

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

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

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

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

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

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

## EUTANÁZIÁK

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

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

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

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

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

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

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

nem ismerően tiltja mindkettőt.

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

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

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

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

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

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

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

## ÉRVEK AZ EUTANÁZIA MELLETT

### *Személyes autonómia*

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

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

John Stuart Mill *A szabadságról* című munkájában olvashatjuk:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

### *Életminőség*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### *Erőforrások*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ÉRVEK AZ EUTANÁZIA ELLEN

### *Az élet szentsége*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### „Csúszós lejtő”

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

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

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

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

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

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

zés, diszkrimináció és gyilkos visszaélések áldozatai lehetnek.

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

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

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

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

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

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

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

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

#### *Az orvostudomány fejlődése*

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

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

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

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

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



## A MEGKÜLÖNBÖZTETÉS MESTERSÉGE

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

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

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

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

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

### *Személyes autonómia*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### *Egyenlő méltóság*

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

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

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

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

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

Továbbá, a bíróság egyetértett a kormány magyarázatával, miszerint:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Az egészségügy tragikus következményekhez vezető, rendszerszintű hiányosságai kimutathatók az egyes

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

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

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

## NEM ZÁRSZÓ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## JEGYZETEK

1. Köszönöm Balogh Éva, Kis János és Kovács Kriszta észrevételeit, javaslatait, valamint Balogh Lídia olvasószerkesztői munkáját.
2. A köztársasági elnök levele Dunavölgyi Erzsébetnek. SP/1895-4/2024. (2024. május 31.)
3. 423/2024. számú határozat. (2024. augusztus 15.) A kezdeményezést huszonhat állampolgár támogatta aláírásával.
4. Knk.IV.39.015/2024/3. számú végzés. (2024. április 23.)
5. 3/2024. számú határozat. (2024. február 1.)
6. 3219/2024. (VI. 25.) AB határozat. Az Alkotmánybíróság különvélemény nélkül hozta meg határozatát.
7. T/7745. számú törvényjavaslat a Büntető Törvénykönyvnek az életvégi döntések szabadságának megteremtéséhez szükséges módosításáról. Előterjesztők: Szabó Tímea, Szabó Rebeka (Párbeszéd), Kunhalmi Ágnes (MSZP) és Bedő Iván (Momentum). A képviselői önálló indítványt az Országgyűlés Igazságügyi Bizottsága 2024. március 26-án 1 igen és 6 nem szavazattal, 1 tartózkodás mellett nem vette tárgysorozatba.
8. Elisabeth KÜBLER–ROSS: *A halál és a hozzá vezető út*, ford. BLASSZAUER Béla, Budapest, Gondolat, 1988.
9. Ez magában foglalhatja a segítséget a halálnál (Hilfe beim Sterben) és a halálba segítséget (Hilfe zum Sterben).
10. Alapvetésnek számít: James RACHELS: Active and Passive Euthanasia, *Biomedical Ethics and the Law*, 1979, 511–516, <https://doi:10.1056/NEJM197501092920206>. A magyar nyelvű alapvetés Kis János: Eutanázia, in K. J.: *Az állam semlegessége*, Budapest, Kalligram, 248–290.
11. A nem önkéntes eutanáziától különbözik a beteg kifejezett akaratnyilvánítása ellenére, de az ő feltételezett érdekeire tekintettel végrehajtott kényszereutanázia, amit a fejlett jogrendű országok egyike sem engedélyez vagy tolerál.
12. A döntésképeség etikai fogalma nem feltétlenül esik egybe a cselekvőképesség vagy a belátási képesség jogi fogalmával. Döntésképes az, aki képes megérteni az információt, mérlegelni az alternatívákat, döntést hozni és a döntését közölni. Bizonyos ügyekben és helyzetekben döntésképes lehet olyan személy is, aki a jog szerint nem cselekvőkép.
13. A jog morális értelmezésének alapműve: Ronald DWORKIN: *Freedom's Law: The Moral Reading of the American Constitution*, Oxford, Oxford University Press, 1996. A magyar adaptáció: TÓTH Gábor Attila: *Túl a szövegen. Értekezés a magyar alkotmányról*, Budapest, Osiris, 2009.
14. John Stuart MILL: A szabadságról, in J. S. M.: *A szabadságról. Haszonelvűség*, ford. PAPP Mária, Budapest, Magyar Helikon, 1980, 27.
15. Peter SINGER: *Practical Ethics*, Cambridge, Cambridge University Press, 2011, 195.
16. BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020., 2 BvR 2347/15, 2 BvR 2527/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 651/16., Rn. (1-343). Az eredeti szöveg első mondata paragrafus-számokkal utal az Alaptörvény rendelkezéseire. A határozat alkotmányellenesnek minősítette, és megsemmisítette a német büntető törvénykönyvnek az öngyilkosság üzletszerű elősegítésének tilalmáról szóló rendelkezését (Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, 217. §).
17. Az új paradigma alapműve: Tom L. BEAUCHAMP – James F. CHILDRESS: *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 1979. Etikai és jogi értelemben a döntési jog átkerült az orvostól a beteghez, de gyakorlatilag párbeszédre van szó, többszöri konzultációról, kölcsönös kérdésekről és válaszokról. Az ilyen szabályozás az orvos válláról leveszi az egyedüli felelősséget, de a szakmai véleménye nagyon is számít.
18. *Schloendorff v. Society of New York Hospital*, 211 N.Y. 125 (1914).
19. *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, 497 U.S. 261 (1990). A döntésképes személy akaratának „egyértelmű és meggyőző bizonyítékára” („clear and convincing evidence”) van szükség.
20. *Schoonbeim Case*, NJ 1985, 106. (27 November 1984).
21. A „best-judge principle” szerint minden autonóm személy a saját érdekeinek legjobb, végső soron az egyetlen „igaz” bírója. Egyetértek azzal az ellenvetéssel, hogy vannak helyzetek, amikor az autonóm személy tévesen ítéli meg a saját érdekeit, de ha tájékozottan, kellő át-gondolás után is ragaszkodik a döntéséhez, akkor ezt az önrendelkezésének kell tekinteni, és tiszteletben kell tartani.
22. *Pretty Egyesült Királyság elleni ügye*, 2346/02. számú kérelem, a Bíróság 2002. április 29-én kelt ítélete, § 39, 65.
23. *The Queen on the Application of Mrs Dianne Pretty (Appellant) v. Director of Public Prosecutions (Respondent) and Secretary of State for the Home Department (Interested Party)*, [2001] UKHL 61. (29 November 2001). A Parlament jelenleg tárgyalja azt a képviselői törvényjavaslatot (Assisted Dying for Terminally Ill Adults Bill), amely legalizálná az önkéntes asszisztált öngyilkosságot Angliában és Wales-ben. A korábbi törvényhozási reformkísérletek sikertelenek voltak.
24. *Airedale NHS Trust v. Bland*, [1993] 1 All ER 821. (9 December 1992).
25. SINGER (15. vj.) 186.
26. SINGER (15. vj.) 163.
27. BVerfG (16. vj.) 146.
28. Immanuel KANT: *Az erkölcsök metafizikájának alapvetése. A gyakorlati ész kritikája. Az erkölcsök metafizikája*,



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

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