

A TÉNYEK TÜKRÖZŐDÉSE AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK ALAPJOGI DOGMATIKÁJÁBAN

ELEMZÉS A NÉMET ALKOTMÁNYBÍRÓSÁG ASSZISZTÁLT ÖNGYILKOSSÁGRA VONATKOZÓ DÖNTÉSÉNEK APROPÓJÁN¹

2020 februárjában a német alkotmánybíróság alapjogsértőnek találta azt a büntető törvénykönyvi rendelkezést, amely kriminalizálta az öngyilkosság rendszeres, szervezett elősegítését.² Jól tudjuk, hogy az alapjogvédelem európai fórumai között sincs konszenzus sem az élet kezdete, sem az élet vége tekintetében. Mégis meglepő, hogy mennyire távol esik egymástól az életvégi döntések német és magyar megítélése, miközben a két alkotmánybíróság által követett alapjogi dogmatika oly sok párhuzamot mutat, akár az önrendelkezési jogot, akár a jogkorlátozás arányossági tesztjét tekintjük. A hasonló alapok ellenére hogyan juthatott a két fórum ennyire eltérő következtetésre?

Ezt a cikket a kiindulópontok hasonlósága és az eredmények különbözősége közötti kontraszt inspirálta. Az alkotmánybíróságok dogmatikai kiindulópontjai közösek: az élet befejezéséről való döntést az önrendelkezési jog aspektusából közelítik meg, a jogkorlátozást pedig akkor tartják alkotmányosan elfogadhatónak, ha az legitim célt szolgál, és a korlátozás arányban áll ezzel az elérendő céllal. Az alkotmánybíróságok erre az alapra építették fel eutanázia-döntéseiket, amelyekben viszont az egyik testület sokkal több beeszólást tart elfogadhatónak az állam részéről az élet befejezéséről hozott döntésekbe, mint a másik. Ezt az eltérést ebben az írásban az alapjogi érvelés minősége szempontjából vizsgáljuk meg. Nem arra akarunk választ adni, hogy melyik eredmény, a liberálisabb vagy a paternalistább eutanázia szabályozás a helyesebb, hanem a két eltérő állásponthez vezető utat, vagyis az adott eredményre vezető alapjogi érvelést elemezzük.

Az érvelés menetében is kifejezetten azokra a mozzanatokra fordítjuk a figyelmünket, amelyek kapcsán a klinikai gyakorlat, illetve az orvostudományi szempontok jogi megfogalmazást nyernek. Tükrözi-e vajon az életvégi döntési helyzetek leírására használt alkotmánybírósági jogi fogalomkészlet a jogon kívüli valóságot? Megfeleltethető-e az életvégi

döntések alkotmánybírósági dogmatikája az orvostudomány, illetve az egészségügyi gyakorlatnak? Ha az alapjogi dogmatikai kiindulópontok (önrendelkezési szabadság, arányossági teszt) azonosak, akkor az alkotmánybíróságok eltérő kimenetelű határozatainak hátterében állhat az is, hogy nem ugyanúgy rekonstruálták azokat az életvégi élethelyzetekkel összefüggő tényeket, amelyeket azután alkotmányjogi-lag értékelték.

Nem törekszünk a tárgyalt alkotmánybírósági döntések, az alkotmánybíróságok életvégi döntésekkel kapcsolatos esetjogának összehasonlító elemzésére. Ennél specifikusabb feladatra vállalkozunk: az alapjogi érvelések egy mozzanatát (az életvégi döntések valóságának jogi rekonstrukcióját) helyezük a fókuszba. Bemutatjuk az életvégi helyzetek fogalomkészletét az orvostudományban és a klinikai gyakorlatban, majd összevetjük ezt az alkotmánybíróságok gyakorlatával, illetve összevetjük egymással az alkotmánybíróságok fogalomhasználatát is.

Magyarázatra szorul, hogy miért tartjuk ennyire jelentős kérdésnek az életvégi döntési helyzetek realizálásának és alapjogi dogmatikájának az összevetését. Az életvégi döntések az alapjogi jogalanyiség lényegét érintik. Az élet végéről hozott döntés jogának elismerésével vagy megtagadásával a jogalkotó, illetve a bíróság végső soron

arról határoz, hogy az alapjogi jogalanyiség kiterjed-e olyan döntés meghozatalára, amely a jogalanyiség megszűnését eredményezi. Az életvégi döntések dogmatikája tehát az alapjogi jogalanyiség területére tartozik. Az alapjogi jogalanyiség fogalmának kialakításában a jogalkotónak és a jogalkalmazónak nincs nagy szabadsága, hiszen azt nem a jog konstruálja, hanem az a jog számára eleve adott. Ez az értelmezés felel meg annak az alapjogfelfogásnak, amely szerint az alapjogokat az állam nem létrehozza, csupán elismeri, ezzel biztosítja az ember jogi státuszát, alanyiségét. Ebből annak kell következnie, hogy az alapjogi jogalanyiséggel összefüggő jogi fogalomrendszer akkor helyes, ha az embernek a jottól független, valóság-

EZT A CIKKET A KIINDULÓPONTOK HASONLÓSÁGA ÉS AZ EREDMÉNYEK KÜLÖNBÖZŐSÉGE KÖZÖTTI KONTRASZT INSPÍRALTA

gos helyzetét tükrözi. Az életvégi döntések alkotmánybíróági dogmatikájának meg kell felelnie az orvostudománynak és a klinikai gyakorlatnak.

EUTANÁZIA, ASSZISZTÁLT ÖNGYILKOSSÁG, AZ ELLÁTÁS VISSZAUTASÍTÁSA

Akárcsak az élet kezdete, az abortusz-kérdés, úgy az életvégi döntések, az eutanázia kérdése is az igazán nehéz alapjogi esetek közé tartoznak, amelyekkel az alapjogvédő bíróságoknak és az alkotmánybíróáságnak szembe kell nézniük. Ezekben az esetekben a bíróságoknak arról kell döntést hozniuk, hogy alkotmányosan elfogadható-e az eutanáziára és más életvégi döntésekre vonatkozó állami szabályozás (vagy egyedi közhatalmi döntés), megengedhető-e a jogkorlátozás, illetve elegendőek-e a garanciák. Ahhoz, hogy a bíróságok e döntésükkel az érintett alapjogok *tényleges* érvényesülését tudják biztosítani, az életvégi kérdésekhez kötődő *valós* élethelyzetekből kell kiindulniuk: döntésüknek és érvelésüknek az egészségügyi ellátás valóságán, a megítélt szituációk orvostudományi jellemzőin kell alapulnia. Hiába tűnik papíron koherensnek egy alapjogi érvelés, ha rosszul azonosítja az elbírált élethelyzeteket. Az alapjogvédelem hatékonysága szempontjából tehát alapkérdés, hogy az alkotmánybíróági fogalomrendszer megfelelően tükrözi-e az eutanáziához kötődő szituációk egészségügyi-orvostudományi jellemzőit. Ezt vizsgáljuk meg a cikk első részében.

Ennek érdekében először az életvégi döntési helyzeteket mint orvosi-egészségügyi élethelyzeteket vizsgáljuk meg, tisztázzuk az életvégi döntésekkel kapcsolatos orvostudományi fogalomkészletet. Ezt követően, a második alcímben három alkotmánybíróóság, a magyar és a német mellett a közelmúltban ugyancsak az asszisztált öngyilkosságról döntő olasz testület³ eutanázia-dogmatikáját elemezzük. A mérceknk az lesz, hogy ez utóbbiak – az elméleti alapjogi kategóriák – mennyiben állnak összhangban az egészségügyi valósággal.

Egészségügyi-orvostudományi fogalmak

Az életvégi döntési helyzeteket alapvetően két nagy csoportra oszthatjuk annak alapján, hogy valamilyen ellátáshoz, kezeléshez vagy kezelési lehetőséghez kapcsolódik-e az adott életvégi döntés vagy nem. Így megkülönböztethetjük az alábbiakat:

- a) Kezeléssel összefüggésben meghozott döntések:
 - aa. orvosilag haszontalan kezelés;
 - ab. az ellátás visszautasítása;
 - ac. hospice-palliatív ellátás.
- b) Kezeléstől független, az élet befejezésére irányuló döntések:
 - ba. eutanázia;
 - bb. asszisztált öngyilkosság.

Fontos kiemelni, hogy az életvégi döntések köre szélesebb az orvosi döntések körénél. Élete befejezéséről sokféle egyéb, az egészségétől teljesen független okból is dönthet valaki. Ugyanakkor a témafelvetéssel érintett alkotmánybíróági döntések során az orvostudományi kérdések, a valós klinikai helyzetek azok, amelyek nehézséget okoznak a jogi értékelés számára. Ezért foglalkozik a jelen fejezet az egészségügyi-orvostudományi jellemzőkkel.

A vázolt csoportosítás jellegadó szempontja, hogy az élet befejezését érintő döntési helyzet vagy valamilyen orvosi kezelés felmerülésekor, illetve alkalmazása során adódik, vagy egészségügyi el látástól függetlenül. A kezeléshez nem kapcsolódó életvégi döntések (eutanázia, asszisztált öngyilkosság) esetén is gyakran megjelenik a betegség mint a döntéshez vezető egyik faktor; tipikusan ilyen lehet az előrehaladott demencia vagy az Alzheimer-kór. Ugyanakkor ezek jellegükben lényegesen eltérnek a kezeléssel összefüggő életvégi döntések háttérben felmerülő alapbetegségektől, illetve a kezeléseket (lélegeztetés, mesterséges táplálás, újraélesztés) között is jelentős különbség mutatkozik, különösen az időbeli lefutásukat tekintve vannak lényeges eltérések, az azonnalitól a több hónapon át tartóig.

a) *Kezeléssel összefüggésben hozott döntések.* Amennyiben az alkalmazott vagy lehetséges kezelés a várt eredményt nem éri, illetve nem érheti el, súlyos dilemmák merülnek fel a kezelési döntések kapcsán. Folytatódjon a kezelés annak reményében, hogy a romló tendencia egyszer megfordul? Szükséges, illetve érdemes radikálisabb és kockázatosabb kezelési opcióra váltani? Felhagyjunk az alapbetegség megszüntetését vagy lefolyásának megakasztását célzó terápiával? Az egészségügyi kezelésről (kezelés megkezdéséről, folytatásáról, meg nem kezdéséről vagy megszakításáról)⁴ hozott döntés a gyakorlatban szinte soha sem egyértelmű. A kezelési lehetőségek sikerének esélye, kockázata, az elérhető életminőség mind nehezen előre jelezhető faktorok.

Az életvégi döntések első köre tehát azokat az eseteket öleli fel, amikor az egyén – előrehaladott, súlyos betegsége folytán – további kezeléséről, ellátá-

sáról szükséges dönteni. E körben három aleset azonosítható:

aa) Orvosilag haszontalan kezelés („*medical futility*”). Haszontalan kezeléssel akkor beszélünk, ha a további kezeléstől eredmény nem várható, a gyógyulásra vagy a felépülésre valós remény nincs (kvantitatív haszontalanság), illetve akkor, ha a beteg képtelen bármiféle javulás megtapasztalására (kvalitatív haszontalanság).⁵ A haszontalan kezelés elvégzésétől siker, eredmény, javulás nem várható, így annak elvégzésére az orvos nem köteles.

A lehetséges kezelések haszontalansága tehát a gyógyító célú kezelés végét jelenti, a betegség megszüntetése, a felépülés helyett a további ellátás célját a fájdalom- és szenvedéscsillapítás veszi át. A haszontalanság sajátos, az egyén önrendelkezésén alapvetően kívül eső életvégi döntés, amelyet az egészségügyi ellátó hoz meg.⁶ A haszontalanság kifejeződhet a kezelés meg nem kezdésében vagy a folytatott kezelés megszüntetésében egyaránt; összefoglalóan azt mondhatjuk, hogy a haszontalanság a kezeléskorlátozás egyik lehetséges indoka.

ab) *Az ellátás visszautasítása.* Az egészségügyi ellátás egyik legfontosabb alapelve a tájékozott beleegyezésen alapuló kezelés, így az autonómia mint az egészségügyi ellátás vezérelve jelenik meg.⁷ Ennek alapján minden kezelés, köztük az életmentő és életfenntartó kezelés is visszautasítható.

Az ellátás visszautasítása és a haszontalanság közötti lényegadó különbség, hogy míg utóbbi esetén a kezelésre azért nem kerül sor, mert a kezelőorvos megítélése szerint a rendelkezésre álló kezelési alternatíváktól eredmény (kvalitatív vagy kvantitatív haszon) nem várható, addig az ellátás visszautasítása esetén az egészségügyi ellátásnak az egyén önrendelkezése szab gátat. A két eset közötti különbség tehát kettős. Egyrészt, a kezelés haszontalanságáról az orvos dönt, az az egyén döntési körén kívül esik;⁸ ezzel szemben az ellátás visszautasítása az egyén saját döntése, autonómiájának és önrendelkezésének érvényesítése. Másrészt, haszontalan kezelés esetén a kezelőorvos szándéka nem irányul gyógyításra (hiszen az nem lehetséges), míg az ellátás visszautasításakor a kezelőorvos a gyógyítás szándékával tovább kezelné a beteget, aki azonban ebbe nem egyezik bele, így a kezelésre – az orvosi szándék ellenére – a beteg akaratát követve nem kerül sor.

Az autonómiára épülő modern egészségügyi ellátás alapvető feltétele, hogy a betegen csakis olyan beavatkozás végezhető el, amelyhez ő maga tájékozott beleegyezését adta.⁹ A beleegyezéshez kötöttség kiterjed valamennyi egészségügyi ellátásra, így az életmentő, életfenntartó kezelésekre is. Ez utóbbi esetekben a kezeléseket visszautasítása az életvégi döntések körébe tartozik, hiszen a döntés előidézzi vagy siettetti az egyén halálát. Ennek az elhatárolásnak alapjogi jelentősége van, hiszen ez utóbbi körülmény előhívja az állam objektív életvédelmi kötelezettségét, és fokozott alapjogi garanciákat tesz szükségessé.

ac) *Hospice-palliatív ellátás.* A harmadik alesetnek a hospice-palliatív ellátást tekinthetjük, ami álláspontunk szerint valójában önálló esetet is alkothat. Alesetként történő tárgyalását az életvégi ellátás folyamatában elfoglalt helye indokolja.

Az előzőekben tárgyalt orvosilag haszontalan kezelés esetén történő kezeléskorlátozás, valamint az ellátás visszautasítása az egyén kezelésének kuratív¹⁰ szakaszát zárja csak le (terminális állapot). A palliatív ellátás¹¹ a terminális állapotú betegek fájdalmának és egyéb tüneteinek enyhítésére irányuló támogató kezeléseket összességét jelenti, amely már a betegség korábbi szakaszában megkezdődik,

mint a hospice ellátás. A fájdalomcsillapítás, a szenvedés enyhítése az életminőség szempontjából jelentős, így a fájdalomcsillapításhoz való jog az emberi méltóságból fakadó alanyi jogként is megjelenik.¹² Fontos kiemelni e körben, hogy fájdalom és szenvedés alatt a fizikális dimenzió túl a lelki, pszichikai tünetek is értendőek. A hospice gondozás a palliatív ellátás egyik formájának is tekinthető, melyre akkor van szükség, amikor kiderül, hogy a betegség várhatóan rövid időn belül a beteg halálához vezet. A hospice meg-

közelítés a halált természetes jelenségnek tekinti, azt nem siettet, és nem is késlelteti. A kezelés életigenlő, célja a terminális állapotban lévő ember halálig tartó kísérése, olyan módon, hogy közben mindvégig szem előtt tartják emberi méltóságát és autonómiáját.¹³ Ezzel szemben a kuratív kezelés esetén a halál kudarcaként jelenik meg.

A hospice-palliatív ellátás „olyan megközelítés, amely az életet megrövidítő betegség kísérő problémáitól szenvedő páciens és családja életminőségét javítja azáltal, hogy megelőzi és csillapítja a szenvedést a fájdalom, a fizikai, pszichoszociális és spirituális problémák meghatározásával, helyes értékelésével és

AZ ELLÁTÁS VISSZAUTASÍTÁSA ÉS A HASZONTALANSÁG KÖZÖTTI LÉNYEGADÓ KÜLÖNBSÉG, HOGY MÍG UTÓBBI ESETÉN A KEZELÉSRE AZÉRT NEM KERÜL SOR, MERT A KEZELŐORVOS MEGÍTÉLÉSE SZERINT A RENDELKEZÉSRE ÁLLÓ KEZELÉSI ALTERNATÍVÁKTÓL EREDMÉNY (KVALITATÍV VAGY KVANTITATÍV HASZON) NEM VÁRHATÓ. ADDIG AZ ELLÁTÁS VISSZAUTASÍTÁSA ESETÉN AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSNAK AZ EGYÉN ÖNRENDELKEZÉSE SZAB GÁTAT

kezelésével.¹⁴ A hospice-palliatív ellátás tehát túlmutat az egészségügyi ellátáson (részt vesz benne pl. szociális munkás, pszichológus, gyógytornász is), azt kiegészítve biztosít holisztikus segítséget, kíséri az egyént élete utolsó szakasza során, családjával együtt.

b) *Kezeléstől független, az élet befejezésére irányuló döntések.* Az életmentő, életfenntartó kezelés visszautasítása vagy orvosi haszontalanságának megállapítása, illetve a palliatív ellátás esetén is az egyén olyan súlyos betegségben szenved, amely a halálához vezet. Eutanáziáról, illetve asszisztált

öngyilkosságról viszont olyan esetekben beszélünk, amelyekben az egyén – akár alapbetegség nélkül – úgy dönt, hogy életének intézményesített formában kíván véget vetni.

ba) *Eutanázia.* Az eutanázia az itt meghatározottaknál gyakran sokkal tágabb körben használt fogalom, sokszor használják az életvégi döntéseket magában foglaló általános kategóriaként. Az itt felvázolt rendszerben az eutanázia dogmatikai szempontból két fogalmi elemre épül. Az aktív beavatkozás (pl. halálos szer beadása) kritériuma alapján határozható el az ellátás visszautasításától, amely kezeléskorlátozásként alapvetően „nem cselekvés”: cselekvéstől való tartózkodás vagy cselekvés abbahagyása.¹⁵ Az eutanázia másik fogalmi eleme, hogy azt nem az egyén, hanem egy másik személy hajtja végre. A két fogalmi elem közötti összeköttetést az eutanázia direkt jellege teremti meg: az azt végrehajtó személy az érintett személy halálát szándékozik előidézni, cselekvése közvetlenül erre irányuló aktív magatartás.

Itt kell kitérnünk az aktív és a passzív eutanázia kategóriáira is, amely álláspontunk szerint az életvégi döntések szempontjából zavart okozó, elvetendő elhatárolási szempont. Az eutanázia fogalmilag kizárólag aktív cselekmény lehet, az ellátás visszautasítása pedig bár valóban „nem cselekvés”, illetve cselekvés abbahagyása által (kezeléskorlátozás) valósul meg, semmiképpen sem vonható az eutanázia körébe. Az életmentő, életfenntartó kezelés visszautasítása esetén az orvosi kezelésnek szab gátat az egyén önrendelkezése, míg az eutanázia nincs is ellátáshoz kötve. Érdekes rámutatni továbbá arra, hogy a folyamatban lévő kezelés (pl. lélegeztetés) abbahagyása, leállítása a valóságban aktív cselekvést igényel, így „passzív eutanáziának” aligha nevezhető. Eutanázia esetén az aktív magatartás fogalmi elem. Az aktív-passzív kategorizálás kerülendő, mert nem reflektál az életvégi döntések összetett, gyakran szövevényes körülményeire, továbbá az eutanázia, valamint az ellátás visszautasítása eltérő fogalmainak összemérésén¹⁶ alapul.¹⁷

AZ AKTÍV-PASSZÍV KATEGORIZÁLÁS KERÜLENDŐ, MERT NEM REFLEKTÁL AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK ÖSSZETETT, GYAKRAN SZÖVEVÉNYES KÖRÜLMÉNYEIRE, TOVÁBBÁ AZ EUTANÁZIA, VALAMINT AZ ELLÁTÁS VISSZAUTASÍTÁSA ELTÉRŐ FOGALMAINAK ÖSSZEMOSÁSÁN ALAPUL

Felmerülhet még az eutanázia kapcsán az önkéntesség kérdése. E kérdést alapjogi szempontból azért tartjuk viszonylag egyértelműnek, mivel az életvégi döntések lényegadó eleme, hogy az egyén autonómiájának részét képezi az, hogy dönthessen élete végéről, annak idejéről és körülményeiről. A nem önkéntes eutanázia ebből kifolyólag nem értékelhető másként, mint az egyén autonómiáját megsemmisítő életellenes cselekményként, és mint ilyen, a büntetőjog terepébe tartozó kérdés, mintsem valódi életvégi döntési helyzet.

Az eutanázia valójában csakis aktív, direkt és önkéntes lehet.¹⁸ Megfogható úgy, mint egy személy szándékos cselekménye, mely más személy szabad döntése alapján e személy életének befejezésére irányul azért, hogy az utóbbi szenvedésének véget vessen.

bb) *Asszisztált öngyilkosság („assisted suicide”).* Az eutanáziával azonos célra – az egyén halálának előidézésére – irányul az asszisztált öngyilkosság. Az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság közötti

ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK	eutanázia	asszisztált öngyilkosság	ellátás visszautasítása	orvosilag haszontalan kezelés	hospice-palliatív ellátás
döntéshozó	egyéni	egyéni	egyéni	kezelőorvos	egyéni/kezelőorvos
cselekvés alanya	orvos	egyéni	kezelőorvos	kezelőorvos	multidiszciplináris team
cél, szándék	halál előidézése	halál előidézése	gyógyítás, de akadályát képezi az önrendelkezés	gyógyítás, amely objektív okból kizárt	kísérés, felkészítés a halálra
következmény	halál	halál	hospice-palliatív és/vagy halál	hospice-palliatív és/vagy halál	halálig tartó kísérés
alapbetegség	nem feltétlenül van	nem feltétlenül van	van, és halálhoz vezet	van, és halálhoz vezet	van, és halálhoz vezet

egyetlen lényegadó különbség, hogy a halálhoz vezető cselekményt ki végzi el. Mindkét esetben az egyén akarata a kiindulási pont, az ő kifejezett kérésére történik, kerül sor a másik személy cselekményére. Eutanáziáról akkor beszélhetünk, ha a másik személy cselekménye vet véget az egyén életének, míg asszisztált öngyilkosság esetén maga az egyén az, aki – orvosi vagy más segítséggel – véget vet az életének, a másik személy cselekménye pedig az öngyilkossághoz nyújtott segítség (pl. gyógyszer felírása).

A fentiekből kitűnik, hogy az életvégi döntések fogalma szerteágazó, több tényezőtől is függő döntési helyzeteket ölel fel, amelyeket az összefoglaló táblázatban rendszerezünk. Abból indultunk ki, hogy a hatékony alapjogvédelemhez nélkülözhetetlen egy olyan világos terminológia, amely – morális értékeléstől mentesen – medikális alapú leírását adja a releváns élethelyzeteknek. A fogalmi rendszer tehát az egészségi állapot, a kezelési cél, illetve a kezelési lehetőségek szerint differenciál az életvégi döntések tekintetében – ezeket tekintjük a valóság olyan tényezőinek, amelyekre reflektálnia kell a megfelelő jogvédelmet biztosító alapjogi dogmatikának.

Az életvégi helyzetek során alapjogi szempontból az egyetlen elfogadható kiindulópont az egyenlő emberi méltóság, amely mindenkit megillető alapjog. Az emberi méltóság garantálja az egyén autonómiáját, hogy életét saját akaratának, vágyainak és preferenciáinak megfelelően irányíthassa, és ez felöleli az élet végéről való döntéshozatalt is.

Az első összehasonlítási pont tehát, hogy ki hozza meg a döntést az egyén élete végén. Az eutanázia, az asszisztált öngyilkosság, az ellátás visszautasítás, illetve a hospice-palliatív ellátás esetén az egyén hozza meg a döntést.¹⁹ Az egyedüli kivétel ez alól a kvantitatív orvosi haszontalan kezelés esete,²⁰ ahol a kezelőorvos mérlegeli, hogy várható-e hasznos eredmény a kezelés elvégzésétől. Amennyiben a kezelés haszontalan, az orvos nem köteles azt elvégezni, függetlenül az egyén akaratától. A haszontalanság orvostudományi kérdés, így annak meghatározására a jog egyes alapjogi garanciák rögzítésén túlmenően nem vállalkozhat.

A döntéshozó személye mellett fontos, hogy az életvégi helyzetekben tipikusan más személy(ek) is közreműködik (közreműködnek). Az eutanázia során az orvos vet véget az egyén életének, míg a kezelés visszautasítása és a haszontalanság esetén az orvos az, aki a kezeléskorlátozást végrehajtja. Eltérő ettől az orvos szerepe az asszisztált öngyilkosság során, ahol kapcsolata az élet véget vetésével közvetett (felírja vagy kiadja a halálos szert, amelyet majd az egyén saját belátása szerint bevesz – vagy sem). Szintén lényegesen eltér a hospice-palliatív ellátás,

amelyet több szakemberből álló multidiszciplináris team végez.

A döntést meghozó és a cselekvést végrehajtó személyek meghatározását követően lényeges összehasonlítási szempont, hogy milyen szándékkal cselekszik az illető, mi az elérni kívánt cél. Az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság közvetlen célja, hogy az egyén életének végét előidézze, siettesse. Eltérő ettől a kezelés visszautasítása és a haszontalanság esete, ahol van halálhoz vezető betegség, így a döntés a haldoklás elnyújtását akadályozza meg. E tekintetben a legfőbb különbség, hogy eutanázia és asszisztált öngyilkosság esetén nem biztos, hogy az érintett halálos betegségben szenved, illetve hogy betegsége közeli halálhoz vezetne. A hospice-palliatív ellátás célja sajátos: elfogadva, hogy az egyén nem gyógyítható és meg fog halni, célja az életminőség javítása, a szenvedés csillapítása, valamint a halálra való felkészítés és kísérés.

Végül érdemes időbeli sikot tekintve is összevetni az egyes fogalmakat. Az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság esetén a halál bekövetkezése közel azonnali (asszisztált öngyilkosság esetén az egyén cselekményétől számítva). A kezelés visszautasítása és a kezeléskorlátozás esetén a betegség lefolyása határozza meg a további élettartamot, így a halál akár azonnal vagy rövidesen is beállhat (pl. légzéztámogatás leállítás, életmentő beavatkozás meg nem kezdése), de el is húzódhat (pl. terminális daganatos beteg visszautasítja a további kezelést). A hospice-palliatív ellátás szintén a betegség lefolyásához igazodik, a halált nem siettet, azonban kifejezetten nem is késlelteti.

A fogalomrendszer tükröződése az alkotmánybíróági gyakorlatban

Tovább lépve, a kérdésünk az, hogy milyen viszonyban áll egymással az életvégi döntések orvosi-egészségügyi fogalomkészlete és az alkotmánybíróóságok dogmatikája. A magyar jogirodalomban használt fogalmi rendszer egy több mint másfél évtizede született, 2003-as alkotmánybíróági határozatra vezethető vissza. A közelmúltban külföldi – olasz és német – alkotmánybíróóságokon született döntéseket olvasva azt láthatjuk, hogy az életvégi döntések/eutanázia fogalmának más koncepciói is létezhetnek, és ezekre alapozva az alkotmánybíróóságok a magyar testületétől eltérő végkövetkeztetésre jutottak. A német Alkotmánybíróóság 2020-as döntésében, az olasz Alkotmánybíróóság 2018-as határozatában az asszisztált öngyilkossággal foglalkozott. Míg a magyar testület nem találta alapjogsértőnek az öngyilkosságban közreműködés büntetőjogi tilalmát, az ettől és egy-

mástól is eltérő fogalmi rendszert követő két frissebb külföldi döntés szerint szükséges – legalábbis bizonyos esetekben – az asszisztált öngyilkosság lehetőségének biztosítása. Az alábbiakban a három – magyar, olasz és német – döntés háttérében álló fogalmi koncepciót rekonstruáljuk az életvégi döntések tekintetében.

Az eutanázia-fogalom a magyar alkotmányjogban

A magyar Alkotmánybíróság 2003-as határozatában nem határozta el világosan az eutanáziát, az asszisztált öngyilkosságot és az ellátás visszautasítását úgy, ahogyan azt az előző pontban bemutatuk. A határozat gondolatmenetében éles határt egyrészt az életmentő, életfenntartó ellátás visszautasítása (az egészségügyi törvényben korlátozásokkal elismert betegjog), másrészt a gyógyíthatatlan beteg azon döntése között érzékelhetünk, amely arra irányul, hogy a halálát más személy (az orvosa) aktív tevékenységével, cselekvőleg idézze elő. Emellett, mivel az Alkotmánybíróság az önrendelkezési jog perspektívájából foglalkozott a kérdéssel, elhatárolta egymástól azokat az eseteket, amelyekben az orvos a beteg kívánására, illetve kifejezett kívánása nélkül, de a beteg érdekében segíti őt a halálba. Ez utóbbi, az önkéntesség szempontján alapuló elválasztás azonban halványabbnak tűnik az alkotmánybírósági indokolásban, minden bizonnyal azért, mert a testület mindkét esetet büntetőjogi aspektusból közelítette meg, és egyaránt emberölésnek tekintette.

Az alkotmánybírósági érvelésben tehát élesen lehatárolhatónak tűnik az ellátás visszautasításának kategóriája. Emellett viszonylag jól azonosítható az – előző részben bemutatott értelmezés szerinti, tehát szűk és nem általános értelemben használt – eutanázia esete is, bár az eutanázia önkéntességének kérdése nem kap kifejezett hangsúlyt. Leginkább az asszisztált öngyilkosságnak megfeleltethető esetkörnek elmosódtak a kontúrjai. Összevetve az általunk az előző alcímben megadott definíciós elemekkel, azok közül egyértelműen jelen van az alkotmánybírósági érvelésben az egyén döntése, vagyis az, hogy ez az esetkör is olyan, amelyben az egyén önrendelkezési jogát gyakorolva hoz döntést életének befejezéséről. Az érvelésben megjelenő cél és következmény is megfelel az előzőekben adott meghatározásnak, amennyiben az jól azonosíthatóan a halál előidézése. Az azonban bizonytalan az alkotmánybírósági érvelésben, hogy ki is a cselekvő.

Az Alkotmánybíróság álláspontja határozott volt abban, hogy ennek az esetkörnek az egyik jellemzője, hogy a beteg más személy – az orvos – segítségét

veszi igénybe életének befejezéséhez. Annak azonban a testület nem tulajdonított meghatározó jelentőséget, hogy az orvos rendelkezésre bocsátja-e a halál előidézésére alkalmas szert, vagy beadja-e azt. A két esetet, vagyis az eutanáziát és az asszisztált öngyilkosságot ugyanabba a körbe vontuk, arra tekintettel, hogy a lényegadó jellemzőjük – az, hogy a beteg halálát az orvosa idézi elő – közös. Az Alkotmánybíróság az ellátás visszautasításától történő elhatárolást látta kulcskérdésnek, és azt emelte ki, hogy – szemben az ellátás visszautasításának esetével – ebben az esetkörben a másik személy, az orvos *tevételesen* segítséget nyújt, *cselekvő* részesévé válik a folyamatnak, a halál az ő *aktív* tevékenysége folytán következik be.

Mindennek alapján az eutanázia önrendelkezési jogi megalapozása, valamint „passzív” és „aktív” formájának megkülönböztetése vált az Alkotmánybíróság álláspontjának megszilárdult interpretációjává.²¹ Ebben a szóhasználatában az eutanázia egy általános kategória, amely az ellátás visszautasítását, az asszisztált öngyilkosságot és az – általunk definiált – eutanáziát egyaránt lefedi. Típusait tekintve az ún. passzív eutanázia megvalósulhat – az egészségügyi törvény szerinti korlátozások mellett – életmentő-életfenntartó ellátás visszautasításával. Ezzel szemben az ún. aktív eutanázia, vagyis minden olyan eset, amelyben a beteg orvosi segítséggel fejezi be az életét, bűncselekményként (emberölés, öngyilkosságban közreműködés) büntetendő.²²

Az életvégi döntések eseteire ez a megközelítés jelentette az alapját az Alkotmánybíróság érdemi alapjogi érvelésének, amelynek végeredménye 2003-ban az lett, hogy a testület nem találta alkotmányosan kifogásolhatónak azt, hogy az – (aktív) eutanáziától nem világosan elhatárolt – asszisztált öngyilkosság Magyarországon jogszerűen nem lehetséges. (1) Az érvelés kiindulópontja a gyógyíthatatlan betegek önrendelkezési joga volt; (2) ennek részeként ismerte el az Alkotmánybíróság a gyógyíthatatlan betegek jogát az életmentő, életfenntartó kezelés visszautasítására (a magyar alapjogi szóhasználatban: „passzív eutanázia”). (3) Ezt követően az „aktív eutanázia” szabályozásának alkotmányosságát is ezen az úton továbbhaladva törekedett megítélni: „[...] az a kérdés merül fel, [...] hogy abból: a törvényhozó a gyógyíthatatlan beteg önrendelkezési jogának az életfenntartó orvosi beavatkozás visszautasításában való megnyilvánulását nem tilalmazza, nem folyik-e az a kötelezettsége, hogy a gyógyíthatatlan beteg életének emberi méltósága szerinti befejezésének egyéb módjait se tilalmazza?”²³ Az Alkotmánybíróság tehát a kérdést lényegében úgy tette fel, hogy az életmentő, életfenntartó kezelés visszautasításának jogából, mint a „passz-

szív eutanázia” lehetőségének biztosításából következik-e az „aktív eutanázia” lehetősége, és mint tudjuk, erre a testület negatív választ adott.

A német életvégi döntés-dogmatika

A német Alkotmánybíróság 2020 februárjában az előző részben tárgyalt fogalomrendszer szerinti kategóriák közül az asszisztált öngyilkossággal foglalkozott. A testület egy büntető törvényi tényállás alkotmányosságát vizsgálta felül, amely az öngyilkosság elősegítését rendelte büntetni, méghozzá azt a fajtáját, amikor valaki ezt rendszeresen nyújtott szolgáltatásként végzi. A német alkotmánybírósági érvelés tehát azokra az esetekre vonatkozik, amelyekben az egyén – önrendelkezési joga alapján – maga dönt életének befejezéséről, maga rendelkezik a saját haláláról, ennek érdekében ő maga is cselekszik, de ehhez igénybe veszi valaki másnak a közreműködését (a konkrét esetben valaki másnak a rendszeresen nyújtott szolgáltatását).

Ha ebben a tekintetben az életvégi döntésre vonatkozó német dogmatika cizelláltabbnak is tűnik, egyáltalán nem állíthatjuk, hogy a német gyakorlat és szakirodalom ne küzdene fogalmi nehézségekkel.²⁴ Az ebben a rendszerben is kétségbevonhatatlan, hogy az eutanázia a beteg akaratára ellenére nem lehet jogszerű.²⁵ Az önrendelkezésen, vagyis az egyén döntésén alapuló esetkörök között a „direkt aktív eutanázia” a német jogban ugyancsak bűncselekmény, még ha a német büntető törvénykönyv az emberölés privilegizált eseteként ismeri is a kívánatra ölés fogalmát (216. §).

Külön esetkörként ismeri a német dogmatika a „passzív eutanázia” kategóriáját. Ennek alkotmányos alapja az önrendelkezési jog, amely az egészségügy területén magában foglalja a betegnek az ellátás visszautasítására vonatkozó jogát, vagyis azt a jogot, amelynek alapján a beteg bármikor bármilyen ellátást visszautasíthat, ennek részeként az olyan ellátásokat is, amelyek elmaradása a halálához vezet. Ebben a megközelítésben tehát a „passzív eutanázia” az egészségügyi önrendelkezés szerves része, amit jól szemléltet az is, hogy az életfenntartó, életmentő kezelés visszautasításához nem szükséges az, hogy a betegség terminális és irreverzibilis legyen.²⁶

A 2020-as alkotmánybírósági döntés tárgyát jelentő asszisztált öngyilkosság alkotmányos megalkotását – az általános személyiségi jog és az önrendelkezési jog alapján – a saját haláláról való döntés

szabadsága jelenti. Ez magában foglalja harmadik személy (értelemszerűen önkéntes) közreműködésének igénybevételét is, ami nem tiltható meg, nem kriminalizálható alkotmányosan akkor, ha enélkül gyakorlatilag lehetetlenné válna az érintettek számára az asszisztált öngyilkosság, illetve maga az öngyilkosság, az életük saját döntésük szerinti befejezése.

A német jogban az öngyilkosság és az abban való közreműködés is hosszú ideig szabályozatlan volt; az öngyilkosság kriminalizálásának hiányában az öngyilkosságban való közreműködés sem lehetett büntetendő. A kereskedelmi jellegű asszisztencia tilalmáról szóló, közel egy évtizedes politikai vitát követően,²⁷ 2015-ben született meg a büntető törvénykönyv azon rendelkezése, amely büntetni rendelte, ha valaki ismétlődő jelleggel, folyamatosan nyújtott szolgáltatásként ad segítséget öngyilkosság elkövetéséhez (217. §).²⁸ Ezt a rendelkezést találta 2020-ban

az alkotmánybíróság alkotmányellenesnek.

Ebben a dogmatikai konstrukcióban az életmentő, életfenntartó ellátás visszautasításának, illetve az asszisztált öngyilkosságnak csak az alapjogi gyökere közös: az általános személyiségi jog és az önrendelkezési jog. A két esetkör alkotmányos megítélése ezután

azonban két külön, egymástól független érvelési nyomvonalon halad. Az előbbinek az egészségügyi ellátásban részesülő beteg az alanya, ebben a döntésben az ő egészségügyi önrendelkezési joga fejeződik ki, ami kiterjed bármely, életfenntartó és nem életfenntartó kezelés visszautasítására egyaránt. Ebben az esetben az alkotmányos kérdés az lehet, hogy arányosnak minősül-e a kezelés-visszautasítás jogának adott korlátozása, ami szigorúbb lehet az életfenntartó kezeléseket esetén.

Az utóbbinak, vagyis az asszisztált öngyilkosságnak az alanya minden ember, tehát nemcsak az, aki terminális állapotban lévő gyógyíthatatlan beteg; az öngyilkosságban az a jog nyilvánul meg, amely alapján mindenki jogosult dönteni a saját haláláról, és ehhez jogosult akár harmadik személy közreműködését is igénybe venni, hiszen a jogalkotó nem foszthatja meg az egyéneket attól, hogy életüket a saját döntésük szerint fejezzék be. Az öngyilkossághoz való segítségnyújtás *módjának* korlátozása lehet alkotmányossági vizsgálat tárgya, de a korlátozás nem lehetetlenítheti el az asszisztencia igénybevételét.

A fenti gondolatmenetek azt mutatják, hogy a német alkotmánybíróság logikája szerint az ellátás visszautasítása és az asszisztált öngyilkosság az önrendelkezési jog két, egymástól független megvalósulá-

si formája, nem az érme két oldala („passzív/aktív eutanázia”); az egyik alkotmányos megítéléséből nem lehet következtetést levonni a másikéra. Fontos továbbá, hogy a német alkotmánybíróság az eutanáziától is elkülönülten kezeli mindkét esetkört.

Az olasz fogalmi konstrukció

Az olasz alkotmánybíróság is a közelmúltban, 2018 őszén hozott az asszisztált öngyilkossággal kapcsolatos döntést,²⁹ amelyben a magyar, illetve a német megközelítéshez képest egy harmadik fogalmi koncepció rajzolódik ki. Az olasz határozat tárgya is az öngyilkosságban való közreműködés büntetőjogi tilalma volt – és míg az eredmény inkább a német irányba mutat, az érvelési út mintha a magyar fogalmi kapcsolatokat idézné.

Az olasz alkotmánybírósági döntést egy évvel megelőzően, 2017-ben született Olaszországban törvény az egészségügyi ellátás visszautasításáról mind a jelenre, mind a jövőbeni kezelésekre vonatkozóan.³⁰ Az olasz alkotmánybíróság megközelítésének sajátossága, hogy az asszisztált öngyilkosság lehetőségét összekapcsolta az ellátás visszautasításának jogával; az előbbit tulajdonképpen az utóbbi fogalmi körébe vonta.

Eszerint a logika szerint az asszisztált öngyilkosság kriminalizálása önmagában nem alkotmányellenes. Az élet védelmére irányuló állami kötelezettség megalapozza az öngyilkosságban való közreműködés büntetőjogi szankcionálását; az egyéni autonómia nem teszi alkotmányellenessé a tényállást. Az abszolút, kivételt nem tűrő büntetőjogi tilalom azonban bizonyos helyzetekben okozhat alkotmányértést. Az asszisztált öngyilkosság lehetőségét annyiban biztosítani kell, amennyiben az valójában az életfenntartó ellátás visszautasítása jogának gyakorlását teszi lehetővé. Ennek feltételrendszerét az alkotmánybíróság ekként határozta meg: a beteg olyan gyógyíthatatlan betegségben szenved, amely számára elviselhetetlen fájdalmat okoz, miközben életfenntartó kezeléssel tartják életben, döntési képességét viszont megőrizte.

Az egyén az életmentő, életfenntartó ellátás visszautasításával – amelyet az említett 2017-es törvény szabályoz – elindíthatja a haldoklási folyamatot, amelynek eredményeként halála bizonyosan be fog következni. Az orvostudomány és a technológia fejlődése nyomán ma már a visszautasítás és a halál beállta közötti idő tartama

változó lehet, és akár hosszúra is nyúlhat. Ha az egyénnek biztosított az életmentő, életfenntartó kezelés visszautasításának joga, akkor – az önrendelkezési jog, valamint a méltóság és az egyenlőség elve alapján – azt a jogot is biztosítani kell számára, hogy a halála időpontját előbbre hozza, és ne kelljen hosszú időt fájdalommal és szenvedéssel, vagy a tudatát elnyomó mély szedációban töltenie.³¹

Mindazonáltal az alkotmánybíróság ennek alapján nem nyilvánította alkotmányellenesnek, és nem semmisítette meg a vizsgált rendelkezést; ehelyett konkrét határidő meghatározásával a jogalkotó feladatává tette, hogy szabályozza újra az asszisztált öngyilkosságot. Míg egyrészt ez igazolható lehet azzal, hogy a megsemmisítés az életvédelem szempontjából veszélyes jogi vákuumot idézett volna elő, másrészt kritikát is kiváltott az olasz testület gyakorlatában eddig példa nélküli eljárási megoldás.³²

A három fogalmi konstrukció

Összevetve a három megközelítést, a vizsgált alkotmánybírósági döntések mögött három különböző fogalmi rendszer azonosítható. A magyar Alkotmánybíróság nem tett tiszta fogalmi elhatárolásokat az életvégi döntések különböző formái között. Az érvelésében nem választotta el egymástól az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság esetkörét, miközben a testület indokolatlan logikai kapcsolatot tételezett ez utóbbi életvégi döntés és az ellátás visszautasítása között.³³ Az olasz alkotmánybíróság dogmatikailag tisztább alapokra építkezett, megkülönböztette egymástól az említett kategóriákat. Az olasz gondolatmenet annyiban mutat rokonságot a magyar testület érvelésével, amennyiben az olasz fórum is az ellátás visszautasításának jogából törekedett következtetést levonni az asszisztált öngyilkosság alkotmányjogi megítéléséhez. Ezáltal a gyógyíthatatlan betegek (egészségügyi) önrendelkezési jogának szempontjából, ennek keretében értelmezte az asszisztencia igénybevételének lehetőségét az öngyilkossághoz.

Ezzel szemben a német megközelítés szerint az ellátás visszautasítása és az asszisztált öngyilkosság az önrendelkezési jog két külön megnyilvánulási formája, az utóbbi a betegségtől, illetve annak jellegétől függetlenül mindenkit megillető önrendelkezési szabadságból eredeztethető. A három fogalmi konstrukció közül tehát leginkább a német tükrözi azt az egészségügyi-orvostudományi fo-

A KLINIKAI GYAKORLAT TE-
KINTETÉBEN IGENCSAK FIGYE-
LEMRE MÉLTÓ, HOGY ELŐZETES
RENDELKEZÉS BEMUTATÁSÁRA
A KLINIKAI KÖZPONTOK TAG-
INTÉZMÉNYEINEK EGYIKÉBEN
SEM KERÜLT SOR, AZ ELŐZETES
RENDELKEZÉSEKRŐL VALÓSIDEJŰ,
HOZZÁFÉRHETŐ NYILVÁNTAR-
TÁS PEDIG MINDEZIDÁIG NEM
JÖTT LÉTRE

galomhasználatot, amely elhatárolja az eutanázia mellett az asszisztált öngyilkosság és az ellátás visszautasítása esetkörét.

A MAGYAR KLINIKAI GYAKORLAT TÉNYEI³⁴

Kutatási hipotézisünk szerint az életvégi kérdések szabályozása terén a fogalomhasználat döntően befolyásolja az alapjogok érvényesülését. Az alapjogok megfelelő védelméhez dogmatikai tisztaság, a valós élethelyzetekből mint tényekből kiinduló világos, következetes fogalomhasználat szükséges, amely kellőképpen reflektál a klinikai realitásra. Csak az ilyen fogalmi rendszer szolgálhat az alapjogi érvelés megfelelő alapjaként. Ugyanakkor a kérdést az ellenkező irányból is megközelíthetjük: a klinikai realitás, az életvégi döntések gyakorlata igazolja-e az alapjogi dogmatikát? Működik-e a gyakorlatban az, ami az alkotmánybíróság asztalán alkotmányosnak bizonyult? E cikk keretei arra adnak lehetőséget, hogy a fenti kérdésre a magyar szabályozás vonatkozásában adjunk választ, amellyel kapcsolatban rendelkezésünkre állnak adatok.

Az Alkotmánybíróság gondolatmenetével összhangban jelenleg Magyarországon az életvégi döntések közül az eutanáziát és asszisztált öngyilkosságot nem teszi lehetővé a jogi szabályozás; az életmentő, illetve életfenntartó kezelés visszautasításáról az egészségügyi törvény rendelkezik. Az életmentő és életfenntartó kezelések visszautasításának hazai szabályozása számos feltételhez köti, hogy az egyén meghozhassa a döntést élete végéről. Az életvégi kérdések – és különösen az életmentő, életfenntartó kezelések visszautasítása – szabályozásával kapcsolatos problémákra számos szerző hívja fel a figyelmet. Jelen tanulmány keretei nem teszik lehetővé a jogi szabályozás elemzését, ezért a továbbiakban kizárólag a számunkra releváns aspektust vizsgáljuk: képes-e érvényesülni a szabályozás a gyakorlatban.³⁵

Az életmentő, életfenntartó kezelések visszautasítása kapcsán az egyéni autonómia és az önrendelkezési jog érvényesülése legfőképpen a klinikai gyakorlatban jelenik meg. Az alapvető jogok biztosa³⁶ jelenleg is tartó átfogó vizsgálatot folytat az életvégi döntések kérdéséről, amelynek során széleskörű felmérést végzett a magyar orvosi gyakorlatra vonatkozóan. Az ombudsman munkatársai beszámoltak

arról, hogy az Eütv. 20. § (3) bekezdésében foglalt életmentő vagy életfenntartó ellátás visszautasítására a Debreceni Egyetem Klinikai Központ, a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ és az Országos Onkológiai Intézet tagintézményeiben 2010 óta egyáltalán nem került sor. A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ tagintézményeiben „néhány” alkalommal, a Semmelweis Egyetem Klinikai Központ tagintézményeiben pedig évente mintegy 50 alkalommal került sor életmentő, életfenntartó kezelés visszautasítására.³⁷

Az ombudsmani vizsgálat egy másik fontos kérdést illetően is hiánypótló adatokkal szolgál. Az életmentő, életfenntartó ellátások nemcsak a kezelés felmerülésekor, hanem előre tervezve, előzetes rendelkezésben („*living will*” vagy „*advance directive*”) is visszautasíthatók. A klinikai gyakorlat tekintetében igencsak figyelemre méltó, hogy előzetes rendelkezés bemutatására a klinikai központok tagintézményeinek egyikében sem került sor, az előzetes rendelkezésekről valósídjú, hozzáférhető nyilvántartás pedig mindeztől még nem jött létre.

A klinikai gyakorlatot áttekintve megállapíthatjuk, hogy Magyarországon az eutanáziát és az asszisztált öngyilkosságot a jogi szabályozás nem teszi lehetővé, az eutanáziát kiváltani hivatott életmentő, életfenntartó ellátások visszautasításának joga pedig a valóságban nem képes érvényesülni. A gondolatmenetet folytatva egy további kérdés körvonalai rajzolódhatnak ki: van-e egyáltalán szükség, illetve a társadalom részéről igény arra, hogy az egyén dönthesse élete végéről?

2017-ben első alkalommal került sor Magyarországon átfogó kutatásra a felnőtt lakosság életvégi kívánalmairól, az életvégi döntésekkel kapcsolatos véleményükről és ismereteikről.³⁸ Az 1100 fős reprezentatív mintán végzett felmérésben a válaszadók 77%-a csak tüneti terápiát kérne gyógyíthatatlan betegsége végstádiumában. A megkérdezettek 57,2%-a otthon, szakképzett gondozók bevonásával szeretne meghalni. Az életmentő, életfenntartó kezelés visszautasításának lehetőségéről 65,1%, az előzetes rendelkezésről pedig 34,5% hallott már, ismereteik azonban pontatlanok. Bár a kutatás az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság kérdéseire nem tért ki, az eredmény így is rendkívül szemléletesen mutatja, hogy egyértelmű társadalmi igény van arra, hogy az egyén dönthesse saját élete végéről.

A fenti adatok megmutatják, hogy az életmentő, életfenntartó kezelések visszautasításának jogáról a

ÁLLÁSPONTUNK SZERINT NÉLKÜLÖZHETETLEN, HOGY AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK FOGALMI RENDSZERE TÜKRÖZZE A RELEVÁNS ÉLETHELYZETEK TÉNYLEGES EGÉSZSÉGÜGYI-ORVOSTUDOMÁNYI JELLEMZŐIT; CSAK ÍGY BIZTOSÍTHATÓ AZ ALAPJOGOK ÉRVÉNYESÜLÉSE

gyakorlatban alkalmazhatatlan szabályozás szól. Az életvégi döntéseket lehetővé tevő jogintézmények *tényleges* működésképtelensége (eutanázia, asszisztált öngyilkosság nem áll rendelkezésre, az életmentő, életfenntartó ellátás visszautasítása pedig koncepcionális problémákkal terhelt) az egyéni autonómia és az önrendelkezési jog súlyos sérelmét okozza.

KÖVETKEZTETÉSEK

A német alkotmánybíróságnak az asszisztált öngyilkosságról hozott döntése üzenheti számunkra azt, hogy a fejlődés iránya az életvégi döntések liberálisabb szabályozása, amely az ellátás visszautasítása mellett lehetővé teszi azt is, hogy az egyén öngyilkosságához valaki más közreműködését vegye igénybe, akár szervezett szolgáltatás keretében. Bár elköteleztünk vagyunk az egyéni autonómia mellett, ami meggyőződésünk szerint megalapozza az életvégi önrendelkezés széleskörű szabadságát is, ebben a cikkben nem érveltünk emellett. A vizsgálati szempontunk kifejezetten alapjog-dogmatikai volt.

A magyar, a német és az olasz alkotmánybíróság érvelésében azt vizsgáltuk, hogy a testületek menyiben voltak tekintettel a valóságra, az egészségügyi-orvostudományi tényekre, a klinikai gyakorlatra. Álláspontunk szerint nélkülözhetetlen, hogy az életvégi döntések fogalmi rendszere tükrözze a releváns élethelyzetek tényleges egészségügyi-orvostudományi jellemzőit; csak így biztosítható az alapjogok érvényesülése. A kérdést a másik oldalról is feltettük: megvizsgáltuk, hogy a magyar szabályozás működőképes-e a gyakorlatban. Ha ugyanis nem, akkor nyilvánvalóan nem juttathatja érvényre az alapjogokat.

A hazai helyzet mindkét tekintetben bírálható. A jogalkotó döntése nyomán az élet befejezéséről szóló döntések lehetősége – az öngyilkosságon túl – kimerül az életmentő, életfenntartó ellátás visszautasításának jogában. Ennek súlyosan korlátozó feltételrendszerét az Alkotmánybíróság alkotmányosnak találta. Mindezek eredményeként szinte ellehetetlenül az életvégi önrendelkezés, mivel az életmentő, életfenntartó kezelés visszautasítása a gyakorlatban jórészt alkalmazhatatlannak bizonyuló jog; mindeközben pedig a magyar alkotmányjogban az életvégi döntéseknek egy olyan dogmatikája vált bevetté, amelynek keretei között nem lehet a valóságot figyelembe véve értékelni az életvégi helyzetekkel kapcsolatos alapjogi igényeket. Ez magában hordozza az életvégi döntési szabadság sérelmének veszélyét. Sürgető tehát a magyar fogalmi megközelítés tisztázása, a klinikai valóság vizsgálatának

integrálása a szabályozás alkotmányosságáról való gondolkodásba.

JEGYZETEK

1. Jelen tanulmány a K132712 számú „Az alapjogi jogalanyiség koncepciója” projekt (kutatásvezető: Somody Bernadette) keretében jött létre. A K132712 számú projekt a Nemzeti Kutatási Fejlesztési és Innovációs Alapból biztosított támogatással, a kutatói kezdeményezésű pályázati program finanszírozásában valósul meg. Az írás 2020. októberében az ELTE Alkotmányjogi Tanszékének tudományos műhelyvita-sorozatának tárgya volt, ahol Csikós Ágnes, Vissy Beatrix és Zakariás Kinga opponálták a kéziratot. A szerzők ezúton köszönetet mondanak Kussinszky Anikónak és Makk Alexandrának a cikk elkészítéséhez nyújtott értékes segítségükért. Köszönjük továbbá Vissy Beatrix támogatását, aki a kutatócsoport tagjaként nélkülözhetetlen résztvevője a cikk mögötti koncepció alakításának.
2. BVerfG, 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15.
3. Az olasz határozat az elemzés körébe vonható, hiszen az alapjogi fundamentuma összehasonlíthatóvá teszi a magyar és a német döntéssel, miközben közelmúltbeli hasonló tárgyú döntésként hasznos adalékkal szolgál a lehetséges fogalmi megközelítések bemutatásához.
4. A kezeléskorlátozás a kezelés meg nem kezdését és a megkezdett kezelés leállítását egyaránt magába foglaló orvostudományi fogalom. A továbbiakban a kezelés leállítása és/vagy megszakítása helyett a kezeléskorlátozás kifejezést használjuk.
5. ÉLŐ Gábor: Az újraélesztés újraértelmezése – autonómia és betegbiztonság, *Állam- és Jogtudomány*, 2016/4, 100.
6. Ez alól kivételt képez az az eset, amikor a beteg él az orvosválasztás jogával, és olyan orvost vagy egészségügyi ellátót keres, aki az adott kezelést nem tekinti haszontalannak. A haszontalanság megállapításának orvostudományi kritériumai jelenleg nem alkotnak egyértelműen tisztázott, zárt feltételrendszert, az adott orvos mérlegelésének és szakmai álláspontjának jelentős tere van.
7. Tom BEAUCHAMP: The Origins and Evolution of the Belmont Report, in: *Belmont Revisited: Ethical Principles for Research With Human Subjects*, eds. James CHILDRESS – Eric MESLIN – Harold SHAPIRO, Washington, Georgetown University Press, 2005, 12–25. Bővebben: Tom BEAUCHAMP – James CHILDRESS: *Principles*, New York, Oxford University Press, 2008.
8. Érdemes külön kitérni a kvalitatív haszontalanság fogalmára, amely az elérhető életminőség alapján meghozott döntés. Fontos kiemelni, hogy az orvos csakis

akkor tekinthet kvalitatív haszontalannak egy kezelést, ha a beteg objektíven képtelen bármiféle javulást megélni, érzékelni. Ettől eltérő az az eset, amikor az elérhető életminőséget a beteg nem értékeli érdemi javulásnak, ez esetben az ellátás visszautasítására van lehetősége.

9. A beleegyezés hiányában végzett ellátás kivételes helyzetei (nem önkéntes gyógykezelés, vélelmezett beleegyezés, helyettes döntéshozatal) jelen tanulmány keretein túlmutatnak, így azok tárgyalására nem kerül sor.
10. A kuratív terápia a betegség megszüntetését célzó, gyógyító kezelés, míg az életfenntartó kezelés célja az élettartam meghosszabbítása, létfontosságú testfunkció helyettesítése vagy támogatása az alapbetegségtől függetlenül.
11. A palliatív ellátás a terminális esetkörnél jóval bővebb, a palliatív medicina már az életet veszélyeztető betegség korai stádiumától jelen van, míg a hospice ellátásra az élet utolsó szakaszában kerül sor. Komfortkezelésre egyébként nem csak életvégi helyzetben kerülhet sor, hanem egyéb esetekben is (ld. fájdalom-ambulancia).
12. HEGEDŰS Katalin: Életvégi kérdések, palliatív gondoskodás. Az életvégi kérdések (döntési helyzetek és azok dilemmái, támogatási lehetőségek a döntéshozatalban) valamint a palliatív gondoskodás lehetőségei. https://inda.info.hu/uploads/dokumentumok/hegedus_katalin.pdf.
13. HEGEDŰS Katalin: *Az emberhez méltó halál*, Budapest, Osiris Kiadó, 2000, 21.
14. World Health Organization: Definition of Palliative Care: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
15. Bert BROECKAERT – Flemish Palliative Care Federation: Treatment decisions in advanced disease: a conceptual framework, *Indian Journal of Palliative Care*, 2009/15, 34.
16. BROECKAERT (15. vj.) 30.
17. Egy további elhatárolás is szükségesnek mutatkozik a palliatív szedáció tekintetében, amelynek célja az egyén elviselhetetlen szenvedésének enyhítése nyugtató-eltató gyógyszerek alkalmazásával. A palliatív ellátás során enyhe szedáció (ami nem befolyásolja hátrányosan a beteg tudatát, kommunikációs képességét) alkalmazható terápiásan, valamint a szenvedés csillapításának érdekében erőteljes, a tudatot átmenetileg vagy tartósan elnyomó szedációra is sor kerülhet (erre időnként szükség lehet egyes terápiás célok eléréséhez), ugyanakkor életet megrövidítő hatása ennek is csak kivételes esetben van. A palliatív szedáció esetén a szándék az elviselhetetlen szenvedés enyhítése szedatív gyógyszer alkalmazása révén – a sikeres végkimenetel pedig a szenvedés enyhülése. Minőségileg tér el céljában az eutanáziától, mivel a szenvedés csillapításán keresztül az életminőség javítását célozza még abban az esetben is, ha ezzel az egyén halálát végső soron siettet. A palliatív szedáció a fenti csoportosításban is elhelyezhető, a kezeléssel összefüggő döntések körébe tartozik, sajátossága pedig az, hogy a hospice-palliatív ellátáshoz hasonlóan a szenvedés csillapítását, a beteg életminőségének javítását célozza, nem célja tehát az élet megrövidítése. Lásd részletesebben: Lars Johan MATERSTVEDT et al.: Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force, *Palliative Medicine*, 2003/2, 97–101. (A tanulmány magyarul is megjelent: Lars Johan MATERSTVEDT et al.: Eutanázia és asszisztált öngyilkosság az EAPC Etikai munkacsoportjának szemszögéből, *Kharón Thanatológiai Szemle* 2003/3, 8–17); BROECKAERT (15. vj.) 33, valamint Nathan I. CHERNY – Lukás RADBRUCH: European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care, *Palliative Medicine*, 2009/7, 581–593.
18. HEGEDŰS Katalin: A hospice és palliatív ellátás mint az eutanázia alternatívája, in *Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén*, szerk. FILÓ Mihály, Budapest, Literatura Medica, 2011, 159.
19. Fontos kitérnünk e körben a helyettes döntéshozatalra, tehát arra az esetre, amikor az egyén döntési képességének hiánya okán a rá vonatkozó döntést nevében és helyette más személy hozza meg (a helyettes döntéshozó). A helyettes döntéshozó által meghozott döntést egyes szerzők kivonják az egyéni autonómia köréből (pl. a nem önkéntes eutanázia körébe sorolva azt), ugyanakkor álláspontunk szerint ez az álláspont nem tükrözi az egyéni autonómia alapjogi tartalmát. A helyettes döntéshozatal során korábban uralkodó legjobb érdek („best interest”: mi az objektív legjobb az egyén számára?) paradigmáját idővel felváltotta az egyén akarata és preferenciái szerinti döntéshozatal („will and preferences”: milyen döntést hozna meg az egyén, ha döntési képessége fennállna?). A helyettes döntéshozatal számos további kérdést vet fel, melyek jelen tanulmány keretein messze túlmutatnak. Az életvégi kérdések szempontjából számunkra fontos megállapítás, hogy a helyettes döntéshozatal csakis rendkívüli esetekben, kivételesen fogadható el, és ekkor is elsődlegesen annak feltárására kell korlátozódnia, hogy mit akarhat/mit akarna az egyén, és annak megfelelően kell dönteni. Az egyén akarata tehát döntési képessége hiányában is a döntéshozatal alapját képezi, így az továbbra is az egyéni autonómia tágabb értelemben vett fogalma alá sorolható.
20. Kvalitatív haszontalanság esetén a döntő tényező az elérhető életminőség, mely szükségképpen szubjektív faktor, ezért a beteg véleménye, akarata és preferen-

- ciái az irányadóak. A kvalitatív haszontalanság megállapítása tehát valójában a beteg és az orvos közös döntése.
21. Bár a tipológia nem a határozat többségi indokolásában, hanem elsősorban Bihari Mihály alkotmánybíró különvéleményében fogalmazódott meg.
 22. Az interpretáció megszilárdult formájában: ZAKARIÁS Kinga: 54. § Az élethez és az emberi méltósághoz való jog, in: *Az Alkotmány kommentárja*, szerk. JAKAB András, Budapest, Századvég, 2009, 1927–1930.
 23. 22/2003. (IV. 28.) AB határozat, Indokolás VI.1.
 24. A fogalmi rendszerezéshez lásd Anna ZWICK: The German Law on Euthanasia: The Legal Basics and the Actual Debate, in: *Advance Care Decision Making in Germany and Italy*, eds. Stefania NEGRI – Joechn TAUPITZ – Amina SALKIĆ – Anna ZWICK, Berlin–Heidelberg, Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim, Springer, 2013/41, 155–162, 172, 179.
 25. Az eutanázia kifejezés a német nyelvterületen elkerülhetetlenül felidézi a nemzetiszocialista rendszer által a betegek, fogyatékosággal élő emberek és egyes kisebbségi közösségek ellen elkövetett, tömeges mértékű gyilkosságokat. Emiatt az eutanázia („Euthanasie”) helyett a halálba segítés („Sterbehilfe”) kifejezés használatos. ZWICK (24. vj.) 153.
 26. ZWICK (24. vj.) 168. Jól szemléltethető ez a dinamika a vérátömlesztés (transzfúzió) példáján. A transzfúzió vallási okból történő visszautasítása a klinikai gyakorlatban felmerülő kérdés. A transzfúziót a beteg szabadon visszautasíthatja (amennyiben az elmaradása súlyos vagy maradandó károsodáshoz vezetne, közokirati vagy teljes bizonyító erejű magánokirati formában) mindaddig, amíg állapota nem rosszabbodik olyan mértékben, hogy a transzfúzió elmaradása már az életét veszélyezteti. Ekkortól minősül a transzfúzió visszautasítása életmentő kezelés visszautasításának, melyre csakis akkor van lehetősége a betegnek, ha olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – gyógyíthatatlan, és halálhoz vezet.
 27. ZWICK (24. vj.) 178–182.
 28. A tényállás tehát a szervezeten elkövetett öngyilkosságban közreműködést rendeli büntetni. Az elkövető nem feltétlenül törekszik az üzletszerűség értelmében vett anyagi haszonszerzésre, a döntő tényállási ismerv a rendszeresség és a szolgáltatási jelleg. FILÓ Mihály: Asszisztált öngyilkosság és az életvégi döntések Európában – tettesség, részesség, önrendelkezés, Állam- és Jogtudomány, 2016/4, 126.
 29. 207/2018. számú határozat. Ld. hozzá Antonia BARRAGIA: Introduction to I-CONnect Symposium– The Italian Constitutional Court on Assisted Suicide, *International Journal of Constitutional Law Blog*, December 5, 2018; Benedetta VIMERCATI: I-CONnect Symposium: The Italian Constitutional Court on Assisted Suicide – The Italian Constitutional Court and the Recent Decision on Assisted Suicide: The Guardian of the Constitution or the “Guardian” of the Parliament?, *International Journal of Constitutional Law Blog* December 6, 2018; Davide PARIS: I-CONnect Symposium: The Italian Constitutional Court on Assisted Suicide – The Italian Constitutional Court and the Recent Decision on Assisted Suicide: The Guardian of the Constitution or the “Guardian” of the Parliament?, *International Journal of Constitutional Law Blog*, December 7, 2018; Nannerel FIANO: I-CONnect Symposium: The Italian Constitutional Court on Assisted Suicide – Court Order no. 207 of 2018: A Particular „Species” of the German Incompatibility Ruling?, *International Journal of Constitutional Law Blog*, December 8, 2018, <http://www.iconnectblog.com/2018/12/i-connect-symposium-the-italian-constitutional-court-on-assisted-suicide-court-order-no-207-of-2018-a-particular-species-of-the-german-incompatibility-ruling/>.
 30. 219/2017. számú törvény.
 31. Javier Escobar VEAS: The Italian Constitutional Court and the constitutionality of the criminalisation of assisted suicide of patients suffering from serious and incurable diseases. *New Journal of European Criminal Law*, 2019/4, 3–5, 8–9, valamint Gianluca Montanari VERGALLO: The Marco Cappato and Fabiano Antoniani (dj Fabo) Case Paves the Way for New Assisted Suicide Legislation in Italy: An Overview of Statutes from Several European Countries, *European Journal of Health Law*, 2019/26, 234–236.
 32. VEAS (31. vj.) 5, 10–12.
 33. El kell ugyanakkor ismernünk, hogy ez a döntés másfél évtizeddel korábban született, mint az olasz vagy a német határozat, szükségképpen kevesebb ismeret állhatott csak mögötte. Ennek jelentőségét az Alkotmánybíróság felismerte, hiszen jelezte, hogy az életvégi önrendelkezési szabadság szabályozása alkotmányosságának megítélése „az ismeretek szintje, az intézmények állapota, fejlettsége” függvényében változhat. Más helyzetben volt a magyar testület abból a szempontból is, hogy döntésében nem kifejezetten az asszisztált öngyilkosság tilalmát kellett megítélnie; az elbírált indítványok az életvégi döntések szinte teljes spektrumát érintették, ezt a széles spektrumot illetően igényelték a dogmatika kialakítását.
 34. A problematika részletesebb tárgyalását lásd: KUSINSZKY Anikó – STÁNICZ Péter: Van-e döntésünk az

élet végén? Lehetőségek és kompetenciák a gyakorlat tükrében c. kéziratát (melyet a szerzők az „Autonómia, életvédelem, jogbiztonság – Az életvégi döntések szabályozása” című, az ELTE ÁJK-n 2019-ben megrendezett konferenciához kapcsolódó tanulmánykötetéhez adtak le). Jelen fejezet több helyen támaszkodik az e kéziratban foglalt megállapításokra.

35. Az életvégi kérdések (életmentő, életfenntartó ellátás visszautasítása, előzetes rendelkezés) szabályozása problematikájának részletes tárgyalásáért lásd például Busa Csilla, Csikós Ágnes, Dósa Ágnes, Élő Gábor, Filó Mihály, Hegedűs Katalin, Kovács József, Zeller

Judit, Zubek László munkásságát, valamint a Hegedűs Katalin által vezetett életvégi döntésekkel foglalkozó munkacsoport tevékenységét.

36. A jelen tanulmány szerzőinek egyike, Stánicz Péter az Alapvető Jogok Biztosának Hivatala munkatársaként részt vett a kézirat lezárásakor még zajló vizsgálatban.
37. KUSSINSZKY–STÁNICZ (34. vj.)
38. A kutatás eredményeit lásd: BUSA Csilla – ZELLER Judit – CSIKÓS Ágnes: Életvégi kívánalmakkal és döntésekkel kapcsolatos vélemények és ismeretek a magyar társadalomban, *Kharon Thanatológiai Szemle*, 2018/3, 19.

FÓRUM

A PARLAMENTI JOGRÓL

E lapszám Fórum rovata a parlamenti jog témájára összpontosít. Ilonszki Gabriella és Vajda Adrienn a magyar parlament pozícióvesztésének elemzésére vállalkozik elsősorban az utóbbi évtized folyamatai alapján. Kazai Viktor Zoltán és Karsai Dániel pedig az ellenzéki képviselők által benyújtott normakontroll indítványok alkotmánybírósági gyakorlatát tekinti át.

