége mutatta, hosszú távú hatásai is katasztrofálisak. A fiatalként könnyen internalizált⁴ sztereotípiák (hisz akkor oly távolinak tűnik a probléma, hogy az egyén hajlamos nem védekezni ellene) lassan valóságossá válik, amely az önbecsülés, az önértékelés komoly csorbulásához, a megélt kor elutasításához vagy utálatához, önfeladó, sodródó életfelfogáshoz, rossz életminőséghez, mentális problémákhoz, s végül szuicid készütségekhez vezethet. Ha mindehhez még egészségügyi problémák is társulnak, könnyebben megfogalmazódik a halál utáni vágy, mint egyetlen elviselhető alternatíva. A szakemberek számára komoly kérdést jelent, hogy ez, az időskorral, betegségekkel szembeni megbélyegző attitűd mennyiben lök(het)i az egyént egy asszisztált öngyilkosság felé – azaz, hogy a „halálhoz való jog”, mely képes lehet szabadságot biztosítani, egyesek számára nem azonos-e majd egy kényszerválasztással?⁵ Bár ezen aspektusát a kérdésnek nem vizsgálták⁶, de az adatok azt mutatják: azokban az országokban, ahol engedélyezett az eutanáziát illetve az asszisztált öngyilkosság, a kérelmek száma jelentős.

1. Az öngyilkosság mint deviáns magatartás

„Mind a mindennapi, mind a tudományos fogalomhasználat szerint öngyilkosságot követ el az az ember, aki életének saját maga vet véget. Az öngyilkosság három kritériuma: (1) meghalás tudatos szándéka; (2) egy módszer képze, mely módszer alkalmas az élet kioltására; (3) e

¹ Linda OUTCALT: : Hollywood & the 'cult of youth', The Online Academic Community, University of Victoria, 2017. <https://onlineacademiccommunity.uvic.ca/outcaltl/the-cult-of-youth/> (letöltés ideje: 2024.12.18.)

² Margaret Gullette, Margaret Cruickshank és Laura Hurd Clark kutatásait hivatkozza: Linda OUTCALT: Aged by popular culture, The Online Academic Community, University of Victoria, 2021. <https://onlineacademiccommunity.uvic.ca/outcaltl/> (letöltés ideje: 2024.12.18.)

³ Lásd ehhez részletesebben: Margaret Morganroth GULLETTE: Ending Ageism, or How Not to Shoot Old People. Rutgers University Press, Newark, NJ, 2017.

⁴ Becca R. LEVY – Mahzarin R. Banaji: Implicit ageism, in: Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons (ed.: Nelson T.D.) The MIT Press, Cambridge, Massachusetts, 2002. 50-75.

⁵ Christer SJÖDIN: Reflections on dying patients, hospices, assisted suicide, and euthanasia, International Forum of Psychoanalysis 3 (2022) 132-141.

⁶ Lásd ehhez részletesebben: Vanessa KÖNEKE: Trust increases euthanasia acceptance: a multilevel analysis using the European Values Study, BMC Medical Ethics 86 (2014)

módszer cselekvéssémájának megvalósítása”⁷ – írja Buda Béla, 2001-ben megjelent alapmunkájában.

Az öngyilkosság fogalmának meghatározásakor a nehézséget az okozza, hogy igen jelentősen eltérő jegyek jellemzik a sikeres öngyilkosságokat és az öngyilkossági kísérleteket. Bár az 1960-as évektől a szakemberek körében is elterjedté vált az a felfogás⁸, hogy az öngyilkossági kísérlet más szociális és pszichológiai jelenség, mint az öngyilkosság, a többségi vélemény azonban még mindig azt mondja, hogy – bár elismerve a statisztikai eltéréseket – a két magatartás közt a pszichodinamika, a szociálpszichológia és a szociális determináció vonatkozásában nincs lényegi különbség.

A szakirodalom azonban egységes abban a kérdésben, hogy az öngyilkosság a deviáns magatartások egyik típusa – függetlenül attól, hogy egyes kultúrákban⁹ elfogadott, sőt, intézményesített megoldás volt krízishelyzetekben az alkalmazásuk. (E tekintetben érdekes aspektusa a kérdésnek, hogy egyes elméletek¹⁰ az öngyilkosság és az emberölés, mint a legsúlyosabb deviáns magatartás közti azon analógiára alapoznak, hogy a halálos erőszak valójában ugyanazon jelenség két oldala.)

A deviancia a latin eredetű *“deviare”* – az *“eltévelyedés, letérés a helyes útról”* jelentésű – szó származékaként alakult ki¹¹. A deviatio (derivatio) valamely tárgynak megállapított útjáról vagy pályájáról való eltérése. Révai Nagy Lexikona a fogalomnak csak ezt az eredeti formáját ismerte¹². A *deviancia* a szociológia és a lélektan által meghatározott jelenségre ugyanis viszonylag újkeletűen használt kifejezés, mely a *társadalmi normáktól való eltérést*¹³, s mely a társadalomtudományok, különösképpen a szociológia fejlődése nyomán¹⁴ alakult ki a XX. század közepére¹⁵.

Míg a *deviáns* szó alapjában a *társadalmi normáktól eltérőt, szabály nélkülit*¹⁶ jelent, azaz mentes bárminemű negatív vagy pozitív értékítélet sugalmazásától, addig mai használata már eleve egy elítélendő magatartást feltételez: *“.. a közösség, vagy a társadalom erkölcsi szabályait, elfogadott normáit tagadó, azokkal szembeszegülő. A deviáns ember rendetlen életvitelű, gátlástalan, hajlamos erőszakos cselekményekre, bűnözésre.”*¹⁷

A normák köre azonban igen sokféle lehet. Léteznek jogi, erkölcsi normák és szokások. Ezek változását nem csak egyes – ma már deviánsnak nem minősülő – magatartások, de például az eutanázia megítélésének változása is jól mutatja. Az, hogy egy adott társadalom mit nyilvánít

⁷ BUDA Béla: Az öngyilkosság, Animula Kiadó, Budapest, 2001. 60.

⁸ ANDORKA Rudolf – BUDA Béla – CSEH-SZOMBATHY László (szerk.): A deviáns viselkedés szociológiája, Gondolat Kiadó, Budapest, 1974. 365.

⁹ Lásd ehhez: Stuart PALMER – John A. HUMPHREY: Suicide in: Deviant Behaviour, Springer, Boston, 1990, 217-245.

¹⁰ Myunghoon ROH: Criminology Theoretical Investigation on Suicidal Acts, International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience, 1 (2017) 1.

¹¹ BAKOS Ferenc: Idegen szavak és kifejezések szótára, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1984. 176.

¹² “Különösen hajóknak a megszabott útiránytól eltérése. A hajósnak szigorú kötelessége az előre megszabott útirány megtartása és attól csak a hajószereződésben megállapított esetekben, vagy pedig a legnagyobb szükségben (évszak viszontagságai, szelek, időjárás stb.) térhet el és akkor is csak abban a mértékben, amint azt a szabályok vagy a szükség okvetlen parancsolják.” Révai Nagy Lexikona, V. kötet, Révai Testvérek Irodalmi Intézet Részvénytársaság, Budapest, 1912. 493.

¹³ BAKOS: i.m. 176.

¹⁴ MILTÉNYI Károly: A deviancia statisztikai vizsgálatának történeti áttekintése, Statisztikai Szemle 1993/1, 43-52.

¹⁵ Magyarországon e kifejezés használata még később terjedt el, eredetileg az e körbe tartozó magatartásokat, mint “társadalmi beilleszkedési zavarokat” definiálták. Lásd: MILTÉNYI Károly: A társadalmi beilleszkedési zavarok kulturális háttere, Kriminológiai Közlemények 1990/34-35-36, 49-67.

¹⁶ BAKOS: i.m. 176.

¹⁷ TÓTFALUSI István: Magyar Értelmező Kéziszótár, Merényi Könyvkiadó Kft., Budapest, 1996. 99.

devianciának, tehát erősen függ a társadalom saját normarendszerétől s attól, milyen a társadalom, az állam toleranciája, mennyiben és hol húzza meg az egyén szabadságjogainak kereteit¹⁸. Mindez természetesen az adott társadalom fejlődésétől is függ, hiszen egy társadalmat tekintve is korszakonként változik a deviánsnak minősülő magatartások köre. Abban az esetben ugyanis, ha valamely magatartást - mely ugyan az általánosan elfogadott, s az állam által állampolgárai elé követendő példaként állított erkölcsi normát sérti - a társadalom széles rétegei gyakorolják, a társadalomtudományok már nem tekintik annak¹⁹. Mindebből adódóan deviánsnak azokat a magatartásformákat nevezzük, amelyek eltérnek az adott társadalom általánosan elfogadott normáitól, s amelyek *előfordulása* az adott társadalomban *viszonylag csekély*²⁰.

A deviáns magatartások kritériuma, hogy

- eltérnek az adott társadalom általánosan elfogadott normáitól, s
- előfordulásuk az adott társadalomban viszonylag csekély.

Az e feltételeknek megfelelő magatartások közül azokat sorolja a szakirodalom a deviáns magatartások körébe, amelyek *az adott társadalom működése és fennmaradása szempontjából károsak*²¹.

Egyes magatartások – mint az *öngyilkosság*, illetve *a nem szervi eredetű, mentális betegségek* – megítélése egységes a szakirodalomban²², de például a *bűnözés*, mint a legsúlyosabb deviáns magatartásforma kapcsán találkozhatunk olyan megközelítéssel is, mely szerint deviánsnak csak a “személy elleni, a család, az ifjúság és a nemi erkölcs elleni bűncselekményeket, valamint (bár egyes esetekben ez némileg problematikusabb) a tulajdon elleni bűncselekményeket”²³ kellene tekinteni.

Hazánkban 5 magatartásformát sorol a szakirodalom e nemkívánatos magatartások közé: az öngyilkosságot, a mértéktelen alkoholfogyasztást, a kábítószer-fogyasztást, bizonyos mentális, de nem szervi eredetű betegségeket és a bűnözést.

2. Asszisztált öngyilkosság – definíciós sokszínűség

A szakirodalom az öngyilkosság egyik speciális formájaként beszélt az asszisztált öngyilkosságról, de találkozhatunk az asszisztált haldoklás, és az eutanázia fogalmaival is, melyektől esetenként elkülönülve önálló definícióként jelenik meg az orvos által asszisztált öngyilkosság.

Egyes megközelítések az asszisztált öngyilkosság meghatározásakor az eutanáziától való eltérésre utalnak, arra hivatkozva, hogy előbbinél maga a páciens végzi el a végső „beavatkozást” (például veszi be a halálos gyógyszert), míg annak passzív alanya csupán. A

¹⁸ Ezek változására több példát is találhatunk. A prostitúció, a homoszexualitás, vagy korábbról a dohányzás kapcsán – és a deviancia alapkérdéseire – lásd részletesebben: CSEMÁNÉ VÁRADI Erika: Devianciák Magyarországon, in: Prostitúció, prostitúcióra kényszerítés, emberkereskedelem (szerk.: Fehér Lenke – Forrai Judit), Szociális- és Családügyi Minisztérium Nőképviselői Titkársága, Budapest, 1999. 10-37.

¹⁹ Erre igen jó példa a válás. Az állam, a társadalom számára az a kívánatos, ha ezek aránya minél csekélyebb; azaz, ha a házasságot kötő felek - az együttélésből eredő - esetleges problémáikat a házasságon belül, más módon próbálják megoldani, ezzel is megóva a társadalom legfontosabb s legkisebb egységének, a családnak az épségét. Napjainkra azonban arányuk okán nem nevezhetők atipikusnak.

²⁰ GÖNCZÖL Katalin: Devianciák, devianciakontroll, bűnmegelőzési stratégiák, in: Kriminológiai ismeretek, bűnözés, bűnözéskontroll (szerk.: Gönczöl Katalin – Korinek László – Lévai Miklós), Corvina Kiadó, Budapest, 1996. 120.

²¹ ANDORKA – BUDA – CSEH-SZOMBATHY: i.m. 14.

²² Lásd erre például KISS Tibor: Deviancia, in: Alkalmazott kriminológia (szerk.: Barabás A. Tünde), Akadémiai Kiadó – Ludovika Egyetemi Kiadó, Budapest, 2023. 136-150.

²³ ANDORKA – BUDA – CSEH-SZOMBATHY: i.m. 14.

sokszor nehéz meghatározás áthidalására javasolják az asszisztált halál kifejezés használatát. Fontos arra is utalni, hogy az az esetkör, amikor az orvos – etikai és szakmai normáival összhangban – az életfenntartó kezelés visszavonásáról dönt, kívül esik ezen a témakörön.

Más meghatározások egyéb aspektusokat is figyelembe vesznek; a segítségnyújtás szándékán, és a beteg aktív/passzív közreműködésén túl szerephez jut az asszisztált öngyilkosság elnevezése alatt az az esetkör is, amikor maga a páciens nem gyógyíthatatlan beteg, azonban nem kíván tovább élni, és ehhez nyújtanak neki segítséget.

Ez a sokszor részbeni átfedést mutató fogalmi kör sztrikt meghatározása különösen fontossá válik például az intenzív osztályon dolgozó – és különböző szakmai, etikai elköteleződésű – szakemberek számára, hiszen az orvos által segített öngyilkosság és eutanázia intenzív viták keresztüztüében áll az USA-ban és Kanadában²⁴. Így különbséget tesz a szakma²⁵ az orvos által asszisztált öngyilkosság (PAS) (például halálos gyógyszer felírása, amelyet a beteg önként és önmaga vesz be) és az eutanázia (az orvos végzi el a halált kiváltó beavatkozást) között. Ennek formái is eltérőek lehetnek: az önkéntes eutanázia (VE) a beteg egyértelmű, határozott, konkrét, következetes és alaposan megfontolt kérésén alapul; a kényszer (akarata ellenére) végrehajtott eutanázia (IVE);. és a nem önkéntes eutanázia (NVE), amelyben a beteg cselekvő (döntés)képtelen, így sem hozzájárulni, sem tiltakozni nem tud ellene. Komoly vita volt például a nem önkéntes eutanáziáról az intenzív osztályokon, amelyet először javasoltak, majd tiltottak alkalmazni. Leginkább egységesen támogatottak a szakma az orvos által segített öngyilkosságot látja etikailag támogathatónak, bár itt is számtalan erkölcsi kérdés vetődik fel.

Már önmagában ez a terminológiai átfedő tartalom is jól jelzi, hogy az asszisztált öngyilkosság több vonatkozásban is két világ metszéspontjában található. Ez a köztes lét más aspektusban is lehet jellemző – például egy nép öngyilkosságához való viszonyulása terén.

Noha ma a magyarság egyike az öngyilkosságot leggyakrabban elkövető nemzeteknek, maga a jelenség és ezzel együtt e fogalom nem kíséerte végig a magyarság történetét. Míg a korabeli barbár törzsek körében ismert volt és sokuknál dívott az öngyilkosság kultusza (például a vikingeknél, galloknál, germánoknál, dánoknál²⁶), addig a magyarság kapcsán ilyen jellegű akár közvetett utalásra sem lehet lelteni: sem ősi hitvilágában, a sámánizmusban, sem azon népek kultúrájában, melyekkel vándorlásai során összekapcsolódott. Sőt, a magyarságot inkább az igen erős élni akarás jellemezte. A kereszténység felvétele után pedig az egyház az öngyilkosságot, mint a legnagyobb bünt²⁷ definiálta. Ezért évszázadokon át alig fordult elő. A XVI.-XVII. sz.-ban sem ismert még maga a kifejezés a nyelvben, de már egy-egy – elsősorban külföldi – eset leírása megtalálható, sőt, a protestáns irodalomban már utalást találni az önpusztításra: “önmagát felakasztta”, “maga halálára kezdte igyeközni”²⁸. A következő századokban aztán lassacskán nyugatról hozzánk is elér német közvetítéssel a “meghívott halál”. Az 1800-as évek második felében bekövetkező ugrásszerű emelkedés pedig tart.

²⁴ Arthur SCHAFER: 1. fejezet Physician assisted suicide: the great Canadian euthanasia debate, *International Journal of Law and Psychiatry* 5-6 (2013) 522-531.

²⁵ Ewan C. GOLIGHER – E. Wesley ELY - Daniel P. SULMASY - Jan BAKKER - John RAPHAEL - Angelo E. VOLANDES - Bhavesh M. PATEL - Kate PAYNE - Annmarie HOSIE - Larry CHURCHILL - Douglas B. WHITE - James DOWNAR: Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the Intensive Care Unit: A Dialogue on Core Ethical Issues, *Society of Critical Care Medicine* 2 (2017) 149-155.

²⁶ ZONDA Tamás: Az öngyilkosság történelmi gyökerei, in: *Devianciák Magyarországon* (szerk.: Münnich Iván – Moksony Ferenc)Közélet Kiadó, Budapest, 1994. 166.

²⁷ “gravissimum peccatum”

²⁸ ZONDA: i.m. 168.

3. Eutanázia – fogalmak és típusok

Az eutanázia szót először 1646-ban használták a „világból való halk, könnyű, fájdalom és kínlás nélküli eltávozás” jelölésére.²⁹ Az eutanázia görög eredetű kifejezés, az eu és a thanatos szavak összetételéből származik és „szép halált” jelent.

Köznap értelemben eutanáziának neveznek minden olyan cselekedetet, amelynek célja a halálközeli állapotban lévő, az emberhez méltó életvitelre már képtelen személy életének fájdalommentes megrövidítése, motivációja kizárólag a beteg szenvedésének enyhítése lehet.

Érdeemes utalni rá, hogy napjainkra az eutanázia „jó halálként” való tartalmi megfelelése egyes vélemények³⁰ szerint számos társadalmi, erkölcsi illetve etikai konfliktust generálhat. A hivatkozási alap az elmúlás jellegéből adódik: a halál veszteség, fájdalom, lelki trauma lehet az érintettek számára, így nem indokolt pozitív tartalmú használata. Korrektebbnek tartják, ha az eutanáziát egy folyamatként nevesítik, mely során - klinikai intézkedések alkalmazásával vagy mellőzésével – egy gyógyíthatatlan, vagy végstádiumban lévő beteg személy halálát gyorsíthatják fel (siettethetik), s amelynek egyértelmű és egyetlen célja az ő túlzott szenvedéseinek elkerülése.

A szakirodalom az eutanáziának 5 lényegileg megkülönböztethető változatát különíti el: aktív, passzív, direkt, indirekt, kényszer³¹-eutanázia.

A két legfontosabb és legelterjedtebb típus az aktív és a passzív eutanázia, melyek az emberek többsége számára ismerős fogalmak.

Az *aktív eutanáziát* sokszor említik asszisztált öngyilkosságként is.³² Ebben az esetben a beteg az orvosától nyíltan segítséget kap öngyilkossága végrehajtásában, biztosítja számára a szükséges szereket, a beteg önkéntes és kompetens kérésére, melyeket saját maga vesz be és ennek következtében élete rövid időn belül és biztosan véget fog érni. Lényegében a halál tevéleges előidézését jelenti.³³

Passzív eutanázia alkalmazására a magyar törvényi szabályozás biztosít ugyan lehetőséget, de szigorúan ellenőrzött feltételekhez és körülményekhez köti, melyekről a későbbiekben még bővebben szó fog esni. Ebben az esetben beteg saját maga mondja le az életét meghosszabbító, valamint életmentő kezelésekről.³⁴

A kezelés visszautasítása kapcsolódik legszorosabban az önrendelkezési joghoz, hiszen a tájékoztatáson alapuló beleegyezés az egészségügyi ellátás alapja, így, ha az ellátáshoz beleegyezés kell, logikus, hogy annak hiányában vagy kimondott bele nem egyezés esetén azt nem lehet végrehajtani.³⁵ A beteg a kezelésével összefüggő legtöbb kérdésben szabadon dönthet.

A kezelés visszautasításának joga az életet kioltani szándékozó döntések egyetlen legális formája Magyarországon, amelyet az Eütv. 20-23§ szabályoz. Csakis az utasíthatja vissza az ellátását, aki cselekvőképes, ezzel a kiskorúakat és a belátási képességgel nem

²⁹ AGÁRDI Éva: Az eutanázia története, Egészségfejlesztés, 2007/3 120.

³⁰ Fernando MARÍN-OLALLA: La eutanasia: un derecho del siglo XXI (Gaceta Sanitaria 4 (2018) 381–382.) hivatkozta: Yelson Alejandro PICÓN-JAÍMES – Ivan David LOZADA-MARTÍNEZ – Javier Esteban OROZCO-CHINOME – Lina María MONTAÑA-GÓMEZ – María Paz BOLAÑO-ROMERO – Luis Rafael MOSCOTE-SALAZAR – Tariq JANJUA – Sabrina RAHMAN: Euthanasia and assisted suicide: An in-depth review of relevant historical aspects, Annals of Medicine & Surgery 75 (2022) 103380.

³¹ JOBBÁGYI Gábor: Eutanázia-kívánatra ölés, In Filó Mihály (szerk): Párbeszéd a halálról- Eutanázia a jogrend peremén, Budapest, Literatura Medica, 2011. 67-69.o.

³² Uo.

³³ BARCSI Tamás: Az emberhez méltó halál lehetősége: Az eutanázia és alternatívája, Esély 2004. 5.sz 103-104.o.

³⁴ Uo.

³⁵ Az egészségügyről szóló 1997.évi CLIV. tv. 21-23.§

rendelkezőket lényegében kizárja. A szakértők azonban megfogalmaztak olyan álláspontot is mely szerint az orvosi technológia fejlettsége problémássá teszi az aktív és passzív eutanázia megkülönböztetését a gyakorlatban. Például a lélegeztetőgép kikapcsolásának büntetőjogi értelmezése szempontjából a kérdés az, hogy tevékenységről vagy mulasztásról van-e szó. Abban az esetben, ha mulasztásról beszélünk tényállásszerűség szintjén kizárjuk a felelősséget és nem kell vizsgálni a jogellenességi és bűnösségi tényezőket sem.³⁶

A további három típus, *a direkt, indirekt és kényszer eutanázia*-fogalmak átfedésben állnak a passzív és aktív eutanázia fogalmával, emiatt a szakemberek folyamatos vitában állnak, hogy valóban érvényes-e ez a fajta megkülönböztetés. A direkt és indirekt eutanázia közötti lényegi különbséget az orvos szándéka jelenti. A direkt eutanáziára Jakab Tibor a következő megfogalmazást használja: „Az orvos szándéka a beteg halála”, míg az indirekt eutanázia „a beteg halála az orvos tevékenységének előre látott, de nem szándékolt következménye”³⁷ A kényszer eutanázia a szakirodalom alapján a hitleri eutanáziának felel meg, ahol nem az alany dönt a saját sorsáról.³⁸ Az indirekt eutanáziát sokan azonosítják a palliatív ellátással, melynek alkalmazásakor a végstádiumban lévő beteget fájdalomcsillapító szerek folyamatos bódult állapotban tartják egészen a haláláig. Azonban a jog ezt a típust nem tekinti eutanáziának.³⁹

Fontosnak tartom kiemelni a Magyar Orvosi Kamara Etikai Kollégiumának megfogalmazását, mely szerint „*az eutanázia az orvosnak foglalkozási körében megvalósított szándékos tevékenysége, mely a gyógyíthatatlan beteg halálára irányul a beteg kérésére. Az aktív eutanázia esetén tevőleges, a passzív eutanázia esetén mulasztással megvalósuló magatartásról van szó.*”⁴⁰

Az eutanázia létjogosultsága, rendszerint nagyon idős vagy krónikus betegségben szenvedő embereknél jelenik meg, különösen, ha elviselhetetlen fájdalmaik is vannak. Az orvostudomány és az eutanázia kapcsolatában az egyik legvitatottabb kérdés a kóma és annak fajtái.

A legnagyobb probléma az, hogy nem tudjuk, hogy az ilyen állapotban lévő betegek érzékelik-e a külvilágot maguk körül. Ha például valaki kénytelen nagy fájdalmakkal együtt élni, és kilátása sincs az emberi életre, felmerül a kérdés, hogy erkölcsileg elfogadható-e kikapcsolni az életben tartó orvosi készüléket vagy beadni a halált előidéző gyógyszert? Ez egy gyakorlati etikai dilemma, amellyel az orvosok gyakran kénytelenek szembenézni.⁴¹

A téma aktualitását igazolja, hogy Karsai Dániel gyógyíthatatlan betegségben (amyotrófiás laterálszklerózis) szenvedő alkotmányjogász a strasbourgi Emberi Jogok Európai Bíróságához fordult, mert a magyar jogszabályok nem teszik lehetővé az aktív eutanáziát. Az aktív eutanázia Magyarországon a jelenleg érvényes szabályozás szerint asszisztált öngyilkosságnak számít és börtönbüntetéssel is sújtható. Karsai Dániel az ellátás visszautasítása kapcsán diszkriminációra hivatkozott, mondván, hogy a terminális betegségben szenvedőkhöz képest, az ő esetében nincs ilyen kezelés, melyről lemondhat életének bevégezése érdekében.⁴² A Strasbourgi bíróság azonban ezt az érvet már a Pretty-ügyben megdöntötte, mely tényre a

³⁶ FILÓ Mihály: „Ölni vagy halni hagyni? – A dogmatika, a valóság és a józan ész” in Filó (15.lj.) Budapest, Literatura Medica, 2011, 148.o.

³⁷ JAKAB Tibor: Az eutanázia, és amit annak hisznek. In Filó Mihály (szerk): Párbeszéd a halálról- Eutanázia a jogrend peremén. Budapest: Literatura Medica, 2011. 108-109.o.

³⁸ JOBBÁGYI: i.m., 70-71.o.

³⁹ JOBBÁGYI: i.m., 68-69.o.

⁴⁰ VADÁSZ Gábor: Mít nevezhetünk eutanáziának, és mit nem? - Az életvégi döntésekről, In Filó Mihály (szerk): Párbeszéd a halálról- Eutanázia a jogrend peremén Budapest, Literatura Medica, 2011. 183-184.o.

⁴¹ Nigel Warburton: Bevezetés a filozófiába, Kossuth Kiadó, 2000. 37-38.o.

⁴² Karsai v. Hungary (no. 32312/23) European Court of Human Rights 2023.09.28.

magyar kormány fel is hívta a figyelmet észrevételezésében.⁴³ A bíróság 6:1 arányban úgy döntött, nem sérültek az ügyvéd emberi jogai. Hangsúlyozták ugyanakkor, hogy a megfelelő jogi intézkedések szükségességét folyamatosan felül kell vizsgálni, figyelembe véve az egészségügyben bekövetkezett fejlődést. Ezt követően szeptember végén Karsai Dániel elhunyt.⁴⁴

4. Az eutanázia és az öngyilkosság kapcsolata

A két jelenség között történelmi aspektusból nézve is számtalan kapcsolódási pont azonosítható – ahogy arról például Brody⁴⁵ könyvében is olvashatunk. Bár mindkettőre igaz, (fejlődés)történetük traumatikus volt az emberiség számára⁴⁶, jogi megítélésük között jelentős különbség van mutatkozott.

Közép-Kelet Európában kivétel nélkül a restriktív modell terjedt el, kiugróan magas büntetési tételkerettel. Ide tartozik Magyarország is, ahol a Btk. nem tekinti bűncselekménynek az öngyilkosságot, illetve annak megkísérlését. A közfelfogás azonban elítéli, s társadalmi szinten sem kívánatos magatartás, így – megelőzése érdekében – a Btk. 162.§ (1) önálló, sui generis tényállásként szankcionálja az ehhez kapcsolódó járulékos jellegű magatartásokat: a rábírást, illetve a segítségnyújtást.⁴⁷

A különösen sérülékeny áldozatok kiemelt védelme két formában is megvalósul: a 162.§ (2) minősített esetként rögzíti, ha a tizennyolcadik életévét még be nem töltött személy sérelmére történő elkövetés (feltéve, ha az elkövető felnőttkorú⁴⁸), míg a tizennegyedik életévét be nem töltött vagy akaratnyilvánításra képtelen személy öngyilkosságra történő rábírása (az elkövetői életkortól függetlenül) a Btk. 160.§ (5) bekezdése ütköző emberölés, ha az öngyilkosságot elkövetik.⁴⁹

Így az eutanázia ezen aspektusból is feszegeti a büntetőjog határait. De morális értelemben is felmerülhet az öngyilkosság kérdése az eutanáziával összefüggésben.

Az öngyilkosság esetében az egyén maga vet véget az életének, míg az eutanázia végrehajtása más személy közreműködését is feltételezi, ezért szükségszerűen avatkozik be ezekben az esetekben az állam. Nyugat Európában lelki szenvedések esetén is engedélyezett az eutanázia, meghatározott kritériumok betartása mellett, míg Magyarországon az öngyilkossági szándékot patológias jelenségeként, gyógyításra szoruló pszichés zavarként értelmezik.⁵⁰

Huib Drion professzor szerint⁵¹ egy bizonyos életkor felett az államnak biztosítania kellene, olyan gyógyszerek hozzáférését, amelyekkel egészségügyi állapottól függetlenül, biztonságosan lehet öngyilkosságot elkövetni. Javaslatát egy kétfázisú szerről szólta, amelyből az első adagot pár nappal korábban kell bevenni, és csak a második dózissal együtt halálos a hatás, a páciens ennek köszönhetően az első bevétele után még meggondolhatja magát.⁵² Az

⁴³ Magyarország Kormányának észrevételei a 32312/23. számú, Karsai Dániel András által előterjesztett kérelem elfogadhatóságáról és érdeméről

⁴⁴ <https://hu.euronews.com/my-europe/2024/06/13/dontes-strasbourg-birosag-elutasitotas-karsai-daniel-eutanazia-beadvany>

⁴⁵ Baruch A. BRODY (ed.): Suicide and Euthanasia: Historical and Contemporary Themes, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Boston, 1989.

⁴⁶ PICÓN-JAIMES –LOZADA-MARTINEZ – OROZCO-CHINOME –MONTAÑA-GÓMEZ – BOLAÑO-ROMERO –MOSCOTE-SALAZAR – JANJUA – RAHMAN: i.m.

⁴⁷ Legf. Bir. Bf II. 772/1981.st. (BH 1983.7.)

⁴⁸ 2012. évi C. törvény 162.§ (2) bek.

⁴⁹ 2012. évi C. törvény 160.§ (5) bek.

⁵⁰ FILÓ Mihály: Asszisztált öngyilkosság és az életvégi döntések Európában 154-156.o.

⁵¹ Huibert DRION: Het zelfgewilde einde van owdere mensen (Amsterdam: Balans 1992) 11-17.o.

⁵² FILÓ: Asszisztált öngyilkosság i.m. 154-156.o.

öngyilkosság megítélése az évszázadok során jelentős változásokon ment keresztül. A felvilágosodás koráig egész Európában halálos bűnként kezelték az öngyilkosságot, napjainkban azonban a jog csak akkor avatkozik be, ha az elkövető egy kívülálló segítségét veszi igénybe.

A legtöbb jogrend ismer olyan normát, amely az öngyilkossághoz kapcsolódó quasi-részesi magatartásokat *expressis verbis* büntetni rendeli. A közép-kelet-európai országok, köztük Magyarország büntetőtörvénykönyvei az ilyen cselekmények büntethetőségét objektív feltételekhez köti. Ilyen feltétel például, hogy az öngyilkosságot a sértett legalább megkísérelje.⁵³ Ezzel szemben más államokban például Svájcban a büntethetőség szubjektív feltétel: A közreműködő csak akkor vonható felelősségre, ha a segítségnyújtást önös érdekből például anyagi haszonszerzés céljából tette.⁵⁴ A svájci DIGITAS alapítója, Minelli, az eutanáziamozgalom ellentmondásos megítélésű apostola azt hangsúlyozza, hogy az államnak kötelessége szabályozott keretek között biztonságos eszközöket biztosítani azok számára, akik önként akarnak véget vetni életüknek. Szerinte, az állam korlátozza a hozzáférést azokhoz a módszerekhez, amelyekkel a polgárok biztonságosan kiolthatják saját életüket, úgy mind az öngyilkost, mind a társadalom többi tagját indokolatlan veszélynek teszi ki, hiszen azok a közforgalmú szerek, amelyeket öngyilkosságra használnak általában alkalmatlanok és veszélyesek.⁵⁵ Az eutanázia kapcsán gyakran felmerül annak veszélye, hogy a közreműködők nem jó szándékból, hanem önös érdekből cselekednek. Például: Peter Baumann, az ismert bázeli eutanáziatársaság pszichiáttere ellen azért emeltek vádat, mert az öngyilkosságban való segítségnyújtás során nem a beteg érdekeit, hanem a halál iránti tudományos érdeklődését, illetve szereplési vágyát helyezte előtérbe. Ebben az esetben egoisztikus indítekről beszélünk.⁵⁶ Az ilyen esetek rávilágítanak arra, hogy az eutanázia megengedhetősége esetén szigorú ellenőrzési mechanizmusokra van szükség.

⁵³ Filó Mihály: „Ölni vagy halni hagyni? A dogmatika, a valóság és a józan ész” (szerk.): Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén, Budapest, Literatura Medica, 2011. 141-153.o.

⁵⁴ StGB 115.cikk Huib

⁵⁵ Ludwig A. Minelli: Aktuelle Juristische Praxis 2004/5. 491-504.o.

⁵⁶ Filó Mihály: Állam- és Jogtudomány LVII. évfolyam 2016 4.szám 120-134.o.

5. Jogi és etikai dilemmák metszéspontjában

„It is not the death I fear to face but dying.”
R. L. Stephenson⁵⁷

5.1. Az eutanázia büntetőjogi határai⁵⁸

Az eutanázia megítélése más-más szemléletet mutat a világ különböző nemzeteinek felfogásában, ami kulturális, vallási, erkölcsi stb. okokra vezethető vissza, és amelynek következtében jelentős eltéréseket tapasztalhatunk a jogi szabályozás tekintetében a teljes elfogadottságtól egészen a teljes tilalmazásig.

A magyar büntetőjog nem ismeri a kívánságra vagy méltányosságból történő ölést, ezért az aktív eutanázia egyértelműen emberölésnek minősül, az önkéntes passzív eutanázia viszont megengedett.⁵⁹ A törvényalkotó eutanázia koncepciója a következőképpen vázolható: Az egészségügyi önrendelkezési jog mindenfajta orvosi beavatkozás visszautasítására kiterjed, köztük az életmentő, életfenntartó kezelésekre is. Csak teljes és megkérdőjelezhetetlen döntésképeség birtokában kerülhet rá sor, mindig csak a beteg saját elhatározásán alapulhat.

A jognak garanciális jellegű eljárási szabályokkal elő kell segítenie, hogy az eutanázia kellően megfontolt, szabad, befolyásmentes döntés legyen. Rendkívül szűk körben, a halál közvetlen közelében álló, menthetetlen betegek számára lehetséges.⁶⁰ Filó Mihály, álláspontja szerint, jogállami keretek között az eutanáziához tartozó magatartások egyedi elbírálása kizárólag a büntetőjog kompetenciájába tartozhat. Ez azt jelenti, hogy az eutanáziához kapcsolódó cselekményeket minden esetben a büntetőjog szabályainak és kereteinek megfelelően kell megítélni. A döntések végső határait mindig a büntetőjog jelöli ki, és bármely érvelés csak akkor tekinthető érvényesnek, ha a büntetőjogi normákon belül mozog. A büntetőjog kizárólagos tárgya az emberi magatartás. Hangsúlyozza, hogy a büntetőjogi állásfoglalás szükségességét bizonyítja, hogy az eutanázia tárgykörébe tartozó cselekmények közvetlenül érintik, sőt sértik vagy veszélyeztetik az emberi életet, amelynek védelme az állam alapvető feladata, a védelem elsődleges eszköze pedig a büntetőnorma alkalmazása. Ezért az eutanáziával kapcsolatos ügyekben a büntetőjogi vizsgálat elengedhetetlen, mivel ezek a cselekmények mindig az emberi élet kioltásának szándékával történnek, ami a legszigorúbb megítélés alá esik. Büntetőjogi értelemben fontos tisztázni azt is, hogy miként kezelendő az olyan eset, amikor az elkövető azzal védekezik az emberölés cselekménye után, hogy a sértett amúgy is rövid időn belül meghalt volna?

A válasz kétségtelen: az áldozat egészségi állapota nem releváns, csak az számít, hogy a sértett élő személy volt, és a terhelt szándékosan elvette az életét.⁶¹ A büntetőjog szemszögéből tehát a gyógyíthatatlan betegség megléte nem enyhítő körülmény, mivel az élet elvételének ténye a mérvadó. Az élet végén hozott orvosi döntések büntetőjogi vizsgálata szempontjából kizárólag azok a tényállások bírnak jelentőséggel, amelyeknél az elkövető

⁵⁷ Robert Louis Stephenson gondolatát (British Medical Bulletin (1926) 246-254.) idézi: John D. PAPANIMITRIOU – Panayiotis SKIADAS – Constantinos S. MAVRANTONIS – Vassilis POLIMEROPOULOS – Dimitris J. PAPANIMITRIOU – Kyriaki J. PAPANICOSTAS: Euthanasia and Suicide in Antiquity: Viewpoint of the Dramatists and Philosophers, Journal of the Royal Society of Medicine, 1 (2007) 25.

⁵⁸ Filó Mihály: Az eutanázia a büntetőjogi gondolkodásban, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2009.

⁵⁹ Busch Béla: Eutanázia és büntetőjog. In Filó Mihály (szerk): Párbeszéd a halálról- Eutanázia a jogrend peremén Budapest, Literatura Medica, 2011. 47.o.

⁶⁰ Vissy Beatrix: Méltatlan figyelem a méltó halál kérdésének- Szélszöveg az Alkotmánybíróság második eutanáziahatározatához ÁJT LVV. Évf 2016 4.sz. 56-74.o.

⁶¹ <https://jogaszvilag.hu/szakma/az-eutanazia-buntetojogi-es-orvosi-jogi-aspektusai/>

szándéka a sértett életének elvételeét célozza, az orvos kívánja, vagy legalábbis belenyugszik abba, hogy betege meghaljon.

Az eutanázia nem orvosi „műhiba”, hiszen szándékos cselekmény, amely a halál okozására irányul, ezért konkrét veszélyeztető cselekményként sem értelmezhető. Az eutanázia nem választható el a büntetőjogtól, mivel az emberi élet kioltása minden körülmények között büntetőjogi relevanciával bír. A jelenlegi magyar szabályozás szerint az orvos által végrehajtott eutanázia büntető jogi szempontból minden esetben tényállásszerű cselekmény, kivéve az Egészségügyi törvény 20.§ (3) bekezdésében meghatározott eseteket (életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítása), ezért a felelősségre vonás kizárásához valamely materiális jogellenességet kizáró okot kell felmutatni, amely indokolja az orvos cselekvését.

Az európai jogirodalom egyetért abban, hogy az eutanázia fogalomkörébe eső cselekmények kizárólag orvosi tevékenységhez kapcsolódnak, az elkövető csak orvos lehet. Az orvos szakmai felhatalmazása, valamint a beteg önrendelkezésének tiszteletben tartása az eutanázia jogi megítélésének alapvető szempontjai. Ha az orvos elfordít egy kapcsolót vagy más módon megszünteti az életfenntartó készülék áramellátását egyértelmű, hogy e cselekedete és a beteg halála között kauzális kapcsolat van.⁶²

Az eredményközpontú büntetőjogi gondolkodás nem fogadja el az „aktív” és „passzív” eutanázia közötti szándékeltikai megkülönböztetést, és azt vizsgálja, hogy az orvos tevékenysége okozati összefüggésben áll-e a beteg halálával. Az orvos konkrét engedély felhatalmazásával, a szakmai szabályoknak megfelelően, a beteg önrendelkezésének kiteljesítése érdekében, de szándékosan megöli a beteget. Ha pedig egy jogrend bizonyos körülmények fennállása esetén elfogadhatónak tartja az életfenntartó kezelések visszautasítása esetében, hogy az orvos a beteg kérésére kikapcsolja a lélegeztetőgépet, akkor szükségszerűen racionális, felelős döntésnek kell tartania, ha a beteg önmaga teszi ezt meg. A magyar jogban az egészségügyi szabályok kivételt engednek az emberölés általános tilalma alól, addig az öngyilkosságban való közreműködést, ahol a döntés faktuálisan is a sértett kezében marad a büntetőjog a legmagasabb büntetési tétellel sújtja.⁶³ A büntetőjognak, amely felelősségi rendszerét a szabad akaratra alapítja, el kell fogadnia, hogy létezik olyan élethelyzet, ahol az autonóm személy dönt saját életének önkezdő befejezéséről.

5.2. A beleegyezés erkölcsi dilemmái

Az emberi lélek sajátossága, hogy krízishelyzetekben, esetleg beszűkült, a cselekvőképességet nem érintő tudatállapotban, gyötrő és elviselhetetlen fizikai szenvedések esetén vagy kilátástalannak tűnő élethelyzetekben felerősödhet a „befejezés” iránti vágy, mint lehetséges menekülési megoldás. Ezek a gondolatok azonban nem szükségképpen állandósulnak, így a halál kívánásának szándéka – az egyén élethelyzetének, lelki állapotának változásával – elmaradhat. A beleegyezéses eutanázia kapcsán a tényleges és végleges beleegyezés tényének megítélése nem csak ezen oknál fogva lehet kétséges. Például haldokló betegek gyakran nem képesek az önálló döntéshozatalra, hozzátartozóik érzelmi állapota labilis, ez pedig akadályozza számukra a beteg állapotának racionális megítélését, ami tovább nehezíti az ilyen helyzetek etikai és gyakorlati kezelését.⁶⁴

Az asszisztált öngyilkosság is öngyilkosság; s bár más pszichés aspektusai is vannak, alapvetően irányadóak a klasszikus (valódi) öngyilkosság magyarázó elméletei. A szociológiai, kriminológiai szakirodalom számtalan teóriát vonultat fel az egyes deviáns magatartások –

⁶² Filó Mihály: Asszisztált öngyilkosság és az életvégi döntések Európában ÁJT, 2016/4, 132-134.o.

⁶³ Filó Mihály: Asszisztált öngyilkosság és az életvégi döntések Európában ÁJT, 2016/4 132-134.o.

⁶⁴ Zubek László: Ki és hogyan dönt az élet- halál kérdésében? ÁJT,2016/4 105-106.o

értelemszerűen különösen a bűnözés – okainak megértésére. Ezek változása jól tükrözi a társadalmi felfogás alakulását.

Az 1900-s évek második felében a lélektan foglalkozott először a jogi normák megszegésének folyamatával kérdéseivel, s arra a megállapításra jutott, hogy a normaszegő embert valamilyen sajátos tulajdonság különbözteti meg a normakövető egyéntől: az erkölcsi normaszegést jelentő magatartásokat, mint pszichés problémákat definiálták: az öngyilkosokat elmebetegnek tartották, míg az alkoholizmust és az elmebetegséget örökletes bajnak.⁶⁵

A századforduló táján megjelenő első szociológiai jellegű megközelítés a normaszegés társadalmi vetületeit emelte ki. Durkheim volt az első, aki már egészen más megközelítésben vizsgált egy konkrét deviáns magatartást, az öngyilkosságot. Megállapítása szerint az öngyilkosság alapvető oka a társadalmi integráció eltérő foka.⁶⁶ A XX. század első évtizedeiben tovább folytak a szociológiai kutatások, melyek közös vonása volt, hogy a normaszegő viselkedést, mint a társadalom számára kóros (patológiás) jelenséget határozták meg⁶⁷. Az ún. „chicagói iskola” képviselői⁶⁸ a 20-s, 30-as években már társadalmi-ökológiai jelleggel közelítették meg a témát. Azokban a városrészekben volt kiemelkedő a bűnözés, alkoholfogyasztás és elmebetegség, ahol a viszonylag szegény és emberi kapcsolatait vesztett személyek éltek. Ezért a deviancia léte alapvetően életmód kérdése. Mindez pedig területegységenként és társadalmi rétegenként különböző. A II. vh. után még inkább elterjedt társadalmi problémák irányzat hívei⁶⁹ szerint csak az a magatartás lehet elfogadott, amit a társadalom tagjai annak tekintenek. A kulturális konfliktusok elméletét vallók⁷⁰ úgy vélték, hogy a normaszegő viselkedés oka abban van, hogy egy adott csoport saját kultúráját követi, melyet azonban egy másik csoport értékrendje elítél és normaszegőnek tart. Ez különösen akkor érdekes, ha nem két alapvetően egyenlő csoportról van szó. Ekkor a bűnözés nem más, mint a szűkebb környezet normáihoz való alkalmazkodás.

A deviáns viselkedések magyarázatát adó elméletek közül kiemelkedik Merton anómia-elmélete⁷¹. Ő ugyanis a deviáns viselkedésbe beleértette az összes normaszegő viselkedést, s ezek közös magyarázatára törekedett. Véleménye szerint e tekintetben az egyén „életkörnyezetét” jelentő szociális és kulturális viszonyok a meghatározóak. A differenciális asszociáció elméletének megalkotói⁷² úgy vélték, a deviáns viselkedés is - hasonlóan bármely más magatartáshoz - egy tanult folyamat, s e tekintetben a szűkebb kultúrának, mikrokozmosznak van döntő szerepe abban, ha e szocializációs folyamatban rossz értékeket és viselkedésmintákat közvetít. (például a családi öngyilkosság, mint „minta”)

A pszichológiai jellegű elméletek⁷³ közös vonása az a felismerés, hogy minden deviáns viselkedésforma gyökere a személyiség valamilyen működési zavarában rejlik. Ennek oka pedig, hogy az ilyen személyiség nem teljesen vagy nem megfelelően szocializált. Ez alapvetően a mikrokozmoszettel, ezen belül is a családdal függ össze.

⁶⁵ ANDORKA – BUDA – CSEH-SZOMBATHY: i.m. 16.

⁶⁶ ANDORKA – BUDA – CSEH-SZOMBATHY: i.m. 19.

⁶⁷ Innen ered az irányzat neve: szociálpatológiai irányzat.

⁶⁸ ANDORKA – BUDA – CSEH-SZOMBATHY: i.m. 21.

⁶⁹ ANDORKA – BUDA – CSEH-SZOMBATHY: i.m. 22.

⁷⁰ ANDORKA – BUDA – CSEH-SZOMBATHY: i.m. 24.

⁷¹ ANDORKA – BUDA – CSEH-SZOMBATHY: i.m. 26.

⁷² ANDORKA – BUDA – CSEH-SZOMBATHY: i.m. 32.

⁷³ ANDORKA – BUDA – CSEH-SZOMBATHY: i.m. 33.

Számos elmélet speciális az öngyilkossághoz vezető döntési folyamatra fókuszál. A modern irányzatok közül kiemelkedik például az öngyilkosság stresszelmélete (STS)⁷⁴, amely alapvetően négy stresszforrást nevesít:

- értékfeszültség a különböző értékek miatt;
- aspirációs stressz az aspiráció és a valóság közötti eltérés miatt (ez esetben az egyének például magasak az elvárásai az étellel szemben, azonban nincsenek eszközei céljai eléréséhez, s az állandó kudarcélmény a komoly erőfeszítések ellenére nagyfokú feszültséghez, frusztrációhoz vezethet);
- deprivációs stressz a relatív depriváció miatt, beleértve a szegénységet (ez esetben az egyéni észlelési érzékenység a meghatározó, azaz relatív deprivációból eredő pszichológiai megterhelés is kialakulhat);
- megküzdési stressz a válsággal szembeni hiányos megküzdési készségek miatt.

A modell újdonságát az adja, hogy képes Durkheim anómia-elméletét, Merton feszültség- és deviancia-elméletét, valamint Agnew bűnözés-elméletét – annak ellenére, hogy ezekben az öngyilkosság magyarázata nem volt kiemelt szempont.

A döntéshozatal azonban számos más tényező is befolyásolhatja – s mindez jól mutatja az etikai kérdések súlyát. Így kutatások⁷⁵ arra a következtetésre jutottak, hogy több évtizedes kitartó szakmai munka mellett sem készíthető olyan lista, amely egyértelműen be tudná azonosítani az öngyilkosságot elkövető személyeket. A magas rizikófaktorú egyének 95%-a nem így veszti életét; míg – és ez különösen megdöbbentő adat – az öngyilkosság által életüket veszítők 50%-a épp az alacsony rizikófaktorúnak minősített csoportból került ki⁷⁶!

Az emberek döntéseinek feltárása nem kis kihívást jelent, így abban a kérdésben sem lehet bizonyossággal előre vélelmet felállítani, hogy milyen keretrendszer mentén dönt valaki a beleegyezés – vagy az erre irányuló kérés – megfogalmazása mellett, s meddig tart ki ennél.

A beleegyezés valódi és tényleges voltának megítélésénél fontos szerepet kap a másik oldal is.

Ugyanakkor a halálba segítség élesen szembe megy az orvosi tevékenység lényegi céljaival, így komoly lelki terhet jelenthet az azt végrehajtó szakemberre is. Ez pedig – áttételesen – szintén képes lehet befolyásolni az orvosi megítélést. Egy kötelesség-etikát követő keresztény szakember valószínűsíthetően másként viszonyul az eutanáziával kapcsolatos problémákhoz, mint egy utilitarista, aki – John Stuart Mill tanítására tekintettel – a következmények alapján hoz döntéseket. A keresztény szemléletben az eutanázia ellentmond a „*Ne ölj!*” parancsolatnak. A „*Szeresd felebarátodat!*” elv miatt azonban az emberi szenvedés enyhítése is erkölcsi kötelesség lehet, ami akár belső ellentmondáshoz is vezethet. Ezen személyeknek el kell döntenie, hogy a két parancs közül melyiket tudja inkább elfogadni, és aszerint kell cselekednie.

Az utilitarista megközelítés ezzel szemben a döntés következményeit mérlegeli, és az alapján állapítja meg, hogy a konkrét esetben erkölcsileg igazolható-e az eutanázia. Ugyan véget vethet a beteg kínzó fájdalmának, de eutanázia általi halála nagy szomorúságot okozhat a családtagoknak. Végrehajtása jogi problémákat is okozhat, lehetőséget teremt az esetleges visszaélésekre, ami a beteg halálában segédkező személy számára védeljárást vonhatna maga után.

⁷⁴ Jie ZHANG: The strain theory of suicide. *Journal of Pacific Rim Psychology*, (2019), e27

⁷⁵ Olav NIELSSEN - Duncan WALLACE - Matthew LARGE: Pokorny's complaint: the insoluble problem of the overwhelming number of false positives generated by suicide risk assessment, *BJPsych Bulletin* 1 (2017) 18-20.

⁷⁶ Saxby PRIDMORE – Jamshid AHMADI – William PRIDMORE: Two Mistaken Beliefs about Suicide, *Iranian Journal of Psychiatry* 2 (2019) 182–183.

Érdemes kiemelni, hogy önmagában a jogi szabályozás léte is befolyásoló erővel bír. Barcsi Tamás szerint az erkölcsi teher nagyobb azon a személyen, aki egy tiltó szabályozás miatt nem élhet az önkéntes aktív eutanázia lehetőségével, mint azon a személyen, aki olyan helyen él, ahol ez megengedett, de ő maga elveti azt – hisz ez esetben az erkölcsi teher csak közvetett.⁷⁷ Az intenzív osztályon dolgozó orvosok számára a halál mindennapos jelenség, mely az orvosi munka lelkileg leginkább megterhelő része.⁷⁸

Tény, hogy folyamatosan nő azon országok száma, ahol mind a két forma – azaz az asszisztált öngyilkosság és az eutanázia is – immár legálisan elérhető. A feltételek, jogi keretek azonban minden esetben szigorúan szabályozottak – még ha eltérések itt is rögzíthetők. A 2010's évek közepére már annyi tapasztalat gyűlt össze, hogy szakértők – így például Vanessa Köneke⁷⁹ – több fontos következtetést is rögzíthetett. Ezek közül épp a döntési folyamatra gyakorolt hatása miatt kiemelendő, hogy az eutanáziát és asszisztált öngyilkosságot választók körében a lelki szenvedés, stressz mellett kiemelt szerepet kapott az függetlenség, szabadság és méltóság elvesztése csakúgy, mint azon tevékenységek folytatásának ellehetetlenülése, amelyeket az egyén élete fontos és integráns részeként határozott meg.

6. Szabályozási lehetőségek

A beleegyezéses eutanázia – mely a gyakorlatban az érintett fél kérelmére történő beavatkozást jelent – lényegi elemét tekintve az öngyilkosság egy sajátos formájaként azonosítható. A suicid magatartások büntetőjogi megítélése e körben szükségképpen a (beleegyezéses) eutanázia megengedhetőségének vagy tilalmazásának kiindulópontját is adja.⁸⁰

Az Európa Tanács Miniszterek Bizottsága 2009.évi 11. számú ajánlása értelmében az előzetes jognyilatkozat célja a cselekvőképes felnőttek önrendelkezésének biztosítása előzetesen, arra az esetre, ha cselekvőképességüket elveszítik.⁸¹ Ez lényegében egy olyan nyilatkozatot jelent, melyben az egyén rendelkezik arról, hogy egy esetlegesen bekövetkező döntésképtelen állapotban milyen orvosi kezelés alkalmazását kívánja, illetve utasítja el.⁸² Ezt a lehetőséget Louis Kutner amerikai ügyvéd dolgozta ki, 1967-ben, ő használta először a „living will” (élő végrendelet) elnevezést, amely több okból is megtévesztő.⁸³ A végrendelet halál esetére tett vagyoni rendelkezés. A „living will” esetében viszont nem a halál utáni, hanem a cselekvőképességének elvesztését követő időpontra vonatkozóan rendelkezik az illető.

Az 1997. évi CLIV. egészségügyi törvény rendelkezik nyilatkozattételi lehetőségről. Az alábbi pontokban meghatározott feltételek szükségesek ahhoz, hogy valaki rendelkezessen arról milyen kezeléseket szeretne igénybe venni, vagy kezelése során tartózkodni kíván azoktól.

1. A páciens gyógyíthatatlan betegségben szenvedjen, amely rövid időn belül halálát okozná.
2. Ezt egy három fős bizottság állapítja meg egybehangzóan, melyben a beteg kezelőorvosa, egy szakorvos és egy pszichiáter vesz részt.
3. Beteg biztosan beszámítható és cselekvőképes legyen

⁷⁷ BARCSI Tamás: Az eutanáziaprobléma diskurzusetikai értelmezése ÁJT, 2016/4 15.o.

⁷⁸ ZUBEK László – PÉNZES István: „Az orvosnak is vannak emberi jogai?” Aneszteziológia és Intenzív Terápia 2000. MAITT Előadás- kivonatok 56.o.

⁷⁹ Lásd ehhez részletesebben: Vanessa KÖNEKE: Trust increases euthanasia acceptance: a multilevel analysis using the European Values Study, BMC Medical Ethics 86 (2014)

⁸⁰ FILÓ Mihály– KISS Máté Jenő: Az öngyilkossághoz nyújtott orvosi segítség büntetőjogi megítélése, Budapest, ELTE Eötvös Kiadó (2022) 153-161.o.

⁸¹ MOLNÁR Hella: Az ellátás visszautasítása jogának egyes kérdései ÁJT, 2016/4 85.o.

⁸² AGÁRDI: i.m., 122.o.

⁸³ JOBBÁGYI: i.m., 70-71.o.

4. Nyilatkozattétel utáni 3. napon újra meg kell ismételnie a visszautasításra irányuló szándékát két tanú előtt, amelyet közokiratba vagy teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalnak, valamint a bizottság is megismétli a vizsgálatot.⁸⁴

Az Eütv. szerint a beteg kétféleképpen utasíthatja vissza az életfenntartó illetve életmentő beavatkozást: Az Eütv. 22.§ alapján tett ún. élő végrendeletben, vagy az Eütv. 20.§ (3)-(8) bekezdése szerinti eljárásban.⁸⁵ Lényeges különbség, hogy az elsőt a beteg a bizonytalan jövőjére nézve egészségesen, míg a 20.§ szerinti nyilatkozatot már saját aktuális állapota ismeretében, életveszélyben, gyógyíthatatlan betegségben szenvedőként teszi meg. A nyilatkozat bármikor visszavonható, de erre kizárólag a beteg jogosult. Az új egészségügyi törvény a nyugati értékrend szellemében már nem az orvosi paternalizmust, hanem a betegek jogait helyezte előtérbe. Az egészségügyi beavatkozásokra vonatkozó döntések már a betegek döntését is igénylő orvosi javaslat alapján születnek. Holló András szerint az Eütv. 20.§ (3), illetve (4) bekezdése alkotmányellenes, azokat meg kellett volna semmisíteni. Véleménye szerint a (3) bekezdésben olvasható rövid időn belül szófordulat a normavilágosság elvét sérti, az orvosi bizottság feltétele pedig a belátási képesség automatikus kétségbevonására utal és így súlyosan sérti a beteg önrendelkezési jogát.⁸⁶

Az Alkotmánybíróság 2003. április 28-án hirdette ki az eutanáziáról szóló határozatát, melyben alkotmányellenesnek minősítette az aktív eutanáziát, figyelemmel arra, hogy ez esetben a betegeket megillető önrendelkezési jog két másik alapjoggal is összeütközésbe kerül. Egyrészt az orvos lelkiismereti szabadságával, mivel az ő aktív közreműködése szükséges a halál előidézéséhez, de ez könnyen feloldható, erre senkit nem lehet kötelezni. Másrészt pedig szembekerül az élethez való joggal, amely – a méltósághoz való joggal összefüggésben – abszolút jog, és amelyet az államnak nemcsak az egyes személyek vonatkozásában (akár velük szemben is), hanem általában véve is védelmeznie kell. Ezt nevezi az alkotmánybírósági gyakorlat az állam objektív, intézményes életvédelmi kötelezettségének. Míg az emberi méltóságot korlátozhatatlannak és minden mást megelőzően legnagyobb értéknek tekinti⁸⁷, addig az önrendelkezést az Alkotmánybíróság igenis korlátozhatónak tekinti, pont azért, mert az önrendelkezés az emberi méltósághoz való jogból származik és annak csak része. A kezelés elutasításának megtiltása az önrendelkezés túl erős korlátozása lenne, az eutanázia esetében azonban, tekintettel arra, hogy az emberi élet objektív védelem alatt áll, míg az önrendelkezés teljes korlátozása sem alkotmányellenes, tekintettel arra, hogy a beteg ilyen állapotban könnyen befolyásolható, és adott esetben önmagától is meg kell védeni.⁸⁸

Az AB 2003-as eutanázia-határozatához különvéleményt csatoló Bihari Mihály szerint a szabályozás túlbonyolított, a gyakorlatban például a háromtagú orvosi bizottság felállítását az egészségügyi intézmények a tapasztalatok szerint általában mellőzik.⁸⁹ A szabályozást a 2014-es eutanáziahatározat sem módosította. Kifejti, hogy az ember „sem méltónak”, „sem méltatlannak” tekinthető életre nem kötelezhető, ezek között objektív határ nem húzható meg. Az alkotmányjogi panasz alapján született 24/2014. (VII.22) AB határozat eredményre vezetett⁹⁰: Ma már sem elmeorvosi szakvélemény beszerzésére, sem a nyilatkozat két évenkénti

⁸⁴ 1997. évi. CLIV. törvény az egészségügyről 15-22.§.

⁸⁵ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 20-22. §.

⁸⁶ 22/2003. (IV.28.) AB határozat, (Holló András alkotmánybíró párhuzamos indoklása és különvéleménye 4.a.)

⁸⁷ 23/1990 (X.31.) AB határozat, V./2.

⁸⁸ 22/2003. (IV.28.) AB határozat, IV.6.2.

⁸⁹ Bihari Mihály alkotmánybíró különvéleményében azon az állásponton volt, hogy az 1997.évi CLIV. tv az egészségügyről (Eütv.) 20§ (3), (4) és (7) bek.-ében szereplő feltételek alkotmányellenesek. 22/2003. (IV.28.) AB hat., ABH 2003, 293-310. Bihari Mihály alkotmánybíró különvéleménye.

⁹⁰ 24/2014. (VII.22) AB határozat

megújítására nincs szüksége annak, aki számolva a döntésképtelen állapot későbbi bekövetkezésének lehetőségével ún. élővégrendelet útján előre rendelkezni kíván életének megmentésére, fenntartására irányuló orvosi kezelések visszautasításáról,⁹¹ mivel a korábbi szabályozás sérti az emberi méltósághoz való jogból levezetett önrendelkezési szabadságot, ennél fogva az Alaptörvény II. cikkébe ütközött.⁹²

Nem csak tartalmi, jogi, de földrajzi/területi értelemben is érdemes a szabályozási lehetőségeket fókuszba állítani.

Az eutanázia – és ezen keresztül – az asszisztált öngyilkosság megítélése is számos tényező függvénye, amelyben az adott országos kulturális gyökerei, élet- és halál-felfogása csakúgy szerepet játszhat, mint az emberi jogok határai, vagy épp (jog)történeti előzményei. E sokszínűség okán, a különböző megoldások bemutatása érdekében néhány Unió országán túl más európai és tengerentúli példát is beemeltem.

6.1. Hollandia

Az eutanázia szigorú követelmények között legális. A bíróság az előzetes jognyilatkozatot tekinti alapvető kiinduló pontnak, előnyben részesíti minden más eljárási és morális akadállyal szemben, ezzel teljes védelmet kíván biztosítani az egyén önrendelkezésének. Az élő végrendelet kulcsfontosságú eszköz a beteg autonómiájának és az élet szentségéről alkotott saját felfogásának érvényesülése céljából.⁹³ A szabályozás gyökerei az ún. Postma-ügyhöz nyúlnak vissza, amely a hetvenes évek végén történt.⁹⁴ Ennek rövid összefoglalása az, hogy egy asszony súlyos agyvérzés következtében magatehetetlenné vált és lányát többszörösen és könyörögve arra kérte, hogy végezzen vele, aki ennek hatására végső soron eleget tett anyja kérésnek. Tette nem maradt büntetlenül, elítélték, azonban 12 éves büntetés helyett csak egy szimbolikus 12 hónapos próbaidőre bocsátást kapott. Ennek hatására 2001-ben született egy új törvény: „Az élet kérelemre történő megszüntetése és az asszisztált öngyilkosság felülvizsgálatáról szóló törvény”, amely kizárólag az eutanáziát szabályozza, konkrétan meghatározza azokat a feltételeket, melyek megvalósulása esetén valaki eutanáziát vehet igénybe.⁹⁵ Ezen kritériumok hivatottak biztosítani azt, hogy az eutanázia tényleg csak kilátástalan esetekben legyen alkalmazandó, amikor más lehetőség nem áll rendelkezésre. A törvény három személyi csoport keretében fektet le konkrét szabályokat. Ha előzetes jognyilatkozattal rendelkezik a páciens, akkor a kezelőorvos az abban leírt kérést teljesíti. Az élő végrendelet jelentőségét egy precedens értékű eset is szemlélteti, amely a Holland Legfelsőbb Bíróság előtt zajlott:⁹⁶ A demenciában szenvedő asszony nyilatkozatában leírta, hogy nem akar otthonba vonulni, hanem amikor állapota elég súlyos lesz ehhez meg kíván halni, mely 2016. 03.03-án megtörtént. Az orvos, aki elvégezte az eutanáziát, a család segítségét kérte az asszony lefogásához. A holland Központi Egészségügyi Fegyelmi Bizottság azon az állásponton volt, hogy egy írásos kérelem esetében nincs értelmezési lehetőség, de a Hoge Raad kimondta, hogy ez a kijelentés helytelen.⁹⁷ Az a pusztán tény, hogy az orvosnak a kérelmet értelmeznie kell ahhoz, hogy pontos magyarázatot kapjon, nem érvényteleníti önmagát a kérelmet. Ez a törvény lehetővé teszi a 12- 17 éves fiatakorúak szülői beleegyezés nélküli

⁹¹ VISSY Beatrix: Méltatlan figyelem a méltó halál kérdésének – szeljegyzetek az Alkotmánybíróság második eutanáziahatározatához ÁJT LVV. Évf 2016 4.sz. 56-74.o.

⁹² Alaptörvény II. cikk

⁹³ BARCSI: Az eutanáziaprobléma diskurzusetikai értelmezése i.m.

⁹⁴ SHELDON, 2007, 320.

⁹⁵ KÖBEL Dávid: Az önrendelkezési jog és az életvégi döntések jogdogmatikájának nemzetközi összehasonlítása, Jog-Állam-Politika, 2024/1, 69-70.o.

⁹⁶ ECLI:NL:PHR:2019:1339.

⁹⁷ KÖBEL i.m. 69-70.o.

eutanáziáját is.⁹⁸ Fontos megemlíteni a Fall Chabot ügyet is, melyben a bíróság elfogadta a depressziót az aktív eutanázia elfogadható alapjának.⁹⁹ Hollandiában 2021-ben 7666-an választották az eutanázia valamilyen formáját, ez tízszeres emelkedést jelent az egy évvel korábbi adatokhoz képest. Ez rámutat arra, hogy az intézmény elfogadottsága és alkalmazása folyamatosan emelkedik.

6.2. Egyesült Királyság

1931-ben C. Millard, angol orvos javasolta az eutanázia gyakorlatának törvényessé tételét. Megalapította az Önkéntes Eutanázia legalizálásáért Küzdő Társaságot, de kezdeményezéseit a Lordok Háza mindvégig elutasította.¹⁰⁰ 1950-ben a társaság az ENSZ-nél kérvényezte az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozatának módosítását, ezt a kezdeményezést azonban elutasították.¹⁰¹ Az eutanázia lehetővé tételéért folytatott küzdelem 1979-ben folytatódott, amikor Samuel D. Williams az aktív eutanázia gyakorlásának elfogadását hirdette. Arra biztatta az orvosokat, hogy kloroformot vagy más erős érzéstelenítőt alkalmazzanak abból a célból, hogy minél gyorsabban megszüntessék a beteg tudatosságát és így a szenvedőt azonnal a halálba segítsék.¹⁰² A brit történelem egyik legmeghatározóbb esete Diane Pretty, 90-es években kirobbant ügye, aki olyan progresszív lefolyású, degeneratív neurológiai betegségben szenvedett, amely minden esetben gyógyíthatatlan.¹⁰³ A kór előrehaladtával a beteg izmai megbénulnak, folyamatosan közeledik a magatehetetlenség állapotához, azt kérvényezte a illetékes bíróságtól, hogy tegyék lehetővé férje számára, hogy büntetlenül segíthesse őt a másvilágra, de a kérelmet az EJB sem támogatta, egyhangúlag elutasították. A panaszos az ítéletet, amelynek kihirdetése után 1 héttel elhunyt, egyetlen mondatral kommentálta: „A bíróság minden jogomtól megfosztott”¹⁰⁴ A testület egyértelmű döntést hozott, hiszen kimondta, hogy az élethez való jogból nem következik az egyén halálhoz való joga.¹⁰⁵

2024 végén újabb változás történt, mely már az angol döntéshozók véleményének megváltozását tükrözi.¹⁰⁶

6.3. Svájc

Nemzetközi kitekintésnél fontos megemlíteni a „halálturizmus” egyik közkezdvelt célpontjaként emlegetett Svájcot, ahol 1942 óta van lehetőség asszisztált öngyilkosságra, de az aktív eutanázia tiltott. Az asszisztált öngyilkosság nem minősül bűncselekménynek, amennyiben a segítségnyújtás nem önző okból történik. Ez a jogi hozzáállás azt eredményezte, hogy az országban több szervezet is működik, amelyek támogatják a súlyos betegségben szenvedő emberek halálhoz való jogát. Az Exit és a DIGITAS nevű szervezetet¹⁰⁷ 2008 óta keresik fel külföldi páciensek, azzal a céllal, hogy itt végezzék el rajtuk az eutanáziát.¹⁰⁸ Az asszisztált öngyilkosság folyamata szigorúan szabályozott: a páciensnek több alkalommal is konzultálnia

⁹⁸ JOBBÁGYI i.m., 72-73.o.

⁹⁹ JOBBÁGYI i.m. 73.o.

¹⁰⁰ AGÁRDI: i.m., 122.o.

¹⁰¹ Uo.

¹⁰² Blasszauer Béla: Eutanázia. Budapest, Medicina Könyvkiadó rt.,1997, 18-19.o.

¹⁰³ Pretty v. the United Kingdom, no. 2346/02, ECHR 2002-III

¹⁰⁴ Kurt Fassbender „Lebenschutz am Lebensende und Europäische Menschenrechtskonvention” Juristische Ausbildung 2004. 115-120.o.

¹⁰⁵ EJEE- 1993.évi XXXI.tv 2. cikk 1.bek

¹⁰⁶ Lásd részletesebben a tanulmány releváns fejezeténél. (What is assisted dying and how could the law change? 29 November 2024, BBC. <https://www.bbc.com/news/uk-47158287> (letöltés ideje: 2024.12.18.)

¹⁰⁷ <https://reformatus.hu/nemzetkozi-kapcsolatok/hirek/terjedo-europai-halalmod-visszaszorulo-eletkedv/>

¹⁰⁸ AGÁRDI: i.m., 126-127.o.

kell orvosával, aki megállapítja, hogy a páciens ténylegesen végleges döntést hozott, és képes azt önállóan végrehajtani. Ezenkívül a jogszabályok szerint biztosítani kell, hogy a döntés mentes legyen külső befolyástól vagy kényszertől. Az orvos felírhatja a szükséges szert a beteg részére, de azt a betegnek képesnek kell lennie bevennie.¹⁰⁹ Ernest G. Haas súlyos bipoláris betegségben szenvedett, melynek következtében az a téveszméje alakult ki, hogy már nem képes méltósággal élni.¹¹⁰ Öngyilkosságához orvosi közreműködést szeretett volna igénybe venni, azonban nem felelt meg az asszisztált öngyilkosság igénybevételéhez szükséges előírásoknak.¹¹¹ A svájci bíróságok ezért elutasították azon kérelmét, melynek elfogadása esetén mentességet kapott volna az orvosi vény beszerzésének kötelessége alól. Haas ezt követően az Emberi Jogok Európai Bíróságához (EJEB) fordult, kérelmében azt kifogásolta, hogy Svájc megsértette a magánélet tiszteletben tartásához fűződő jogát, azáltal, hogy orvosi vizsgálathoz kötötte a halálos dózisú szer kiváltásához szükséges recept kiállítását. A testület egyhangú döntése szerint a svájci szabályozás nem sérti az Emberi Jogok Európai Egyezményének 8.cikkét.¹¹² Az intézkedés célja az egyének védelme az elhamarkodott döntések és a visszaélések ellen. Ez az első olyan ítélet, amelyben a strasbourgi testület egy olyan állam szabályozását vizsgálta, amely lehetővé tette az orvos közreműködését az öngyilkosság elkövetéséhez.¹¹³

6.4. Németország

A kezelés visszautasítása mellett az asszisztált öngyilkosság jogintézménye is engedélyezett, a német jog szerint mindkettő az önrendelkezési jogból ered. Az eutanázia viszont továbbra is büntetendő cselekmény a német Büntető Törvénykönyv 216. §-a szerint.¹¹⁴ Az asszisztált öngyilkosság gyakorlati megvalósulása 2 módon lehetséges: Az egyik lehetőség, hogy a háziorvos olyan gyógyszert írhat fel vagy szerezhet be, amely segíti a fájdalommentes halált a terminális állapotban lévő beteg számára. Ez azonban az orvos saját meggyőződésétől függ, tekintettel arra, hogy nincs és nem is lehet előírás, amely őt ennek erre kötelezné. A másik módszer a kifejezetten e célból létrejött non profit szervezetek, egyesületek, melyek rendszeresen nyújtott szolgáltatásként végzik el ezen vegyszerek beszerzését és kiadását.¹¹⁵ Ennek elnevezése a német jogrendszerben „szolgáltatásszerű segítségnyújtás az öngyilkossághoz” 2015-ben a német jogalkotó úgy döntött, hogy az asszisztált öngyilkosság akkori formája nem volt eléggé szabályozott, így beiktatta az StGB 217. §-át, mely megtiltotta a szolgáltatásszerű segítségnyújtást.¹¹⁶ Ez a döntés nagy felháborodást váltott ki, számtalan indítványt eredményezett, melynek hatására 2020. február 26-án a német Szövetségi Alkotmánybíróság egységes döntést hozott, amely eltörölte az StGB 217. §-át.¹¹⁷ Az Alkotmánybíróság érvelése szerint, az általános személyiségi jog magában foglalja azt, hogy valaki a saját halála körülményeiről rendelkezzen. Az, hogy az egyén milyen értelmet lát saját életének leélésében, vagy milyen okból döntene úgy, hogy azzal végezni kíván az egyéni értékek és meggyőzések függvénye. Ez a jog biztosítja a lehetőségét, hogy valaki önmaga

¹⁰⁹ AGÁRDI: i.m.,126-127.o.

¹¹⁰ Haas v. Switzerland, no. 31322/07, ECHR 2011.

¹¹¹ BUZÁS Péter: Életvégi döntések az Emberi Jogok Európai Bírósága előtt. Az asszisztált öngyilkosság egyezménykonform szabályozásának körvonalai, ÁJT, 2016/4, 111-118.o.

¹¹² EJEE 1993.évi XXXI.tv 8.cikk

¹¹³ FILÓ Mihály – BUZÁS Péter: Életvégi döntések és a margin of appreciation az Emberi Jogok Európai Bíróságának gyakorlatában, ÁJT, LVII. évf, 2016. 4.sz 19-39.o.

¹¹⁴ Strafgesetzbuch (StGB) §216

¹¹⁵ KÖBEL: i.m., 67-68.o.

¹¹⁶ Strafgesetzbuch (StGB) §217

¹¹⁷ Urteil vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15

vessen véget életének és ehhez harmadik személytől segítséget kérjen, vagy fogadjon el. Az öndeterminált halálhoz való jog tehát nemcsak az életmentő vagy életfenntartó kezelés elutasítást engedi, hanem kiterjed arra is, hogy valaki saját maga vessen véget életének. Nem korlátozódik kizárólag súlyos vagy gyógyíthatatlan betegségek fennállására, az az emberi létezés minden szakaszában jelen van. Az Alkotmánybíróság hangsúlyozta, hogy az élet fölött való önrendelkezés az emberi méltóság szerves része, amely az autonóm személy kiteljesedésében nyilvánul meg. A szolgáltatásszerű segítségnyújtás lehetőségének hiányában, az egyén rászorul az orvos egyéni készségére, aki számára az öngyilkosságban segítséget nyújthat. Viszont az orvosok eddig kevés hajlandóságot mutattak az asszisztált öngyilkosság iránt, és őket erre jogilag sem lehet kötelezni.¹¹⁸

Összegzés

„Büszkén meghalni, amikor már nem tudunk büszkén élni. Szabadon, megfelelő időben választani a halált, derűsen, örömmel, gyermekek és tanúk körében: amikor lehetséges még a valódi búcsú, amikor jelen van még az, aki búcsúzik,

Friedrich Nietzsche¹¹⁹

„Bár több mint 3000 év telt el, az eutanáziával kapcsolatos dilemma még mindig általában megosztja a társadalmat – ez a kényes kérdés, amelyet az orvosi, jogi, filozófiai és teológiai irodalom vitat meg.” – vonják le a következtetést az eutanázia és öngyilkosság az ókor drámáiróinak, filozófusainak releváns gondolatait elemző szakemberek¹²⁰.

A 2020's évektől¹²¹ – ha görcső alá vesszük a változások irányát – egyértelmű a helyzet. Németország Legfelsőbb Bírósága – ahogy ez már bemutatásra került – 2020. február 26-án helyezte hatályon kívül az orvosilag asszisztált öngyilkosságot tilalmazó rendelkezéseket, lehetővé téve a halálos és súlyos betegek számára, hogy segítséget kérjenek – és kapjanak – életük befejezéséhez. Azért indokolt ismételtén utalni a változás jelentőségére, mert noha a kérdés mindig képes megosztó lenni és érzelmileg felkavaró aspektusokat a közbeszédbe beemelni, azonban talán egyetlen más országban sem kísérte olyan heves, komplex vita és többrétegű (néha szélsőséges skálán mozgó) emocionális megnyilvánulás a döntéseket, mint épp itt. A helyzet sajátosságát a német történelem indokolta, különösen a nemzetiszocialista időszak múltbéli történései. Ugyanezen év őszétől Hollandia is engedélyezte ezt – méghozzá az 1 és 12 év közötti, gyógyíthatatlan beteg gyermekek esetén is. (12 éven felüli betegek és felnőttek számára erre eddig is volt lehetőség). Érdekesség, hogy a szülők beleegyezésével ez egy évesnél fiatalabb gyermekekre is irányadó. De 2021 novemberétől Új-Zélandon is elérhető az orvos által segített öngyilkosság - szigorú feltételekkel (18 év feletti új-zélandi állampolgár vagy állandó lakosok; aki halálos betegségben szenved; életükből prognosztizálhatóan 6 hónap van hátra; „fizikai képességei visszafordíthatatlan hanyatlásának előrehaladott állapotában” van, méghozzá „elviselhetetlen szenvedéssel, amelyet nem lehet az általa elviselhetőnek tartott módon enyhíteni”; és képes arra, hogy megalapozott döntést hozzon). 2021-től az első nem-

¹¹⁸ KÖBEL: i.m., 67-68.o.

¹¹⁹ „36. Orvosok erkölcsé” in: Friedrich NIETZSCHE: Bálványok alkonya, Helikon Kiadó, Budapest, 2021. 93.

¹²⁰ John D. PAPANITRIOU - Panayiotis SKIADAS – Constantinos S. MAVRANTONIS – Vassilis POLIMEROPOULOS – Dimitris J. PAPANITRIOU – Kyriaki J. PAPANITRIOU: Euthanasia and suicide in antiquity: viewpoint of the dramatists and philosophers, Journal of the Royal Society of Medicine, 1 (2007) 25-28.

¹²¹ MAID: Medical Aid in Dying. Should Medical Aid in Dying Be Legal? Dec 4, 2024, ProCon by Encyclopædia Britannica <https://www.britannica.com/procon/MAID-medical-aid-in-dying-debate> (letöltés: 2024.12.18.)

terminális betegségben szenvedő emberek Kolumbiában is áteshettek az eutanázián – méghozzá nem csak halálos betegség esetén (például amiotrófiás laterálszklerózis (ALS¹²²)). 2022-től a halálos betegek mentesülhetnek a tartózkodási kötelezettség igazolása alól, ez esetükben immár nem lesz akadálya annak, hogy orvos által segített öngyilkosságot keressenek Oregonban. Ezt a rendelkezést diszkriminatívnak és mélységesen igazságtalannak tartották, különösen ilyen állapotú és élethelyzetű személyek esetén. 2023-ban Vermontban szűnt meg a tartózkodási kötelezettség az orvosi segítségnyújtás igénybevételéhez.

A legújabb fejlemény, hogy 2024. november végén Angliában és Walesben a parlamenti képviselők támogatták (330-274 arányban) a halálosan beteg felnőttek által elérhető orvosi segítségnyújtást. Még több szavazási forduló van hátra, így a törvény életbe lépéséig akár két év is eltelhet. Skóciában külön törvényjavaslat, az „Assisted Dying for Terminally Ill Adults (Scotland) Bill”¹²³ áll a döntés előtt, míg Észak-Írországban nincs erre vonatkozó tervezet.

Az Angliára és Walesre vonatkozó „Törvényjavaslat a végstádiumban lévő felnőttek számára - biztosítékok mellett - az életük befejezéséhez nyújtott segítség engedélyezéséről, valamint az ezzel kapcsolatos célokról”¹²⁴ nem csak a halálos betegség fogalmát határozza meg, de rögzíti azt is, milyen feltételek mellett lehet igénybe venni az „asszisztált halált” (assisted dying). Ahhoz, hogy a halálos betegségben szenvedő személy jogszerűen kaphasson segítséget saját életének befejezéséhez, bírói döntés szükséges arról, hogy önkéntes, egyértelmű, rendezett kívánsága, hogy véget vessen saját életének, melyet kellő információ birtokában hozott meg. Fontos, hogy mindezt egy, a törvényjavaslat által megadott formanyomtatvány kitöltésével tegye meg, melyet (meghatározott körbe tartozó) tanú előtt írjon alá, aki ezt írásban tanúsítja. Ezen túl szükséges még a kezelőorvos és egy független orvos ellenjegyzése is. További feltétel, hogy a nyilatkozat megtételének napján már betöltötte a 18. életévét, cselekvőképes a saját életének befejezéséről szóló döntés meghozatalára, és legalább egy éve szokásos tartózkodási hellyel rendelkezik Angliában és Walesben.

A viták, a fejlődési utak, az irányváltások és az érzelmi bevonódás jól jelzi, hogy az eutanázia kérdése az egyik legnagyobb erkölcsi, jogi és társadalmi kihívás, amely napjainkban megosztja a közvéleményt. A "jó halál" számos különböző szempontokat vethet fel, a betegek önrendelkezési jogától kezdve az orvosok etikai dilemmáin át egészen az állam életvédelmi kötelezettségéig. Egy-egy konkrét eset során is számos mérlegelési szempont merülhet fel a szakemberekben, hiszen abban is dönteniük kell: milyen kommunikációs metódus alkalmazva, hogyan tudják a beteget a kellő információval ellátni, s milyen módon tudnak abban állást foglalni, hogy mennyire kompetens¹²⁵ az érintett személy? Mi tehet az orvos, ha a 26 éves, HIV+ férfitbeteg nem hajlandó elhinni, hogy beteg, s így megtagad minden kiegészítő vizsgálatot és a kezelést (antiretrovirális terápia), amellyel nagyon jó eséllyel kezelhető lenne.

¹²² Az ALS – más néven Lou Gehrig-kór – egy gyógyíthatatlan központi idegrendszeri megbetegedés, mely az agyi és gerincvelői mozgató idegsejtek elpusztulása miatt a mozgás-, beszéd-, majd légzési képesség végzetes és végleges elvesztésével jár

¹²³ „Assisted Dying for Terminally Ill Adults (Scotland) Bill” törvényjavaslattal kapcsolatos vita és szavazás folyamata nyomon követhető a Skót Parlament (Scottish Parliament / Pàrlamaid na h-Alba) honlapján: <https://www.parliament.scot/bills-and-laws/bills/s6/assisted-dying-for-terminally-ill-adults-scotland-bill>

¹²⁴ Assisted Dying for Terminally Ill Adults Bill [HL] („A BILL TO Allow adults who are terminally ill, subject to safeguards, to be assisted to end their own life; and for connected purposes”), Originated in the House of Lords, Session 2024-25, UK Parliament, Parliamentary Bills <https://bills.parliament.uk/publications/55997/documents/4978> (letöltés: 2024.12.18.)

¹²⁵ Lásd ehhez például: Paulina TABOADA – Rodrigo LÓPEZ: Ethical Analysis of Selected Clinical Cases (No. I): Patient’s Competence and Autonomy, in: Essays on Euthanasia and Physician Assisted Suicide (ed: Paulina Taboada), International Association for Hospice and Palliative Care, [https://iaahpc.org/resources/publications/euthanasia-and-physician-assisted-suicide/](https://iaahpc.org/resources/publications/euthanasia-and-physician-assisted-suicide/essays-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/) (letöltés ideje: 2024.12.18.)

Öt évvel később, 31 évesen az tüdőgyulladás okozta másodlagos légzési elégtelenség miatt kerül az intenzív osztályra, s noha tünetei alapján vélelmezhetően kialakult a Kaposi-szarkóma, továbbra is minden gyógyító kezelést elutasít, átadva sorsát a rosszindulatú kötőszöveti daganat következményeinek. Édesanyja azonban ragaszkodik a beteg akarata ellenére történő terápiához is, és emiatt naponta ostromolja a kezelőorvost, komoly pszichés nyomásnak kitéve őt. Végül – egy idő után – hallgatva a családjára, hajlandó nem csak a légzési problémáit és daganatos betegségét kezelni, de elfogadni azt az antiretrovirális terápiát is, amelyet már öt évvel ezelőtt felajánlottak neki, s amely hatékonysága jelen egészségügyi kondíciói mellett már korántsem azonos mértékű, életesélyei is rosszabbak, mint annak idején.

Vajon az orvosnak kétségbe kellett volna-e vonnia a beteg kompetenciáját, mivel 26 évesen, HIV+ betegként teljes mértékben elutasította a HIV-fertőzés kezelésében igazoltan rendkívül hatékony terápiát? Sértett-e etikai szabályt a kezelőorvos, amikor több próbálkozást követően tiszteletben tartotta a beteg döntési szabadságát?

Mi az a minimális szempontrendszer, amelyet ilyenkor (vagy minden esetben?) meg kellene vizsgálni az egészségügyi szakembereknek? Mi alapján döntsön arról, hogy a beteg intellektuális képességei elegendők

- a közölt információ megértésére;
- az információ racionális feldolgozására, illetve ebből adódóan a lehetséges következmények meghatározására?

Vizsgálendő emellett negatív feltételként az affektív blokkolás (pl. depresszió, érzelmi sokk stb.) hiánya, illetve a külső/belső feltételek mellett a döntés egyértelmű közlésének lehetősége.

Az érintett pozíciójának, szerepének különbözőségeiből eredően a 'jó halál'-lal kapcsolatos felfogások markánsan eltérőek lehetnek (fiatal beteg – kezelőorvos – édesanya). Azaz máshogy gondolkozik róla a beteg, az őt szenvedni látó hozzátartozója, az orvos vagy a jogász. De a kérdés az átlagembert is megosztja, hiszen az emberi lét határait feszegető alaptételhez kapcsolódik: mit jelent valójában az élethez való jog, dönthetünk-e szabadon saját sorsunkról? Az élet, mint elsődleges érték tisztelete milyen kötelezettséget ró ránk? Hagyhatunk-e meghalni valakit, ha ez a kívánsága?

Épp ezen okok miatt hazánkban is – mint minden országban – az eutanázia kérdését a jogszabályok szigorúan szabályozzák; a fellelhető eltérések mellett közös pont az aktív eutanázia tilalma.

Ugyanakkor a jogszabályok értelmezési folyamat sem vezet szükségképpen ugyanazon eredményre. Jó példa lehet erre az egyébként mérföldkőnek számító Gonzales kontra Oregon ügy¹²⁶.

1994-ben Oregonban elfogadták a „Méltóságteljes halálról szóló törvényt” (Oregon Death With Dignity Act (ODWDA)). Mindez tulajdonképpen a haldoklás folyamatában tette lehetővé a megfelelő szakemberek beavatkozását és a segítségnyújtást annak lerövidítéséhez, (idő előtti) lezárásához azzal, hogy – első állami törvényként – lehetővé tette az orvosok számára halálos adagú ellenőrzött anyag felírását halálos (végstádiumú) betegek részére. A jogszabály azonban komoly ellenérzéseket váltott ki a szakemberek körében is. 2001-ben John Ashcroft amerikai főügyész határozott álláspontja az volt, hogy az Oregon Death With Dignity Act sérti az 1970. évi, a kábítószerokról szóló szövetségi törvényt, a Controlled Substances Act-t (CSA). Az USA Kongresszusa által az 1970. évi átfogó kábítószerrel való visszaélés megelőzésére és ellenőrzésére vonatkozó törvény (Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act of 1970) II. címeként elfogadott jogszabály adja a jogi alapját a kábítószerrel és a más anyagokkal való visszaélés elleni küzdelemnek. Hatálya kiterjed nem csak a klasszikus

¹²⁶ Gonzales v. Oregon. (n.d.). Oyez, <https://www.oyez.org/cases/2005/04-623> (Letöltés: 2024.12.18.)

kábítószerekre, de a stimulánsokra, depresszánsokra, hallucinogénekre illetve az ún. anabolikus szteroidokra, de szigorú keretek közé szorítja a nevesített szerek tiltott előállításához használt vegyi anyagok gyártását és forgalmazását is. Részletesen meghatározott az a mechanizmus, amely mentén az engedélyezési folyamat (így például az anyagok ellenőrzése) zajlik. John Ashcroft amerikai főügyész törvényértelmezése szerint minden MAID-et (azaz Medical Assistance in Dying-t) alkalmazó orvos jogszabályt sért. Így azt, aki vállalta, hogy szakmai segítséget nyújt a haldoklás folyamatához, orvosi engedélyének visszavonásával fenyegetette meg.

A jogértelmezési vita eldöntése érdekében Oregon állam pert indított a főállamügyész ellen a szövetségi kerületi bíróságon. Mind az illetékes kerületi bíróság, mind a fellebbviteli bíróság arra a megállapításra jutott, hogy Ashcroft értelmezése helytelen volt, így azon alapuló utasításai pedig jogellenesek. A bíróságok álláspontja egységes volt a tekintetben, hogy megállapították, hogy a Controlled Substances Act (CSA) nem hatalmazta fel a főügyészt az orvos által segített öngyilkosság szabályozására. Ez a kérdés ugyanis orvosszakmai jellegű, s mint ilyen, tradicionálisan a szövetségi államok szabályozási illetékességébe tartozik.

Az ügy végül felkerült az Egyesült Államok Legfelsőbb Bírósága elé, ahol 2006. január 17.-én született meg a döntés (Gonzales kontra Oregon, 546 US 243 (2006)), 6-3 arányban, három bíró (Roberts főbíró, Scalia és Thomas bírók) különvéleményével. Alberto R. Gonzales főügyész és társai több érvet is felsorakoztattak, azonban a Legfelsőbb Bíróság arra a következtetésre jutott, hogy a Legfőbb Ügyésznek nem volt felhatalmazása arra, hogy az ellenőrzött anyagokról szóló törvény (CSA) értelmében tiltottnak nyilvánítsa a támogatott öngyilkosságot, mivel a CSA csak az illegális kábítószer-kereskedelemmel foglalkozik. Így az USA Legfőbb Ügyészének nem lehet felhatalmazása arra, hogy a Controlled Substances Act-re (CSA) hivatkozva betiltsa a az orvosasszisztált öngyilkosságok végrehajtásához szükséges ellenőrzött anyagok használatát.

Az eutanázia kérdése komplex és sokrétű, amelyre nincs egyszerű válasz. Fontos szabadságjog például az asszisztált öngyilkosság lehetőségéhez való hozzáférés, ugyanakkor ez nem szabad, visszaélésekhez vezessen – különösen kiszolgáltatott betegek pszichés nyomás alá helyezésével. De figyelemmel kell lenni az egészségügyben bekövetkezett rohamos (technikai) fejlődésre (mely eddig gyógyíthatatlannak hitt betegségek esetén képes az esélyt visszaadni), valamint a társadalmi igényekre is.¹²⁷ E körben komoly előrelépést jelenthetne, ha a társadalom tagjai több információval rendelkeznenek az egyébként meglévő jogi lehetőségeikről is; élő végrendelet („living will”) megtételére hazánkban is van lehetőség. Bár az elvárt alaki követelmények (például kötelező közokirati forma) teljesítése jelenhet nehézséget, egyértelmű pozitív irányú komoly elmozdulást jelent, hogy már nincs szükség pszichiáter szakorvos egy hónapnál nem régebbi szakvéleményére, illetve a nyilatkozat két évente történő megújítására¹²⁸.

¹²⁷ BUSA – ZELLER – CSIKÓS: Életvégi kutatás, Kharón, 2018 5-6.o.

¹²⁸ BARCSI: Az eutanáziaprobléma diskurzusetikai értelmezése i.m., 18.o