

# AZ EMBERI JOGOK EURÓPAI BÍRÓSÁGÁNAK LEGUTÓBBI DÖNTÉSEIBŐL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Végül a kormány azzal érvelt, hogy az előzetes hatósági engedély a PAD külföldön történő elvégzésére ellentétes lenne az Egyezmény 2. cikkével. Álláspontjuk szerint azonban az ilyen bűncselekmények üldözését és büntetését illetően van tere a rugalmasságnak, figyelembe lehet venni az elkövető motivációját, az áldozat szenvedését és kívánságait, valamint a cselekmény által a társadalomra jelentett veszélyt.

Az eljárásba több harmadik fél is beavatkozott.

Az olasz kormány előadta, hogy a 8. cikk rögzíti az önrendelkezési jogot a terápiával kapcsolatos döntéseket illetően, beleértve az életvégi döntéseket is,

mint például a passzív eutanáziát. Nem tartalmazza azonban a PAD-hez való jogot, illetve a halálhoz való jogot, mivel az ütközne az Egyezmény 2. cikke szerinti életvédelmi kötelezettséggel. Azzal érveltek, hogy a tagállamoktól nem lehet megkövetelni „az emberi méltóság tisztán szubjektív felfogását”.

Az European Centre for Law and Justice nevű nem kormányzati szervezet előadta, hogy az Egyezmény 8. cikke szerinti védelem kiterjed ugyan az eljárásra olyan országokban, ahol a belső jog biztosítja az orvos által asszisztált öngyilkosság lehetőségét, de nem keletkeztet jogot ezzel összefüggésben. Azt is előadták, hogy a Bíróság kifejezetten az Egyezmény 2. cikkével ellentétesen döntött, amikor a *Mortier*-ügyben engedélyezte az eutanázia alkalmazását.

Az Alliance Defending Freedom (ADF) International és a Care Not Killing (CNK) nevű szervezetek azzal érveltek, hogy az Egyezmény nem tartalmazza a halálhoz való jogot. Véleményük szerint a 2. cikk *lex specialis*, ezért az Egyezmény 8. és 9. cikke nem használható fel olyan jog létrehozására, amely homlokegyenest ellentétes lenne a 2. cikkel. Álláspontjuk szerint az öngyilkosság vagy az eutanázia normalizálása olyan orvosi kultúrához vezethet, amelyben a PAD válik az elsődleges megoldássá kislátástalan egészségügyi, társadalmi és gazdasági problémák esetén.

A Társaság a Szabadságjogokért azzal érvelt, hogy a gyógyíthatatlan betegeknek lehetőséget kell biztosítani a PAD igénybevételére, feltéve, hogy a döntésüket alapos mérlegelés után hozták meg, és a PAD-ról szóló jogszabály tartalmaz visszaélések elleni biztosítékokat. A magyar kormány nem értékelte, hogy a kiszolgáltatottak védelmének célja elérhető-e a teljes tiltásnál kevésbé korlátozó eszközökkel. Az ableizmusra hivatkozó érv kapcsán rámutattak, hogy a PAD kifejezetten személyes döntés kérdése.

A TASZ hivatkozott egy 2023-as holland kutatásra, amely kimutatta, hogy az ALS-ben szenvedő fiatalabb és iskolázottabb betegek nagyobb valószínűséggel vesznek igénybe PAD-t, függetlenül a palliatív ellátással való elégedettségüktől. A TASZ hivatkozott továbbá egy 2023-ban Magyarországon, 923 fő – 16–59 évesek – megkérdezésével végzett országos online felmérés eredményére, amely szerint a válaszadók többsége „meghatározott feltételek mellett” támogatja az eutanáziát.

A TASZ kritikát fogalmazott meg az életvégi döntések jelenlegi magyarországi rendszerének működését és átláthatóságát illetően. Megjegyezték, hogy a betegek előzetes kéréseiről kevés információ áll rendelkezésre, a kórházak és a mentőszolgálatok nem vezetnek nyilvántartást az RWI-re vonatkozó döntések-

ról. Azzal érveltek, hogy számos példa mutatja, hogy végső soron az egészségügyi dolgozók hozzák meg az életvégi döntéseket. A TASZ továbbá azzal érvelt, hogy a magyarországi palliatív ellátás több szempontból is – tekintettel a szűkös forrásokra, a munkaerőhiányra és a regionális egyenlőtlenségekre – elégtelen.

A Dignitas azzal érvelt, hogy az asszisztált öngyilkosság büntetőjogi tilalma nem megfelelő módszer az öngyilkosságok és az öngyilkossági kísérletek megelőzésére. Ha egy súlyosan szenvedő beteg nem fér hozzá az orvos által asszisztált öngyilkosság lehetőségéhez, akkor fennáll annak a veszélye, hogy felügyelet nélkül kísérel meg öngyilkosságot. Ezek a kísérletek gyakran kudarcot vallanak és további negatív következményekkel járnak az illetőre és szeretteire nézve is. A Dignitas szerint nem elfogadható, hogy belátóképességük teljében lévőket embertelen mértékű szenvedésre kényszerítsenek, olyanokat, akik véget vetnének a szenvedéseiknek, ha biztonságos, fájdalommentes, orvos által támogatott öngyilkosság révén megtehetnék.

A Dignitas előadta, hogy az Egyezmény 2. cikke nem ír elő kötelezettséget a PAD betiltására, és a PAD elfogadására irányuló tendencia egész Európában megfigyelhető. A fent hivatkozott *Haas*-ügy, valamint a *Gross Svájc elleni* ügye (67810/10. számú kérelem, a Bíróság 2013. május 14-én kelt ítélete) és a Lambert és társai Franciaország elleni ügyekre (46043/14. számú kérelem, a Bíróság 2015. június 5-én kelt ítélete) hivatkozva kijelentették, hogy a PAD magyarországi büntetőjogi tilalma nem tartható fenn.

A Bíróság, saját értékelése részeként először felidézte kapcsolódó esetjogát. A *Pretty*-ügyben az öngyilkosságban való segítségnyújtás általános büntetőjogi tilalma állt a középpontban. A kérelmező ebben az ügyben a mozgatóneuron-betegség előrehaladott stádiumában volt, és öngyilkosságot akart elkövetni, hogy elkerülje az élete méltatlan és kínzó végszakaszát. Ebben azonban az öngyilkosságban való közreműködést, segítségnyújtást tiltó törvény, és így a (segítséget nyújtani kész) férjével szemben indítható büntetőeljárás veszélye megakadályozta. 2002-es döntésében a Bíróság megállapította, hogy a szóban forgó törvény az élet védelmét szolgálja azzal, hogy megvédi a gyengéket és kiszolgáltatottakat, azokat, akik nincsenek olyan állapotban, hogy valóban tájékozott döntést hozzanak ilyen kérdésben. A visszaélések kockázata fennáll, és az államok feladata felmérni e kockázatok és visszaélések valószínűsíthető előfordulását, ha az általános tilalmat enyhítenék. Tehát a Bíróság nem tartotta aránytalannak az asszisztált öngyilkosságra vonatkozó tilalom általános jellegét.

A *Haas Svájc elleni* ügyében<sup>16</sup> a Bíróság egy olyan panaszt vizsgált ki, mely arra vonatkozott, hogy a súlyos bipoláris affektív zavarban szenvedő kérelmező számára nem bocsátottak rendelkezésre nátrium-pentobarbitált (lényegében méreginjekciót), hogy ezzel segítsenek neki öngyilkosságot elkövetni. A 8. cikk esetleges megsértésének vádjával szemben Bíróság helyénvalónak találta az Egyezmény 2. cikkére való hivatkozást, amely a hatóságokat kötelezi a kiszolgáltató személyek védelmére, az olyan cselekményekkel szemben is, amelyekkel saját életüket veszélyeztetik. A Bíróság úgy határozott, hogy ez a rendelkezés kötelezi a nemzeti hatóságokat arra, hogy megakadályozzák, hogy egy személy megölje saját magát, ha a döntést nem szabadon és az azzal járó következmények teljes tudatában hozta meg. A Bíróság leszögezte, hogy ha egy állam (itt Svájc) elősegíti az asszisztált öngyilkossághoz való hozzáférést, az Egyezmény 2. cikkében biztosított élethez való jog akkor is kötelezi az államot arra, hogy olyan eljárást hozzon létre, amely képes biztosítani, hogy valóban az illető szabad akaratát tükrözze a döntés, hogy véget vet az életének.

*Koch Németország elleni* ügyében,<sup>17</sup> amelyben a kérelmező egy olyan nő férje volt, akinek a halálos nátrium-pentobarbitál adagra vonatkozó kérelmét elutasították, a Bíróság megállapította, hogy ez a döntés, valamint az ezt követő hazai bírósági döntések az illetőnek a magánélet tiszteletben tartásához való jogába történő beavatkozást jelentettek. A Bíróság végül a 8. cikk megsértését az eljárás vonatkozásában állapította meg, mivel a hazai bíróságok nem vizsgálták ki érdemben a kérelmező panaszát.

*Lings Dánia elleni* ügyében<sup>18</sup> a panaszost – egy nyugdíjas orvost, aki egy eutanáziát támogató egyesület tagja volt – öngyilkosságban való segítségnyújtás kísérlete és öngyilkosságban való segítségnyújtás miatt ítélték el. A kérelmező az Egyezmény 10. cikkének sérelmét panaszolta, a Bíróság azonban úgy ítélte meg, hogy az Egyezmény alapján nem létezik az öngyilkossághoz nyújtott segítséghez való jog, és ez vonatkozik az öngyilkosságról való tájékoztatásra, illetve az öngyilkossággal kapcsolatos általános tájékoztatáson túlmutató segítségnyújtásra is. A panaszos elítélése tehát „egy demokratikus társadalomban szükségesnek” tekinthető, arányos az elérni kívánt célokkal, nevezetesen az egészség és az erkölcs, valamint mások jogainak védelmével, és Dánia a mérlegelési jogkörén belül járt el.

A legfrissebb asszisztált öngyilkossággal kapcsolatos ügy a már említett *Mortier Belgium elleni* ügye. A panaszos édesanyja közel négy évtizedig szenvedett depresszióban, és a törvény által engedélyezett eutanázia következtében halt meg. A kérelmező azt kifogá-

solta, hogy az állam nem teljesítette az édesanya életének védelmére vonatkozó pozitív kötelezettségeit, és ennek következtében megsértette a magán- és családi élet tiszteletben tartásához való jogát is. A Bíróság, idézve a fenti döntéseket, a következőket állapította meg: az „élet végének, és különösen az eutanáziának a területe összetett jogi, társadalmi, erkölcsi és etikai kérdéseket vet fel. E kérdéskör vonatkozásában az Egyezményben részes államok álláspontjai és jogi válaszai igen eltérőek, és nincs konszenzus az egyén azon jogát illetően, hogy az élete befejezésének módjáról és idejéről döntsön”. Tehát arra, hogy hogy miként lehet egyensúlyt teremteni a beteg élethez való joga és a magánéletének, illetve személyes autonómiájának tiszteletben tartásához való jog védelme között, az államok számára széles (de nem korlátlan) mérlegelési mozgásteret kell biztosítani. A Bíróság megjegyezte, hogy az eutanázia dekriminalizálásának célja az volt, hogy az egyéneknek szabad választási lehetőséget biztosítson annak érdekében, hogy elkerülhessék a szerintük méltatlan és fájdalmas halált. Az élethez való jog tehát nem értelmezhető úgy, hogy az eleve kizárja az orvos által asszisztált öngyilkosság szóban forgó formájának feltételes dekriminalizálását. Ahhoz azonban, hogy a 2. cikkel összeegyeztethető legyen, a dekriminalizációval párhuzamosan megfelelő és kielégítő biztosítékokat kell bevezetni a visszaélések megelőzése, ezáltal az élethez való jog tiszteletben tartásának biztosítása érdekében. Az ügyben az Egyezmény sérelmét kizárólag eljárási szempontból állapította meg a Bíróság, mivel a szakosított felülvizsgálati bizottság függetlensége nem volt biztosított, és a büntetőeljárás túlságosan hosszúvá nyúlt. A Bíróság ugyanakkor megállapította, hogy a kérelmezőnek az Egyezmény 8. cikke szerinti jogait nem sértette sem az eutanázia aktusa maga, sem pedig az a körülmény, hogy kihagyták az eljárásból.

A *Karsai*-ügy kapcsán a Bíróság először is megállapította, hogy a kérelmező kívánsága, hogy halála időpontját maga választhassa meg, betegségének degeneratív jellegével és végzetes kimenetelével van összefüggésbe: azzal, hogy mozgásképtelen, tehetetlen állapothoz, illetve fájdalomhoz vezet, és „egzisztenciális félelmet”, szorongást okozhat számára. Ahelyett, hogy a természetes módon bekövetkező haláláig ilyen elviselhetetlen szenvedéssel teli életre legyen ítélve, azt szeretné, hogy élete békében érjen véget az általa választott időpontban és módon.

Másodszor, noha a kérelmező nem volt teljesen világos azzal kapcsolatban, hogy milyen típusú segítséget szeretne igénybe venni, a beadványai lényegében PAD-re utalnak. Harmadszor, a kérelmező (egybehangzóan az egyik szakértő véleményével) azt állítja, hogy kognitív képességei valószínűleg egészen

a haláláig megmaradnak. Valószínű, hogy továbbra is teljes mértékben képes lesz arra, hogy saját maga hozza meg az életével kapcsolatos döntéseit, bár az ilyen döntések közlése egy bizonyos ponton túl már kihívást jelenthet.

A Bíróság szerint tehát a panaszt, miszerint a kérelmezőt akadályozzák abban, hogy mások segítségével véget vessen az életének, és ezáltal önrendelkezési jogát gyakorolja egy számára nagyon fontos kérdésben, a fenti elemek fényében, kontextusában kellett megvizsgálni. A kérelmező panasa egyrészt arra vonatkozik, hogy nem tud Magyarországon PAD-t igénybe venni, másrészt arra, hogy külföldön sem. A Bíróság mindkét aspektust vizsgálja. Végül a Bíróság megjegyezte, hogy a kérelmező a PAD elérhetőségének hiányára panaszkodott, ami magában foglalja mind az eutanáziát, mind az asszisztált öngyilkosságot. A büntetőjogi tilalommal kapcsolatos panasa azonban lényegében az öngyilkosságban történő segítségnyújtás bűncselekményére vonatkozik.

A Bíróság megjegyezte, hogy bárki, aki Magyarországon vagy külföldön magyar állampolgárnak segítséget nyújt öngyilkossághoz, a magyar büntetőjog szerint büntethető. Tekintettel a kérelmező fizikai állapotára és arra, hogy Magyarországon tartózkodik, ez gyakorlatilag azzal egyenlő, hogy megtagadják tőle a lehetőséget, hogy saját feltételei szerint fejezze be az életét, akár otthon, akár külföldön, és ezzel beavatkoznak a magánélet tiszteletben tartásához való jogába.

Mindezek alapján a Bíróság rámutatott, hogy maga a kérelmező érvelt amellett, hogy az államnak pozitív kötelezettséget kell vállalnia az önrendelkezéshez és a méltóság teljes halálhoz való jog hatékony gyakorlása feltételeinek biztosítására. A PAD esetében ez szükségszerűen magában foglalná az orvosi beavatkozáshoz való hozzáférés pozitív biztosítását is, például az élet kioltását szolgáló szerekhez való hozzáférést. A kérelmező panasa tehát túlmutat a pusztá beavatkozás tilalmán, és az állam pozitív kötelezettségeit is érinti.

A központi kérdés jelen ügyben az, hogy Magyarországnak sikerült-e megfelelő egyensúlyt teremteni a kérelmező azon érdeke, hogy életének PAD segítségével véget vethessen, és a szóban forgó szabályozás legitim céljai között, figyelembe véve a PAD dekriminalizálásával járó pozitív kötelezettségeket, valamint az állam e területen fennálló mérlegelési jogkörét.

A Bíróság megismételte, hogy a kérelmezőnek a PAD-hez való hozzáféréshez fűződő érdeke a magánélet tiszteletben tartásához való joga lényegét érinti. Továbbá vitathatatlannak tartja, hogy ez különös jelentőséget kap azon halálos betegek esetében,

akik a PAD-ben látják szenvedéseik befejezésének egyetlen eszközét.

Ami az asszisztált öngyilkosság abszolút tilalma, illetve a PAD magyarországi elérhetőségének ebből következő hiánya kapcsán az érdekek közötti egyensúlyt illeti, a Bíróság szerint amennyiben az érdekek az egészségpolitika kérdéseivel kapcsolatosak, akkor azok a nemzeti hatóságok mérlegelési mozgásterébe tartoznak, mivel az utóbbiak képesek a leginkább a prioritások, az erőforrások és a társadalmi igények felmérésére. A Bíróság továbbá következetesen úgy ítélte meg, hogy az Egyezményt egészében kell értelmezni, és így a 8. cikk esetleges megsértésének vizsgálatával összefüggésben helyénvaló az Egyezmény 2. cikkére hivatkozni, amely a hatóságok számára kötelezettséget teremt a kiszolgáltatottak védelmére, még akkor is, amikor az illetők a saját életüket veszélyeztetik.

A Bíróság a PAD-hez való hozzáféréssel kapcsolatos korábbi ügyek vizsgálata során arra a megállapításra jutott, hogy az Európa Tanács tagállamai messze nem jutottak konszenzusra az egyén azon jogát illetően, hogy eldöntse, hogyan és mikor fejezze be az életét, azt ugyanakkor elismeri, hogy az elmúlt néhány évben egyes európai országokban, például Ausztriában, Olaszországban, Németországban, Spanyolországban és Portugáliában fontos jogi fejlemények történtek a PAD bizonyos formáihoz való hozzáférés biztosítását illetően.<sup>19</sup> A Bíróság tehát elismeri a dekriminalizáció irányába mutató tendencia létét, ugyanakkor megállapítja, hogy az országok többsége továbbra is tiltja, és büntetni rendeli az öngyilkosságban való segítségnyújtást, beleértve a PAD-t is. Ezzel kapcsolatban a Bíróság megjegyzi azt is, hogy a vonatkozó nemzetközi dokumentumok, köztük az Európa Tanács Oviedói Egyezménye, nem adnak alapot arra a következtetésre, hogy a részes államoknak javasolt vagy kötelező lenne a PAD-hez való hozzáférés biztosítása.

Tekintettel a kormány és egyes harmadik felek által felhozott érvekre, a Bíróság rámutatott arra, hogy már megállapította: a 2. cikk nem akadályozza a nemzeti hatóságokat abban, hogy engedélyezzék vagy biztosítsák az orvos által segített öngyilkosság lehetőségét, amennyiben az utóbbihoz megfelelő és elégséges biztosítékokat társítanak a visszaélések megelőzése és ezáltal az élethez való jog tiszteletben tartásának biztosítása érdekében. A Bíróságnak jelen ügyben azt kellett megvizsgálnia, hogy a 8. cikkel és az sajátos körülményeivel összefüggésben a magyar állam azzal túllépte-e az említett mérlegelési mozgásteret azzal, hogy a kérelmező számára megakadályozta, hogy a PAD bármely formáját igénybe vehesse.

A jelen ügyben, szögezte le a döntés, nem vitatott, hogy a kérelmező szellemi képességeinek teljes birtokában van, és arra vonatkozóan valós kívánságot fogalmazott meg, hogy PAD-hez jusson, ha szenvedései elviselhetetlen mértékűvé válnak. A kormány érvei nem arra vonatkoznak, hogy hogyan lehetne megvédeni a kérelmezőt (az „önsértés” általa igényelt lehetőségétől), hanem arra, hogy a kifogásolt jogszabály kívánt enyhítése milyen következményekkel járna a kiszolgáltatott helyzetben lévő egyénekre, illetve a társadalom egészére nézve.

A kormány szerint a PAD nem elfogadható lehetőség, mivel azon az előfeltevésen alapul, hogy a betegséggel vagy fogyatékossgal élő emberek terhet jelentenek a társadalom számára, és az életük csökkent értékű. A Bíróság ezzel kapcsolatban megjegyzte, hogy bár a PAD legalizálásának lehetnek bizonyos szélesebb körű társadalmi következményei, semmi sem utal arra, hogy szükségszerűen diszkrimináció alapulna.

A Bíróság úgy vélte, hogy a nemzeti jogszabályokban a PAD-re vonatkozóan gyakran szereplő kritériumok, mint a betegség gyógyíthatatlan jellege vagy halálos kimenetele, semmiképpen sem tekinthetők úgy, mintha azok kevesebb értéket tulajdonítanak az érintettek életének. Ezek a kritériumok éppen azt a kényes egyensúlyt tükrözik, amelyet meg kell teremteni az emberi méltóság és az mentális képességeknek teljében lévő, ám meghalni akaró betegek önrendelkezési jogának tiszteletben tartása, valamint a PAD szűken meghatározott kereteken túli engedélyezésével járó kockázatok között.

A kormány azzal is érvelt, hogy a kifogásolt jogszabály enyhítése a kiszolgáltatott embereket az életük befejezésére irányuló nyílt vagy közvetett nyomásnak teheti ki, befolyásolhatja önértékelésüket, alááshatja az orvosi szakmába vetett bizalmat, és „csúszós lejtő” hatása lehet. A kérelmező megkérdőjelezte az ezen érvek alapjául szolgáló bizonyítékokat. A Bíróság szerint e területen valóban hiányosak az adatok, ahogy azt a szakértőként meghallgatott Régis Aubry is jelezte, ez azonban önmagában nem jelenti az érvek megalapozatlanságát. Ezek az érvek nem dönthetők el kizárólag statisztikai vagy más bizonyítékok alapján. A PAD legalizálásának számos szélesebb körű társadalmi következménye elkerülhetetlenül érzékeny hatással lehet a kollektív erkölcsi értékekre, amelyek társadalmanként eltérőek lehetnek, és idővel változhatnak. Az ilyen következmények kétségtelenül relevánsak és fontosak. Továbbá, mivel ezek a hatások az adott ország társadalmi viszonyait érintik, csak a nemzeti hatóságok tudják megfelelően értékelni azokat.

A Bíróság megjegyezte továbbá, hogy a PAD körül akkor is szigorú szabályozási keret kell kialakítani, ha az gyógyíthatatlan tünetekkel küzdő halálos betegekre korlátozódik. A PAD igénybevételére vonatkozó döntésnek valódinak, külső befolyástól mentesnek kell lennie, illetve biztosítani kell a kérés „folyamatos érvényességét”: a beteggel folytatott kommunikációs folyamatnak alkalmasnak kell lennie arra, hogy figyelembe vegye annak valós lehetőségét, hogy a beteg a betegség előrehaladtával megváltoztatja a PAD-ot illetően az álláspontját. Ez persze különösen nehéz lehet olyan betegségek esetében, mint például az ALS, ahol a beteg egy ponton elveszítheti kommunikációs képességét. A beteggel való hatékony kommunikáció tehát különleges készségeket, időt és jelentős elkötelezettséget igényel az orvosok és más szakemberek részéről, csakúgy, mint a megfelelő palliatív ellátás biztosítása, amelyet mindkét szakértő a PAD igénybevételének megfontolásához szükséges előfeltételnek tart. A Bíróság ezzel kapcsolatban megjegyzi, hogy az ilyen erőforrások felmérése és elosztása elvben a nemzeti hatóságok mérlegelési jogkörébe tartozó kérdés.

A fentiekre tekintettel a Bíróság megjegyezte, hogy a PAD elérhetővé tételével járó szélesebb körű társadalmi következmények, valamint a visszaélések és tévedések kockázata komolyan mérlegelendő annak megítélésakor, hogy figyelembe kell-e venni a halálba segítséget igénylők érdekeit, és ha igen, hogyan. Az államok jelentős mérlegelési mozgástérrel rendelkeznek e téren az egyensúly megteremtését illetően.

A kérelmező ezt elvben nem vitatta, és azzal érvelt, hogy az öngyilkosságban való segítségnyújtás büntetőjogi tilalma, amennyiben az a hozzá hasonló helyzetben lévő betegek esetében sem tesz kivételt – sajátos körülményeikre tekintettel –, indokolatlan.

A kérelmező azzal is érvelt, hogy a betegsége jellegére és lefolyására tekintettel a palliatív ellátás, illetve kezelés visszautasításának lehetősége nem küszöböli ki számára az elviselhetetlen, hosszan tartó szenvedést, miközben ez idő alatt nem lenne életfenntartó kezelésre szorulva, amit a magyar jog szerint megtagadhatna, és ezzel siettetni tudná a halálát. A kérelmező tehát a PAD melletti érvként azt hozta, hogy a szenvedését illetően szerinte nincs alternatív megoldás.

A Bíróság úgy vélte, hogy a magas színvonalú palliatív ellátás, beleértve a hatékony fájdalomcsillapításhoz való hozzáférést, sok esetben – és kétségtelenül a kérelmező esetében is – alapvető fontosságú a méltóságteljes életvég biztosításához. A meghallgatott szakértői bizonyítékok szerint a palliatív ellátás, amely az Európai Palliatív Szövetség (EAPC) felülvizsgált ajánlásaihoz igazodik, beleértve a palliatív

szedáció alkalmazását is, általában megkönnyebbülést hozhat a kérelmező helyzetében lévő betegeknek, és lehetővé teheti számukra a békés halált.

A Bíróság szerint a kérelmező nem terjesztett elő semmilyen konkrét érvet arra vonatkozóan, hogy a palliatív ellátás Magyarországon ne lenne megfelelő, vagy hogy a rendelkezésre álló palliatív szolgáltatók részeként nem kaphatott volna palliatív szedációt a refrakter (a kezelés visszautasítása miatt fellépő) szenvedés enyhítésére. A kérelmező azt sem vitatta, hogy képes lenne saját halálát meggyorsítani azzal, ha nem járulna hozzá a légzéstámogatás alkalmazásához, illetve, ha annak beszüntetését kérné, amikor az szükségessé válik. Azt sem állította, hogy ne kapna megfelelő kényelmi ellátást a végstádiumban, amikor a légzéstámogatás hiánya miatt kényelmetlenség és szorongás jelentkezik. A kormány megerősítette, hogy ez a lehetőség is nyitva áll a kérelmező előtt.

A kérelmező ehelyett azzal érvelt, hogy elutasítaná az ilyesmi alkalmazását, mivel a gyógyszeres szedáció révén elveszítené az autonómiája maradékát is. A Bíróság megjegyzi, hogy ez egy legitim személyes – és nagy horderejű – döntés. A Bíróság úgy látja azonban, hogy az egyébként megfelelő és rendelkezésre álló eljárásokról személyes szemponton alapulóan, önkéntesen lemondás önmagában nem kötelezheti a hatóságokat alternatív megoldások biztosítására, így a PAD legalizálására sem. Az ellenkező értelmezés a gyakorlatban azt jelentené, hogy az orvos által asszisztált öngyilkosság a rendelkezésre álló alternatíváktól függetlenül az Egyezmény 8. cikke alapján érvényesíthető jog.

A kérelmező továbbá azt állította, hogy az ismertett körülmények miatt az RWI túl későn válna csak elérhetővé számára: addigra már hosszabb ideje élne „a testébe zárva”, és elviselhetetlen „egzisztenciális szenvedés”-nek lenne kitéve, miközben teljesen a tudatánál van.

A Bíróság elismerte, hogy az ALS-ben szenvedő betegek számára különösen nehéz lehet reményt vagy célt találni az életben, tekintettel a folyamatos fizikai leépülésre és a végzetes kimenetel elkerülhetetlenségére. Nem biztos, hogy az „egzisztenciális szenvedés” orvosilag kezelhető – jegyzi meg továbbá. A Bíróság szerint az emberi létállapot része, hogy az orvostudomány valószínűleg soha nem fogja tudni a halálos betegek szenvedéseit minden szempontból kiiktatni. Továbbá, bár valóban súlyos gyötrelmről van szó, az egzisztenciális szenvedés alapvetően a helyzet személyes megéléséből fakad, ami változhat, és így egyszerű objektív értékeléssel nem is mérhető fel.

A Bíróságnak nem feladata, hogy meghatározza a PAD-ben rejlő kockázat elfogadható szintjét ilyen

körülmények között; elegendő megjegyezni, hogy az objektív értékelés nehézségei fokozhatják az eleve meglévő kockázatokat. A Bíróság tehát nem tudta elfogadni a kérelmező érvét olyanként, mint ami a PAD legalizálására vonatkozó kötelezettséget alátámasztja az Egyezmény 8. cikke alapján. Az érintettek fokozott kiszolgáltatottságára tekintettel azonban a hatóságoknak humánusan kell közelíteniük az ilyen helyzetekhez, amely megközelítésnek szükségszerűen magában kell foglalnia az együttérzés és magas szintű orvosi normák által vezérelt palliatív ellátás biztosítását. A kérelmező nem állította, hogy ilyen ellátás ne állna rendelkezésére, vagyis nem tekinthető úgy, hogy a hazai hatóságok e tekintetben megsértették volna az Egyezmény 8. cikkéből eredő pozitív kötelezettséget.

A Bíróság szerint a büntetőjogi tilalom kérdése nem vizsgálható külön a PAD pozitív szabályozásának kérdésétől, mellyel a döntés már foglalkozott. A kérelmezőnek az a panasza azonban, hogy ez a tilalom megakadályozta őt abban is, hogy külföldön vegyen igénybe PAD-t, egy alapvetően negatív állami kötelezettséget érint: az egyén 8. cikk szerinti jogaiba való beavatkozástól való tartózkodás kötelezettségét. Ezzel kapcsolatban, tekintettel a magyar jog rendelkezéseire, a Bíróság megjegyzi, hogy minden olyan nem magyar állampolgár, aki segítene a kérelmezőnek abban, hogy külföldön öngyilkosságot kövessen el, azt kockáztatná, hogy Magyarországon büntetőeljárás indul ellene. Ugyanakkor kétségtelen, hogy az önálló mozgásra képtelen kérelmezőnek a külföldre jutáshoz már Magyarország területén is segítségre lenne szüksége, és ezzel büntetőeljárásnak tennék ki magukat azok, akik Magyarországon segítenek neki.

A Bíróság megjegyezte továbbá, hogy az Európa Tanács tagállamainak többségében a PAD továbbra is nemcsak hogy nem elérhető, hanem büntetendő is. Az öngyilkosságban történő közreműködés, asszisztencia büntetőjogi tilalma az életet veszélyeztető cselekményektől való elrettentést, valamint erkölcsi-etikai jellegű megfontolásokból eredő érdekek védelmét szolgálja. Semmi szokatlan vagy túlzó nincs abban, hogy az állami tilalom azokra az esetekre is vonatkozik, amikor az öngyilkosságot végül külföldön hajtják végre, különösen, ha az bűncselekmény áldozata és/vagy elkövetője az adott állam állampolgára.

A Bíróság úgy látta, hogy az a kérés, hogy a PAD külföldön történő igénybevételét ne büntessék Magyarországon, az államtól azt követelné, hogy kivételt teremtsen a büntetőjog működését illetően. Bár a PAD az Egyezmény 2. cikkének megfelelően elérhetővé tehető olyan joghatóságokban, ahol megfele-

lő biztosítékok társulnak mellé, a hazai büntetőjogi rendszer koherenciájának kérdése, valamint az öngyilkosságban való segítségnyújtás tilalmát alátámasztó kollektív erkölcsi-etikai megfontolások, amelyeket a magyar kormány a jelen ügyben felvetett, észszerű indokot szolgáltatnak arra, hogy a magyar hatóságok vonakodjanak a kérelmező által kért kivételt bevezetésétől.

Végezetül a Bíróság megjegyezte, hogy bár az öngyilkosságban történő segítségnyújtás a hazai jog szerint bűncselekményként üldözendő, a kormány azt állítja, hogy az elkövető motivációja, az áldozat körülményei és a bűncselekmény által jelentett veszély mértéke enyhítő körülményekként figyelembe vehetők, és indokolt esetben a kiszabott büntetés alacsonyabb lehet a törvényben meghatározott minimumnál.

A fentiekre, illetve az állam jelentős mérlegelési mozgásterére tekintettel, az öngyilkosságban segédkezés büntetőjogi tilalma, beleértve minden olyan személy felelősségre vonhatóságát, aki a kérelmezőnek segítséget nyújtana külföldön a PAD igénybevételéhez, nem aránytalan.

Ami azt az állítást illeti, hogy a kifogásolt intézkedése hazai hatóságok általi felülvizsgálata elégtelen volt, a Bíróság a kormánnyal együtt elismerte, hogy az Alkotmánybíróság 2003-as határozatát leszámítva az öngyilkosságban való segítségnyújtás abszolút tilalmát a hazai hatóságok érdemben soha nem vizsgálták felül a tényállás 1878-as bevezetése óta. A Bíróság azonban nem tulajdonított döntő jelentőséget ennek a fejleménynek.

A Bíróság hangsúlyozta, hogy a jelen ügyben eldöntendő kérdés nem az, hogy egy eltérő szakpolitikai intézkedés – például a PAD elérhetővé tétele – elfogadható lett volna-e, hanem az, hogy a versengő érdekek közötti konkrét egyensúly kialakítása során a magyar hatóságok a jelentős mérlegelési mozgáskörük határain belül maradtak-e. A döntés során figyelembe vett szempontok alapján a Bíróság nem találta úgy, hogy a magyar hatóságok túllépték volna ezt a mérlegelési mozgásteret, tehát az Egyezmény 8. cikkét nem sértették meg.

A kérelmező, az Egyezmény 14. cikkére a 8. cikkel összefüggésben hivatkozva azt is kifogásolta, hogy hátrányos megkülönböztetésnek volt kitéve, mivel a törvény nem biztosította számára a halála meggyorsításának lehetőségét, noha az életfenntartó kezelésre szoruló (és így azt visszautasítani képes) halálos betegeknek biztosít ilyen lehetőséget, tehát a magyar jog eltérő bánásmódban részesíti azokat a halálos beteg, mentálisan cselekvőképes személyeket, akiknek a tünetei refrakterek, de halálukat csak PAD segítségével tudnák siettetni, és azokat, akik ezt az

RWI igénybevételével tehetik meg. Neki nincs szüksége életfenntartó kezelése, és lehet, hogy soha nem is lesz rá szüksége, vagy csak a betegsége nagyon késői stádiumában. Véleménye szerint nem indokolt megtagadni tőle a PAD-hez való hozzáférést, ami az egyetlen olyan lehetőség, amely lehetővé tenné számára, hogy életvégi döntését érvényesítse, miközben mások hasonló helyzetben hozzáférnek az RWI-hez, ami a gyakorlatban az élet rövidítését is jelentheti. Rámutatott, hogy ilyen típusú megkülönböztetéssel a Bíróság a *Pretty*-ügyben nem foglalkozott.

A kormány azt állította, hogy az RWI és a PAD természetüknél fogva különböző eljárások. Az RWI nem az élet szándékos megvonása, hanem egyszerűen annak a ténynek az elfogadása, hogy a beteg élete nem menthető meg, és ezt követően a halál természetes bekövetkezésének megengedése. A PAD esetében a halált az orvos beavatkozásával aktívan és szándékosan siettetni kívánják. A kérelmező, amennyiben halálos betegnek minősül, ugyanolyan feltételek mellett veheti igénybe az RWI-t, mint bárki más. A kormány azzal érvelt, hogy azok a betegek, akik nem szorulnak életfenntartó kezelésre, nincsenek hasonló helyzetben, mint azok, akik igen. A kormány példaként azt állította, hogy a tüdőgyulladás is végzetes kimenetelű lehet, ha a beteg visszautasítja az antibiotikumokat, de ez nem jelenti azt, hogy a tüdőgyulladásban nem szenvedő betegeket hátrányos megkülönböztetés érne, mivel nem hozhatnak életvégi döntést az antibiotikumok visszautasításával.

A Bíróság megjegyzi, hogy fent igazolhatónak találta, hogy Magyarország fenntartja az öngyilkosságban történő közreműködés abszolút tilalmát a következő okokból: a PAD nyújtásával járó visszaélés kockázata meghaladhatja az RWI esetében fennálló kockázatot; a PAD lehetséges társadalmi következményei szélesebb körűek; szakpolitikai döntésekre van szükség a PAD-hoz; illetve, az államoknak a kérdéskör tekintetében jelentős a mérlegelési jogköre. A 14. cikket illetően hasonló meggyőző indokok állnak rendelkezésre annak igazolására, hogy eltérő bánásmódban részesülnek azok a betegek, akik életfenntartó kezelésre szorulnak, és azok, akik nem (és így nem gyorsíthatják halálukat kezelés visszautasításával). A Bíróság ezért úgy véli, hogy a halálos betegek fent említett két csoportjának állítólagos eltérő bánásmódja objektíven és észszerűen indokolt, tehát az Egyezmény 14. cikke nem sérült.

Végül a kérelmező lényegében megismételte a 8. cikkel összefüggésben tett panaszait a 3. és 9. cikkekre vonatkozóan, önmagukban és az Egyezmény 14. cikkével összefüggésben is. Azt kifogásolta, hogy a PAD-hez való hozzáférés hiánya miatt az Egyez-

mény 3. cikkével ellentétes bánásmódnak van kitéve, továbbá a 9. cikk alapján azt állította, hogy a PAD-hez való hozzáférés hiánya megakadályozza őt abban, hogy méltósággal haljon meg, ami vallási és filozófiai meggyőződésének egyik központi eleme. A Bíróság ezeket a panaszokat nem vizsgálta külön; nyilvánvalóan megalapozatlanoknak tekintette azokat.

Összességében tehát az Egyezmény 8. cikke önmagában és a 14. cikkel összefüggésben sem sérült.

A döntéshez egy párhuzamos indokolást és egy különvéleményt fűztek.

Wojtyczek bíró szerint a kérelmet nem lett volna szabad befogadni. Az Egyezmény 2. cikke 1. §-ának második mondata előírja, hogy senkit sem szabad szándékosan megfosztani az életétől. A 2. cikk 1. és 2. §-a összesen négy kivételt sorol fel e tilalom alól. Az eutanázia és az orvos által segített öngyilkosság nem szerepel az élettől való szándékos megfosztás tilalma alóli lehetséges kivételek között. Szerinte az Egyezmény 2. cikke szigorúan szó szerinti értelmezést igényel, és kizárja további kivételek dinamikus értelmezéssel történő beillesztését. Az eutanázia és az orvos által asszisztált öngyilkosság dekriminálizálása különösen kizárt. „E rendelkezés betűje és a szöveg egészének szerkezetében elfoglalt helye egyaránt azt a mögöttes feltételezést tükrözi, hogy az emberi élet felbecsülhetetlen értékű, és hogy az életnek mindig van egy belső és objektív értéke, valamint egy belső és objektív értelme, amely nem függ az élet értelmességével vagy értelmetlenségével kapcsolatos szubjektív érzésektől. Az Egyezmény egyértelműen az emberi élet különösen erős és feltétel nélküli védelmének biztosítására. Ha ezeket az alapvető feltételezéseket megkérdőjelezzük, akkor az Egyezmény rendszerének egész építménye kezd megroppanni.” – fogalmaz. Wojtyczek bíró álláspontja szerint a PAD legalizálása még megfelelő biztosítékok társít történő legalizálása is sérti az Egyezmény 2. cikkét. A 2. cikk világos betűje miatt az Egyezmény szerinti hatálya nem terjedhet ki a saját életről és halálról való döntésekre. A „magánélet” fogalma is eleve életet feltételez, és nem terjed ki a halál választására orvos által segített öngyilkosság vagy eutanázia útján.

Felici bíró különvéleményében a 8. cikk önmagában és 14. cikkel összefüggésben történő sérelme mellett érvel. Összhangban az „élő eszköz” doktrínával az Egyezmény „szükségszerűen” progresszív értelmezését adja. Négy elemmel írja le Karsai Dániel állapotát: 1. biztos halál prognózisa; 2. gyógyíthatatlanság; 3. elviselhetetlen testi és lelki szenvedés; 4. szellemi tisztánlátás és jelenlét. E körülmények fényében a Bíróságnak lett volna mozgástere az ítélkezési gyakorlatának kialakítására. Nincs olyan ko-

rábi eset, amely tökéletesen egybeesik, illetve lényegében azonos lenne ezzel az esettel.

Meggyőződése szerint a személyes szabadsághoz való jog, beleértve annak szellemi vagy erkölcsi aspektusát is, elidegeníthetetlen emberi jog, amely lehetővé teszi az egyén számára, hogy személyiségét kibontakoztassa, és hogy a lehető leginkább saját meggyőződését kövesse, a saját „létfelfogásának” megfelelően, és mindez az ember saját halálára is vonatkozik. Szerinte az európai tendenciát is figyelembe kellett volna venni, és alapvetően nem látja leküzdhetetlen jogi akadályát annak, hogy pozitív állami kötelezettséget állapítsanak meg az Egyezmény 8. cikkének alkalmazásával kapcsolatban. Ebből következik, hogy az a beavatkozás, amelyet az öngyilkosságban segédkező személyek büntetőjogi felelősségre vonása jelent, különösen, ha a cselekmény extraterritoriális, nem felel meg az Egyezménynek. Szerinte a többségi döntés az ügyet nem annak konkrét érdemei alapján bírálta el. Bár a *Pretty*-ügyben felvázolt elveket újraértelmezték, az eredmény csupán „bátortalan kiigazítás”-nak tűnik, amelyből nem származik kézzelfogható előny.

A bíró leszögezte, hogy a *Mortier*-ügyben a Bíróság tisztán eljárási jogsértést állapított meg egy PAD-hez vezető eljárást illetően, ezzel hangsúlyozva, hogy a nemzeti és nemzetközi szabályozási rendszerekkel szemben elvárt, hogy megelőzzék, korlátozzák és orvosolják a visszaéléseket.

Rámutat továbbá, hogy a többségi döntés feltételezése szerint a palliatív ellátás képes enyhíteni az olyan betegség okozta elviselhetetlen szenvedést, mint amilyenben a kérelmező szenved, és ezáltal „elviselhetővé” teszi azt. Szerinte azonban a megkérdezett szakértők jelezték, hogy jelenleg nem létezik olyan gyógyszeres kezelés, amely képes lenne az egzisztenciális szenvedést enyhíteni.

A méltóság kapcsán is a többségitől eltérő megközelítést alkalmaz. „Lehetséges-e a méltóságot az emberi lény eredendő tulajdonságának minősíteni, függetlenül a létezésének körülményeitől?” – teszi fel a kérdést. Véleménye szerint minden egyes ember a saját méltóságának legjobb megítélője, így az önrendelkezés elve ez ügyben is releváns lett volna.

Azzal sem ért egyet, ahogyan a többségi döntés a 14. cikkel kapcsolatos érveket megfogalmazta. Álláspontja szerint a Bíróság, *de facto* a kormány álláspontját elfogadva, azzal érvel, hogy az RWI és a PAD két olyan eljárás, amelyek eredendően különböznek egymástól az ok-okozati összefüggés és a szándék tekintetében. Ezzel szemben mindkét esetben olyan halálos betegekkel van dolgunk, akiknek nincs esélyük a gyógyulásra, de állapotuk sajátosság-

gai miatt differenciált bánásmódot igényelnek. A kérdés középpontjában valójában az életfenntartó kezelés fogalma áll. Bár életfenntartó kezelés alatt általában gépektől való függést értenek, az magában foglalhatja egyéb, a beteg túlélése szempontjából nélkülözhetetlen ellátásokat is, amelyek szerepüket tekintve ugyancsak életfenntartó kezelések. „Felmerül egy alapvető kérdés, nevezetesen, hogy egy olyan személy, mint Karsai úr, aki olyan állapotban van, hogy nem képes betölteni alapvető élettani funkcióit, táplálkozni, gondoskodni a személyes higiénijáról és mozogni, nem részesül-e valójában már most életmentő kezelésben.” – teszi fel a kérdést. Véleménye szerint a kérelmező állapotában lévő személy igenis összehasonlítható helyzetben van egy életmentő vagy életfenntartó kezelésre szoruló személlyel. Szerinte a Bíróságnak mind a 8. cikk, mind pedig a 8. cikkel összefüggésben a 14. cikk megsértését meg kellett volna állapítania. A döntésben tükröződő megközelítés nem megfelelő arra, hogy választ adjon egy jogi hiányosságra, illetve társadalmi igényre. Véleménye szerint, amennyiben a bíróság nem utalja az ügyet a Nagytanács elé, elszalaszt egy lehetőséget az életvégi ellátással és a PAD-vel kapcsolatos elvek korszerűbb megközelítésére.

Karsai Dániel felülvizsgálati kérelmét követően a Nagykamara öttagú bírói tanácsa 2024. szeptember 2-án elutasította a kérelem Nagykamara elé történő befogadását; a döntés ezzel jogerőre emelkedett.

*Összefoglalta: Kállai Péter*

## JEGYZETEK

1. 32312/23. számú kérelem.
2. Az EJEB 2024. június 13-án kelt ítélete.
3. A Magyar Orvosi Kamara Közgyűlése által 1998. március 21-én elfogadott Etikai Kódex, <https://mok.hu/akamararol/etikai-kodex>.
4. A passzív eutanázia, tehát az életfenntartó kezelés visszautasításának feltételekhez kötése alkotmányosságát is vizsgáló és azt helybenhagyó 22/2003. (IV. 28.) AB határozat kimondta, hogy a jogalkotó nem követ el mulasztást azzal, hogy nem rendezi az aktív eutanázia kérdéskörét, hanem azt a büntető törvénykönyvben tiltja. E döntés összefoglalóját lásd: *Fundamentum*, 2003/ 2, 150–152, <https://fundamentum.hu/sites/default/files/03-2-14.pdf>.
5. Az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, Ovie-

- dóban, 1997. április 4-én kelt Egyezménye. Magyarországon kihirdette a 2002. évi VI. törvény.
6. Az ET Parlamenti Közgyűlés 1418 (1999), 1649 (2009), 1859 (2012) és 2249 (2018) számú ajánlásai.
  7. Ezzel összhangban lévő állítást tesz a korábban idézett MOK Etikai Kódex is.
  8. Idézet az ET Parlamenti közgyűlésének 1859 (2012) számú ajánlásából.
  9. Idézet az ET Parlamenti Közgyűlés 1418 (1999) számú ajánlásából.
  10. Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations, <https://www.coe.int/en/web/bioethics/guide-on-the-decision-making-process-regarding-medical-treatment-in-end-of-life-situations>. Az útmutató releváns részeit az EJEB a Lambert és mások Franciaország elleni ügyben (46043/14. számú kérelem, a Bíróság 2015. június 5-én kelt ítélete) is feldolgozta.
  11. Régis Aubry a besançoni regionális egyetemi kórház palliatív ellátási osztályáért felelős kórházi orvos, és a francia nemzeti etikai tanácsadó bizottság tagja. Tagja volt annak a csoportnak is, amelyet az Európa Tanács Bioetikai Bizottságának az élet végi orvosi kezeléssel kapcsolatos döntéshozatali folyamatról szóló útmutatója tervezetének elkészítésére jelöltek ki.
  12. Sándor Judit a bécsi Közép-európai Egyetem (CEU) professzora, a World Association for Medical Law igazgatótanácsának tagja, a budapesti CEU Biomedicinális Etikai és Jogi Központ igazgatója.
  13. A döntésben korábbi ítéleteket ismertetnek az alábbi országokból: Anglia és Wales, Németország, Olaszország, Kanada.
  14. *Haas Svájc elleni* ügye, 31322/07. számú kérelem, a Bíróság 2011. január 20-án kelt döntése; *Mortier Belgium elleni ügye*, 78017/17. számú kérelem, a Bíróság 2022. október 4-én kelt ítélete.
  15. *Haas- és Mortier-ügyek; Pretty Egyesült Királyság elleni ügye*, 2346/02. számú kérelem, a Bíróság 2002. április 29-én kelt ítélete, *Koch Németország elleni ügye*, 497/09. számú kérelem, a Bíróság 2012. július 9-én kelt ítélete.
  16. *Haas Svájc elleni ügye* (14. vj.).
  17. *Koch Németország elleni ügye* (15. vj.).
  18. *Lings Dánia elleni ügye*, 15136/20. számú kérelem, a Bíróság 2022. április 12-én kelt ítélete.
  19. Ez egyes országokban az önrendelkezéshez való jogból következően a PAD biztosítását jelenti, más országokban, ahol a PAD továbbra is tiltott, a büntetőeljárársban figyelembe vehető vagy veendő enyhítő tényezők tisztázását.