

TURGONYI ZOLTÁN
LECTORI SALUTEM

Tisztelt Olvasó!

Jelen számunk fő témája az eutanázia. Blaskovich Erzsébet és Hámori Antal egymást mintegy kölcsönösen kiegészítve mutatják be e korunkban sokat vitatott kérdéskört: az előbbi inkább a gyakorlati nehézségekkel és a valóságos életből vett példákkal érzékelteti e probléma bonyolultságát (noha elméleti nehézségekre – így a definíció tisztázatlanságára – is felhívja a figyelmet), míg az utóbbi elsősorban az elméleti háttérre, az etikai, jogi, teológiai aspektusokra összpontosítja figyelmét.

Blaskovich Erzsébet hangsúlyozza, hogy a halált választókon szinte mindig lehetne más módon is segíteni, pl. a szeretetteljes környezet kialakításával; az elhamarkodott döntések meghozatalától óva intve figyelmeztet az éber kóma és az ebből való visszatérés lehetőségére; számos sokkoló példát mutat be arról, hogyan kerül sor világszerte akár gyerekek vagy kóros elmeállapotban lévő személyek eutanáziájára; rámutat, hogy a társadalmi háttér is életellenes, és sokszor pusztán a költségkímélés szándéka áll az eutanázia pártolása mögött. Felveti a kérdést, vajon az életminőség szempontjai felülírhatják-e az élet szentségének értékelését.

Hámori Antal vizsgálja a személy-státus fogalmát, az önrendelkezési jogot, az autonómia és az életvédelem viszonyát, azzal a kérdéssel összefüggésben is, hogy vajon le lehet-e egyáltalán mondani az élethez való jogról; fontos alapfogalmakat igyekszik tisztázni, amikor a túlbuzgó gyógyítás elutasítása és a passzív eutanázia közötti különbséget, a *duplex effectus* elvét vagy az asszisztált öngyilkosság esetét veszi szemügyre; foglalkozik e problémakör közösségi vonatkozásaival, továbbá az ide kapcsolódó világi jogi és kánonjogi szempontokkal; nemcsak a hazai helyzetre figyel, hanem külföldre is kitekint, így jó összképet kap tőle az olvasó.

Más – de nem kevésbé fontos – témával foglalkozik Makó János írása, amely a Magyar Orvosi Kamara etikai kódexének keletkezését mutatja be. Ám nem csupán emiatt tarthat számot érdeklődésre, hanem a közölt orvostörténeti adalékok miatt is: részleteket olvashatunk az 1900-ban keletkezett első magyar orvosi etikai útmutatásból és néhány más régi dokumentumból, továbbá a cikk

elején találjuk a Hippokratészi Eskü szövegét, amelyet ugyan lépten-nyomon emlegetünk, de valójában kevés helyen hozzáférhető a szélesebb közönség számára, publikálása tehát akár hiánypótlónak is tekinthető.

A Hírek rovatot sajnos két nekrológgal kell kezdenünk: Tringer László búcsúzik a nemrégiben elhunyt Pruzsinszky Józseftől, a Magyar Bioetikai Társaság alapító tagjától és egykori főtitkárától, Rojkovich Bernadette pedig Geleji Frigyesnétől, aki 2013 előtt a Magyar Bioetikai Alapítvány titkára volt. Ugyanitt található a beszámoló arról a három előadásról, amelyeket társaságunk elnökségi tagjai tartottak bemutatkozásképpen a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetében ez év március 4-én, s amelyeket követően az előadók röviden ismertették a közönséggel a MBT történetét és tevékenységét. Röviden hírt adunk a Párbeszéd Házában január 18-án rendezett lelki napról. Számunk végén két fontos cikket ismertetünk: az egyik a csevegőrobotoknak az egészségügyben történő felhasználásáról szól, a másik a Covid-19 vakcinák igazságos elosztásának problémájával foglalkozik.

TANULMÁNYOK

MAKÓ JÁNOS

A MAGYAR ORVOSI KAMARA ETIKAI KÓDEXÉNEK ELŐZMÉNYEI

Az orvosok egymás közötti és a betegekkel kapcsolatos magatartásának normáit évszázadokon keresztül a Hippokratészi Eskü határozta meg. Napjainkban is sokan és sokszor hivatkoznak erre az esküre, de teljes szövegét kevesen ismerik, ezért indokoltnak tartjuk közlését /1/.

„Esküszöm a gyógyító Apollónra, Aszklépioszra és Hügieiára és Panakeiára és valamennyi istenre és istennőre, akiket ezennel tanúkul hívok, hogy minden erőmmel és tehetséggel megtartom a következő kötelességeimet: tanáromat, akitől e tudományt tanultam, úgy fogom tisztelni, mint szüleimet, és vagyonomat megosztom vele, s ha rászorul, tartozásomat lerovom; utódait testvéreimnek tekintem, oktatom őket ebben a tudományban, ha erre szentelik magukat, mégpedig díjtalanul; továbbá az orvosi tudományt áthagyományozom fiaimra és mesterem fiaira, és azokra, akik az orvosi esküt leteszik, másra azonban nem. Tehetségemhez és tudásomhoz mérten fogom megszabni a betegek életmódját az ő javukra, és mindent elhárítok, ami ártana nekik. Senkinek sem adok halálos mérget, akkor sem, ha kéri, és erre vonatkozóan még tanácsot sem adok. Hasonlóképpen nem segítek hozzá egyetlen asszonyt sem magzata elhajtásához. Tisztán és szentül megőrzöm életemet és tudományomat. Sohasem fogok hólyagkővet operálni, hanem átengedem azt azoknak, akiknek ez a mesterségük. Minden házba a beteg javára lépek be, és őrizkedni fogok minden szándékos károkozástól, különösen férfiak és nők szerelmi élvezetre használatától, akár szabadok, akár rabszolgák. Amit kezelés közben látok vagy hallok – akár kezelésen kívül is a társadalmi érintkezésben –, nem fogom kifecsegni, hanem titokként megőrzöm. Ha ezt az eskümet megtartom, és nem szegem meg, örvendhessek életem fogytáig tudományomnak és az életnek, de ha esküszegő leszek, történjék ennek az ellenkezője.”

A szövegből látszik, hogy egy része idejétmúlt, néhány része vitatott, és ellentétes a mai gyakorlattal, de egy része napjainkban is követendő.

Az első magyar nyelvű orvos etikai útmutatást „Orvosi Rendtartás” néven 1900. szeptember 2-án fogadta el az Országos Orvos-szövetségnek Esztergomban tartott Kongresszusa / 2 /.

Ennek fejezetei és néhány mondata:

A. Az orvos magatartásáról általában.

„Minden orvos őrizze meg hivatásának méltóságát és tekintélyét. Hivatásunk azt az erkölcsi kötelességet rója ránk, hogy mindenkor és mindenütt a nap és az éj bármely órájában készek legyünk a szenvedő emberiség segítségére sietni.”

B. Az orvos magatartásáról kartársaival szemben.

„Semmivel sem menthető eljárás, ha az orvos valamely kartársának orvosi működését a közönség előtt kedvezőtlen bírálat tárgyává teszi.”

C. A helyettesítésről.

D. Az orvosi tanácskozásról.

„A beteg vagy a hozzátartozó azon óhajának, hogy konzílium tartassék, eleget kell tenni.”

Az orvostanhallgatók orvosetikai oktatása Imre József nevéhez fűződik. Az *Orvosi Ethika* című könyvének előszava így kezdődik: „A Kolozsvári Ferenc József tudomány-egyetem orvosi kara kérésre megengedte az 1917-18 tanévben, hogy hetenként másfél órás előadást tartsak *Orvosi ethika* címmel... elszántam magam, hogy előadásaimat megírom” / 3 /.

A tíz előadást tartalmazó könyv, mely 277 oldal terjedelmű, a következő fejezeteket tartalmazza:

1. Az orvos és a beteg viszonya.
2. Az orvosi gyakorlat kezdete, gyarapításának tisztos és tisztességtelen eszközei. A gyógyítási kötelezettség.
3. Az orvos szükséges tulajdonságai, életmódja. Magatartása betegek irányában.
4. Az orvosi titoktartás kötelessége és határai.
5. Orvosi eljárások, eszközök, kúrák erkölcsi bírálata.

6. Az orvos felelőssége.

7. Az orvosi foglalkozás különböző formái. Általános és szakorvos, szabad gyakorlat, hivatalos állások. Nem gyógyító orvosok.

8. Az orvos kötelességei kartársai és rendje iránt. Az orvosi szervezkedések.

9. Betegek kötelességei orvosai iránt. Az orvos gazdasági élete. A díjazás elmélete, módjai. A gazdasági és társadalmi válság orvosok között. Kilátások.

10. Kötelességek a közjólét / köz- és magánegészségügy / iránt. Az orvos hatása környezetére és azok öreá. Az orvos feladatai a nemzet életében.

1936. I. törvénycikk „Az Orvosi Rendtartásról.”

Az Orvosi Kamaráról, a kamarai tagságról, az orvosi gyakorlatról, fegyelmi szabályokról és büntető rendelkezésekről szól. Ezek ellenőrzése a belügyminiszter feladata volt. / 4 /

1939 -ben jelent meg az Országos Orvosi Kamara hivatalos kiadványa „Az orvosi gyakorlatra vonatkozó szabályzat és az orvosi díjazás legkisebb mértékére vonatkozó szabályzat”, mely a következő fejezetekből áll: / 5/

I. Az orvosi gyakorlatra vonatkozó szabályzat célja és jelentősége.

II. Az orvos magatartása általában.

III. Az orvosi gyakorlat megkezdése.

IV. Az orvos rendelőjének felállítása.

V. Az ingyen rendelésről, valamint az orvosi díjazás legkisebb mértékére vonatkozó szabályzat által megállapított díjtételeknél alacsonyabb díjért való rendelésről.

VI. Az orvosi titoktartásról.

VII. Az orvos joga, kötelessége és felelőssége a beteggel szemben.

VIII. Az orvosi bizonyítványok kiállítása.

IX. Az orvosi ténykedések hirdetésének, valamint a betegszerzés egyes módjainak tilalma.

X. Az orvos magatartása orvosi állások betöltésénél.

XI. Az orvos magatartása kartársaival szemben.

XII. Az orvosi tanácskozásról.

XIII. A helyettesítésről.

XIV. Az orvos kapcsolata a beteggyógyítás egyéb tényezőivel.

Aláírta Dr. Bakács György, az OOK titkára és Dr. Verebély Tibor, az OOK elnöke, jóváhagyta Johan Béla államtitkár.

1959-ben adta ki az Egészségügyi Minisztérium az Orvosi Rendtartást, amely természetesen tükrözi az akkori kor szellemét, és amely többek között az orvosok kötelességeit és azok megszegésének büntetéseit határozza meg. /6/ Néhány fejezetét idézem.

Az orvosnak a sajtóval kapcsolatos magatartási kötelezettsége.

Az orvosnak a dolgozók egészségügyi ellátásával kapcsolatos magatartásbeli kötelezettségei.

Orvos etikai bizottságok.

Az orvosok fegyelmi kötelezettsége.

Az orvosok fegyelmi szabályzata.

A gyógyító tevékenységgel kapcsolatos ajándék tiltott elfogadása miatt büntető eljárás indítása.

Ezt a Rendtartást a diplomával csaknem egy időben megkaptuk.

Az 1972. évi II. Törvény az egészségügyről 90. § szerint „Az Orvos - Egészségügyi Dolgozók Szakszervezetének orvosetikai bizottságai örököndnek az orvosi hivatás tisztasága felett.” A Magyar Országgyűlés 1989 decemberében módosította ezt a paragrafust a következőképpen: A Magyar Orvosi Kamara Etikai Bizottságai örököndnek az orvosi hivatás tisztasága felett, elmarasztalják azokat az orvosokat, akik a szakma erkölcsi szabályait vagy esküjüket megszegik. Védelmezik a hivatásuknak megfelelő magatartást tanúsító orvosokat.” / 7 / 1990-ben létrejött a Magyar Orvosi Kamara Etikai és Fegyelmi Bizottsága, hogy ezt a törvény adta feladatát teljesítse. / 8 /.

A következő évben a bizottság kettévált. Az Etikai Kollégium minden Magyarországon dolgozó orvosra kötelező állásfoglalásokat hozott létre, az

orvosetikai bizottságok pedig ezek alapján döntöttek, hogy a feljelentett orvos megszegte-e az orvos etikai szabályokat, vagy nem. Az orvosetikai bizottságok eljárási szabályait az Országos Etikai Bizottság határozta meg.

Az Országgyűlés 1994. április 5-én kihirdetett 1994. évi XXVIII. törvénye a Magyar Orvosi Kamaráról 9. § / 1 / pontja szerint „A Magyar Orvosi Kamara legfőbb képviseleti szerve a helyi kamarák választott küldötteiből álló közgyűlés, melynek kizárólagos hatáskörébe tartozik a Magyar Orvosi Kamara Alapszabályának, illetve etikai statútumának megalkotása és módosítása ...”

A 2. § c pontja szerint: Az orvosi hivatás gyakorlására vonatkozó szakmai magatartási szabályokat, etikai statútumot alkot, és az e törvényben meghatározott esetekben, etikai eljárást folytat le.

Az Etikai Kollégium állásfoglalás-tervezeteket készített, amelyeket mondatról mondatra megvitatott a Képviselő Testülettel. A Képviselő Testületet a kamara alapszerveinek elnökei alkották. Az állásfoglalás-tervezet akkor vált minden orvos számára kötelező érvényűvé, ha azt a Képviselő Testület jóváhagyta. Ennek megfelelően a Kollégium a következő 24 állásfoglalást készítette el /9/:

- I. Az orvosi ténykedések hirdetéséről.
- II. Véleménynyilvánítás más orvos tevékenységéről.
- III. A tudományos közlések moráljáról /a szerzőség kérdései/.
- IV. A betegek tájékoztatásáról.
- V. A szakvizsgálatok és konzíliumok etikája.
- VI. Az eutanáziáról.
- VII. Az orvosi beavatkozások előtti beleegyező nyilatkozatról /informed consent/.
- VIII. Az egészségügyi intézmények /kórházak/ privatizálásáról.
- IX. Az orvosi kutatás és véleménynyilvánítás szabadsága és a gazdasági érdekek viszonyáról.
- X. A gazdasági megszorító intézkedések orvosetikai vonatkozásai.
- XI. Az orvos kereskedelmi tevékenységének orvosetikai vonatkozásai.
- XII. Az egészségügyi dolgozókat megillető kedvezményekről.

- XIII. A választott tisztségviselők felelősségének etikai vonatkozásai.
- XIV. Az orvosi titoktartásról.
- XV. Az orvosi dokumentációról.
- XVI. Az orvosi díjtételekről.
- XVII. Az orvosi hálapénz etikai kérdései.
- XVIII. A szaktudás erkölcsi jelentősége.
- XIX. Az orvosi címek használatáról.
- XX. Az orvos-gyógyszerész anyagi kapcsolatainak etikai kérdései.
- XXI. Az intézményi címek használata.
- XXII. A szervátültetések etikai kérdései.
- XXIII. Az orvos- és betegválasztás szabadsága.
- XXIV. Az orvos kapcsolata más egészségügyi dolgozókkal.

Ezen állásfoglalások alapján készült el az Etikai Kódex tervezete, melynek teljes szövege országos vitára bocsájtás céljából megjelent a Magyar Orvos mellékleteként, amelyet minden orvosnak elküldtünk. /10/ A Kollégium nagyon sok levelet kapott, melyekben módosításokat, új részletek bevonását, más részletek elhagyását javasolták. A Kollégium ezek figyelembevételével készítette el a Kódexnek a közgyűlés elé terjesztendő szövegét. A Kódex szövegének összeállításában mind az Elnökség, mind a Kamara Elnöke minden támogatást megadott.

A Kódex tervezett szövegét jóváhagyás végett az 1998 március 21-i Közgyűlés elé terveztük terjeszteni. Mivel a népjóléti miniszter törvényességi felügyeletet gyakorol a Kamara működése felett, a tervezett szöveget elküldtük részére. A miniszter 1998. február 21-én kelt, március 3-án érkezett, a Magyar Orvosi Kamara Elnökének írt ötoldalas levelében alkalmatlannak ítélte a szöveget, több részt feleslegesnek, a rövidesen hatályba lépő egészségügyi törvénnyel ellentétesnek talált. /11/ Vitára bocsájtás előtti átdolgozását írta elő.

Több, mint érdekes, hogy a miniszter részéről soha nem jött kifogás a Kollégium 24 állásfoglalása ellen, amelyek alapján a kódex szövegét összeállítottuk, és amelyek alapján évek óta az etikai bizottságok határozatokat hoztak. Az elkészült, de még hatályba nem lépett Egészségügyi Törvény néhány része csaknem egyezett a kódex tervezett szövegével, ezért ezeket a miniszter feleslegesnek és kihagyandónak ítélte meg.

Egy másik kifogás az volt, hogy gyakran írtunk arról, mihez van joga a betegnek, pl. a részletes tájékoztatáshoz, vagy a konzílium kéréséhez, vagy bizonyos kezelések elfogadásához stb. A Kódexben nem szerepelhet a jog, mert az a törvény jogköre. Ezt a hibát gyorsan és könnyen kijavítottuk. Az „a betegnek joga van” helyett az „az orvos kötelessége” kifejezést használtuk, pl.: „az orvosnak kötelessége a beteg részletes felvilágosításban részesíteni”.

Az átdolgozásra és az átdolgozott szöveg jóváhagyására három hét sem állt rendelkezésünkre a Közgyűlés kezdetéig. Abban az évben a Közgyűlés egyik feladata volt megválasztani az új Etikai Kollégiumot és ennek új elnökét. Ha addig nem sikerül a Kódex szövegét a Közgyűlés elé vinni, a Kódex megjelenésének időpontja teljesen bizonytalanná vált volna. Megfeszített munka eredményeként az átdolgozott szöveget három nappal a Közgyűlés előtt a Népjóléti Minisztérium tárgyaló csoportjával egyeztetettük. /12/ Miniszter úr ezután részt vett a Kamara elnökségi ülésén, ahol kezdetben ellenezte, majd hosszabb, néha éles vita után elfogadta a Kódex átalakított szövegét, bár nem értett minden részletével egyet.

Így a Magyar Orvosi Kamara Közgyűlése 1998. március 21-én jóváhagyta a Kódexet, amely 1998. június 1-én hatályba lépett. A Kódex könyv formájában 38000 példányban jelent meg. A Kamara Elnöksége úgy határozott, hogy a területi kamarák saját költségük terhére minden tagjuk részére vegyék meg 450 Ft-ért. Sajnos több területi kamara ezt a határozatot nem teljesítette, ezért a Kódex nem jutott el minden orvoshoz. Nagyon szomorú, hogy a megmaradt Kódexek később zúzdába kerültek.

Az újonnan választott Etikai Kollégium dr. Ulbing István elnök vezetésével legfőbb feladatának tekintette az érvényes Etikai Kódex bővítését. Az első Kódex nem foglalkozott minden szükséges etikai kérdéssel, mert sietnünk

kellett, hogy elkerüljük az alkotmányos mulasztást. Mint az új Kollégium tiszteletbeli elnöke tanúja voltam annak a hatalmas és szakszerű munkának, amelyet a Kollégium négy éven át végzett. Új állásfoglalásokat készített, amelyeket a Képviselő Testület 2002 márciusában elfogadott.

2000/1. Az orvosok által végezhető túlmunkáról.

2000/2. Az orvosi állás betöltésének etikai szabályairól.

2000/3. A Kamara stratégiai célkitűzéseiről.

2000/4. Az orvos gondoskodási kötelezettségéről.

2000/5. Az orvostól elvárható tudás mértékéről.

A tervezett új Kódex néhány fejezete, amelyek nem kerültek a Képviselő Testület elé:

Az orvosi hivatás általános etikai követelményei.

Gyógyszer, gyógyászati segédeszközök rendelése.

A megtermékenyítés segítése.

Prenatális diagnosztika.

Az orvos és a természetgyógyász kapcsolata.

Az orvosok jogai.

A tanácskozások etikai követelményei.

A kamarai választások etikai szabályai.

A választott kamarai tisztségviselők felelőssége.

Nem az Etikai Kollégiumon múltott, hogy az új Etikai Kódex nem kerülhetett a 2002-es Közgyűlés elé jóváhagyás céljából. Ennek okait a Kollégium elnöke a 2002 december 14-i kollégiumi ülésen így foglalta össze /13/ : „A kibővített Etikai Kódex munkálatait 2000. év elejére befejeztük, ezt követően a Kódex tervezetét vitára bocsájtottuk, és a javaslatokat beépítettük a Kódexbe. A kamara elnöksége többszöri kérésünk ellenére másfél évig nem foglalkozott az Etikai Kódexszel, majd a kamara elnöke befolyását felhasználva olyan koncepcionális változásokat eszközölt a szövegben, amelyeket a Kollégium nem fogadhatott el. Mivel a Közgyűlés jóváhagyta az elnök (elnökség) javaslatait, ezért a Kollégium

az Országos Etikai Bizottsággal együtt úgy döntött, hogy az Etikai Kódex tervezetét visszavonja. [...] Az elnökség olyan Etikai Kódex megfogalmazását kérte, amely szentesíti az orvostársadalom mostani etikai állapotát, és egyes esetekben igazolja s menti az elmarasztalható orvosi tevékenységet [...] Az Etikai Kollégium ezt a szemléletet, az orvosetikának ilyen mérvű devalválását sohasem fogadhatja el.” A Képviselő Testület végül egy olyan megkurtított, belső logikájától és szellemiségétől megfosztott Etikai Kódex szövegét fogadta el, amely visszalépést jelentett volna a jelenleg hivatalos Kódexhez képest .

A 2002-es választáson a Kollégium elnöke a kudarc miatt nem is indult.

A Közgyűlés prof. dr. Papp Lajost választotta meg az Etikai Kollégium elnökévé. Ő is első feladatának tekintette az új Etikai Kódex megalkotását. Ezt a munkát egyik munkatársa segítségével nagyon gyorsan el is végezte. A szöveget dr. Sólyom László alkotmányjogásznak is megmutatta, észrevételeit megfogadva a szöveget a Kollégium elé terjesztette. A Kollégium ülésén nem tudott megjelenni, ezért a vitában nem vett részt. A rendkívül rövid, sok lényeges etikai kérdést nem érintő szöveget a Kollégium nem tudta elfogadni, ezért elnöki tisztségéről lemondott.

Bár nem tartozik szorosan az Etikai Kódex előzményeihez, de úgy gondolom, érdemes megemlíteni, hogy 2007-ben az egészségügyi miniszter, dr. Molnár Lajos kiadott rendelete „az egészségügyi dolgozók rendtartásáról” lényegében hatályon kívül helyezte a Kamara Etikai Kódexét. A rendtartás etikai vonatkozású szövege csaknem egészében összhangban volt a Kódexszel, bár néhány része nem volt egyértelmű. Pl.:

I . 7. „Az egészségügyi dolgozók nem használhatják fel sem szaktudásukat, sem helyzetüket arra, hogy a beteggel való kapcsolatukból személyes előnyt tisztességtelenül szerezzenek.” Mi a tisztességes és a tisztességtelenül szerzett személyi előny? A rendtartás életbe lépésével a MOK Etikai Bizottságainak jogköre csaknem a nullára csökkent. Ennek részletezésére és a korábbi állapot visszaállítására nem térek ki, mert ez nem tartozik ezen írás témájához.

A MOK új elnökének Dr. Éger Istvánnak etikai szemlélete nem különbözött az Etikai Kollégiumétól, ezért a Kollégium folytathatta a korábban visszavont Kódex szövegének pontosítását. A munkába meghatározó módon

bekapcsolódott a MOK jogtanácsosa, Dr. Jagodics László, az Országos Etikai Bizottság elnöke, Dr. Harsányi László, és a Magyar Orvosok Szövetsége részéről Dr. Gyenes Géza.

Az új Etikai Kódex szerkesztésénél figyelembe vettük az 1998-as Etikai Kódex és a 2004-ben tervezetnek maradt Etikai Kódex anyagát. Az új Kódexben más betűkkel írtuk az előző Kódexből szó szerint átvett mondatokat. A Közgyűlés 2011. szeptember 14-én elfogadott Kódexe 2012. január elsején lépett hatályba.

A Kollégium szerette volna, hogy az előző Kódexhez hasonlóan ez is könyv alakjában jelenjen meg. Sajnos ez nem valósult meg. A Kamara elnökségének az volt a véleménye, hogy az Internetről minden orvos letöltheti. Hosszabb vita után egy köztes megoldás született: az Orvosok Lapja 2014. 3-10. számában megjegyzésekkel közölte a Kódex teljes szövegét.

Írásomat egy megválaszolhatatlan kérdéssel fejezem be: Vajon hány orvosnak van meg az Etikai Kódex szövege?

Irodalom

1. A hippokratészi orvosi eskü szövege. Antalóczy Zoltán, *Kardiológia*. Medicina, Budapest 1983. 23. old.
2. Orvosi Rendtartás . Id. dr. Imre József, *Orvosi Ethika*. Studium, Budapest, 1925. 280. old.
3. Id. dr. Imre József, *Orvosi Ethika*. 9. old.
4. Az 1936. évi I. törvénycikk Az orvosi rendtartásról.
5. Az Országos Orvosi Kamara hivatalos kiadványa. „Az orvosi gyakorlatra vonatkozó szabályzat és az orvosi díjazás legkisebb mértékére vonatkozó szabályzat. 1939.
6. Orvosi Rendtartás. 1959. Tartalomjegyzék.
7. Az 1972. évi II. törvény az egészségügyről.
8. A Magyar Orvosi Kamara évkönyve, 1990. 15. old.
9. Gaizler Gyula, *A bioetika alapkérdései*. EFO, Budapest, 1997. 342-367.
10. Magyar Orvos. Melléklet 1998.
11. Népjóléti miniszter 40034/1998. sz. leirat Dr. Gógl Árpád úrnak.
12. Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexéről 1998 március 13.-án tartott üléséről emlékeztető. Népjóléti Minisztérium XVIII / 298 / 98.
13. Jegyzőkönyv a Magyar Orvosi Kamara Etikai Kollégiumának 2002. 12. 4. -i üléséről.
14. 30/20107/VI.22 / Eü. M. rendelete az egészségügyi dolgozók rendtartásáról

BLASKOVICH ERZSÉBET
**A VEZETŐ HALÁLOKI KÓRKÉPEK ÚJABB TERÁPIÁS
 LEHETŐSÉGEI VERSUS EUTANÁZIA**

1. Az orvosok és az eutanázia

A többféle értelmezést hordozó eutanázia fogalom pontos definiálására törekvéssel a MOK új Etikai Bizottságán belül előtérbe került a betegek halálba segítésének retorikája,¹ mely az életvégi ellátások egyik alternatívájaként tekint erre az – orvos-szakmailag, bioetikailag, jogalkalmazási tekintetben, morális és religiózus vonatkozásai miatt is – Magyarországon számos alkalommal elutasított életellenes cselekedetre.²

„Az eutanázia a terminális állapotú beteg halálának az orvos által szándékosan vagy előre látottan, tettel vagy mellőzéssel, a beteg kérésére történő előidézése.” – ezt a definíciót említi a cikk, ám ez a definíció sem fogja át az orvos általi halálba segítés szerteágazó gyakorlatát. Pl. nincs mindig terminális állapotban a beteg, azaz nem mindenki haldoklik, akit eutanázia címén megölnek, ld. demens öregek halála Hollandiában.³ Felmentették az orvost, aki „halálba segített” egy súlyosan demens beteget. A hágai bíróság minden vádat ejtett a holland orvos ellen.⁴ Ez azért megdöbbentő, mert ez az eljárás már az emberiség elvét⁵ is sértő cselekedet, és nem egyedi esetről van szó.

Sokszor nem a beteg kérésére történik a halálba küldés, hanem családtag kezdeményezésére is leállítható a kómás betegek gépi lélegeztetése vagy mesterséges táplálása. Meghalt a kómában lévő férfi, akinek felesége évekig harcolt az eutanáziáért.⁶ A férfi 2008-as motorbalesete óta volt kómában. A bíróság végül hozzájárult a mesterséges táplálás megszüntetéséhez. A kómás betegeket életben tartó gépi lélegeztetés vagy mesterséges táplálás

¹ Kőműves Sándor, *A MOK Etikai Kódex eutanáziával kapcsolatos pontjainak értelmezése* http://otszonline.hu/cikk/a_mok_etikai_kodex_eutanaziaval_kapcsolatos_pontjainak_ertelmezese

² Blaskovich Erzsébet, „Az eutanázia és a keresztény bioetika”, in Filó Mihály (szerk.), *Párbeszéd a halálról - Eutanázia a jogrend peremén*. ELTE, Budapest, 2011, 193-204. o.

³ Weborvos: *Hollandiában engedélyezték a demens betegek eutanáziáját* <https://weborvos.hu/hirek/hollandiaban-engedelyeztek-az-eutanaziat-a-demenseknek-is-258884.>

⁴ Pintér Luca, „Nem emlékezett rá, hogy eutanáziát kért, az orvos mégis beadta a halálos injekciót”, *Index*, 2019. 08. 27. https://index.hu/kulfold/2019/08/27/orvos_eutanazia_beteg_alzheimer-kor/

⁵ Emberiségvs elve: emberséges bánásmód valamennyi emberi lényel minden körülmények között; az emberéletek megmentése és bárminemű szenvedés enyhítése, ugyanakkor az egyén tiszteltben tartása. EUR-Lex: Humanitarian Aid and Civil Protection, <https://eur-lex.europa.eu/summary/chapter/04.html>

⁶ „11 év vegetatív állapot után meghalt Vincent Lambert”, *ATV*, 2019. 07. 11.

<http://www.atv.hu/kulfold/20190711-11-ev-vegetativ-allapot-utan-meghalt-vincent-lambert/hirkereso>

megszüntetése⁷ a fulladásos- ill. éhhalál rettenetes szenvedését okozza, sokszor napokig elhúzódó agóniát provokálva. Ez az eljárás különösen kegyetlen, mert számos példa van arra, hogy vigil kómából visszatérnek a betegek. Visszanyerte eszméletét egy 15 éve vegetatív állapotban lévő 35 éves francia férfi, aki egy gépkocsibaleset miatt került kómába.⁸ A németországi Bad Aiblingben lévő klinikán magához tért az az arab származású nőbeteg, aki 28 évig volt éber kómában autóbalesete után.⁹ Az évekig elhúzódó neurológiai regenerációs folyamat az agyi redundancia végtelen lehetőségeivel magyarázható, de speciális rehabilitációs kezelés kell ahhoz, hogy az izmok, inak és ízületek funkcióképesek maradjanak, és az életfontos szervek működése mellett az agyműködést serkentő intenzív inspirációra is szükség van: zenehallgatás, társalgás, mobilizálás a szabadban, speciális műszerek használata, stb.

Ismertté vált az elmúlt 20 év eutanázia-gyakorlatából, hogy több fiatal pszichiátriai beteg életét is kioltották már saját kérésükre. „Dönteni életről, halálról” címmel nagy port kavart a hazai és nemzetközi sajtóban egy 17 éves holland tinédzser esete, aki több évi pszichés szenvedés és több mint 30 kórházi kezelés után kérelmezte a megváltó halált, holott a kóros elmeállapot döntésképtelenségnek számít, nem beszélve az egyre hatékonyabb antipszichotikumokról, melyekkel ma már stabil állapotban tarthatók a legsúlyosabb elmekórtani esetek is.¹⁰ Belgiumban „két év alatt 77 beteg kérte az eutanáziát mentális betegség, például személyiségzavar, depresszió, nyugtalanság vagy skizofrénia miatt. Nagy részük 60 és 80 év közötti volt, de három esetben 18 év alatti (9, 11, 17 éves) gyerekekről volt szó. Száz év feletti 18 fő szintén az eutanáziát választotta depresszió miatt.”¹¹

Néhány éve olyan eutanáziára is fény derült, hogy sem életet veszélyeztető, sem fájdalmas folyamat nem állt fenn, még csak idősök sem voltak azok a siketként született ikrek, akik 45 éves korukig cipészként együtt dolgozva éltek életüket, de miután megtudták, hogy a szemük is hamarosan végleg elromlik, a halált

⁷ Blaskovich Erzsébet, „A kómás betegek élete és halála”, *Magyar Bioetikai Szemle*, 2008/3-4. 125–129. o.

⁸ „Visszanyerte eszméletét egy 15 éve kómában lévő férfi”, *24.hu*, 2017. 07. 26.; <https://24.hu/elet-stilus/2017/09/26/visszanyerte-eszmeletet-egy-15-eve-komaban-levo-ferfi/>

⁹ „28 év után ébredt fel a kómából az asszony”, *Nők Lapja Café*, 2019. 04. 23.; <https://nlc.hu/egeszseg/20190423/koma-cbredes-28-ev-utan/>

¹⁰ Dezső András, „Nem volt halálos beteg a lány, de jogában állt meghalni”, *Index*, 2019. 06. 05.; https://index.hu/kulfold/2019/06/05/noa_pothoven_eutanazia_hollandia_tinedzser/

¹¹ Magyar Kurír: *Drámai adatokat tettek közzé Belgiumban az eutanáziáról* 2018. augusztus 14. (az *Osservatore Romano* cikke nyomán); <https://www.magyarKurir.hu/hirek/dramai-adatokat-tettek-kozze-belgiumban-az-eutanaziarol>

választották.¹² Érthetetlen, hogy nem voltak senkinek olyan fontosak, hogy szeretetteljes segítséget tapasztalva jobb belátásra jutottak volna, hiszen ma már a hallás és a látás is eredményesen javítható. (És a vakság még nem is következett be az eutanáziáig.)

A bevezetőben idézett elaboratum mondanivalójának lényege: „az élet szentségének elve felett bizonyos esetekben előnyt élvezhet az életminőség elve (ami az eutanáziapártolók egyik princípiuma)”. Az élet szentsége kifejezésen az élet minden áron való megmentését értik általában, ami elveszíti prioritását, ha megoldhatatlannak látszó nehézségek, gondok, megpróbáltatások jelentkeznek. Tehát „inkább a mesterséges halál, mint a szenvedés”, sulykolják először a propagandisták, majd átkerül a jogalkotás, végül a napi gyakorlat szintjére. Ám éppen azért nem lehet egyszerűen definiálni az eutanáziát, mert olyasmit szeretnének leírni szakszerűen, jogszerűen és magától értetődő igazsággént sugallva (azaz a beteg érdekében történő, más megoldás hiányában szükséges beavatkozás látszatával), ami nem igaz. Ugyanis a halálba segítés helyett mindig lehetne valami emberhez méltó, szeretetteljes megoldást találni, nem a kivégzést. Az viszont igaz, hogy segíteni nehezebb. Sok áldozattal járna a család, az egészségügy, és a finanszírozó részéről is. (A megbiztosítók érdeke az eutanázia mellett szól.) Nem véletlenül ébrednek fel a törődéssel, szeretettel, magas szakmai színvonalon gondozott kómások. Az sem véletlen, hogy a családtagok, jó ismerősök által szeretettel körülvelt öreg és beteg emberek nem esnek áldozatul a „jó halál” hamis illúziójának, bár, ahogy Willem Eijk holland bíboros mondta az eutanázia törvényre: „Ha nyitva hagyod az ajtót, az egyre jobban kinyílik.” A 2001-es holland eutanázia-törvény óta 8 országban és az USA 6 államában szabad halálba segíteni a betegeket.¹³ Az *Osservatore Romano* vatikáni napilap cikke a Magyar Kurír tolmácsolásában¹⁴ arról is tudósít, hogy 2002 szeptemberétől, a belga eutanáziatörvény életbelépésétől folyamatosan növekszik az eutanázia által meghaltak száma ebben az országban: 2004-ben 349, 2016-ban 2028, 2017-ben 2309 esetről számolnak be a dokumentumok.

A két utóbbi évben 4337 eset történt, eszerint tehát naponta 6–7 ember hal meg eutanázia következtében Belgiumban, az exitusok 15 százaléka a „rövidtávon”, vagyis heteken vagy hónapokon belül bekövetkező halál volt. A

¹² „A siket ikerpár eutanáziát választott vakság helyett”, *Velvet*, 2013. 01. 15. <https://velvet.hu/sztori/2013/01/15/a-siket-ikerpar-ongyilkos-lett-mielott-megvakult-volna/>

¹³ Hollandia, Belgium, Luxemburg, Svájc, Németország, Kanada, Uruguay, Kolumbia és az USA 6 állama (Oregon, Vermont, Washington, Montana, Kalifornia, Colorado)

¹⁴ Ld. a 11. lábjegyzetet!

palliatív kezelés szempontjából – melynek célja, hogy csökkentse a betegek szenvedését, és a lehető legjobb életminőséget biztosítsa –, e betegek érdekében sok mindent lehetett volna tenni a halálba küldés helyett, állapítja meg az újságcikk. Ezt hangsúlyozzuk saját több évtizedes orvosi tapasztalatunk alapján mi is.¹⁵

Az eutanáziára jelentkezők betegségeinek nagy része (64 %) daganatos eredetű, de folyamatosan növekszik a hatványozott problémákkal (keringési, légzési és anyagcsere-zavarokkal) küzdő idős emberek száma is. A jelentés szerzői szerint az eutanázia gyorsan növekedni fog a várható élettartam emelkedésével, valamint annak következtében, hogy az időseket meggyőzik arról, hogy „álljanak félre”, ha már túl költségesek válnak a nyugati egészségügyi rendszer számára. Belgiumban azonban egyre több orvos ellene van annak, hogy az eutanáziát azonosítsák az élet végének kezelésével, mert az emberi élet kioltását az orvosoktól várják, de ők nem akarnak ítéletvégrehajtók lenni.

A történelemből ismert, hogy II. Frigyes porosz király (1712-1786) udvari orvosaként a koblenzi hóhért alkalmazta,¹⁶ amit a hóhér gyógyító ismeretei magyaráznak. Ám az, hogy magasan képzett, gyógyításra esküt tett orvosok hóhéreként vegyék el a betegek életét, vagyis az emberiség és az emberiség elleni büntett elkövetői legyenek egyre többször, rémítő. A középkorban a hóhérok zárt közösségekben éltek, egymás közt házasodtak, és nem barátkozott velük senki, a többi ember irtózással tekintett a hivatásos gyilkosokra. Az eutanáziát végrehajtó orvosokra is ez a sors vár. Mert ki tud elvonatkoztatni attól, hogy olyan orvossal áll szemben, aki ölni hajlandó? Ki bízza ezek után az életét rájuk? Mit szólnak a kollégák? Akikre igencsak rossz fényt vet az életmentésre esküt tett „kivégző szakorvos”! És a családja? Amely szenved az alkoholizmusa vagy drogabúzsusa vagy antidepresszánsai miatt, mert csak így hallgatható el a lelkiismeret lázadása? Az emberi élet szentsége nem humanista szlogen, ami értelmezés kérdése, hanem hittétel, ami kőbe vésve hirdeti Mózes óta, hogy ne ölj!¹⁷ Isten teremtményei vagyunk! Aki számon tart

¹⁵ Blaskovich Erzsébet – Iván László, *Idős betegek és haldoklók ellátása Kalkuttai Teréz Anya szerint* (gero-
thanatológiai szakkönyv) Egészségügyi Minisztérium, Budapest, 2002. (2. kiadás)

¹⁶ Gelencsér József, „Az ítéletvégrehajtó kötele. Jogszokás, néphit, praxis”, in *Alba Regia 45. A székesfehérvári Szent István Király Múzeum évkönyve*. 2017

¹⁷ „Alászálltál a Sínai-hegyre, s beszéltél velük az égből. Igazságos rendelkezéseket, biztos törvényeket, nagyszerű parancsokat és előírásokat adtál nekik. Megismerttetted velük szombatodat, utasításokat, parancsokat és törvényt adtál nekik, Mózes szolgád által.” Neh 9,13-14; Szent István Társulati Biblia <https://szentiras.hu/SZIT/Neh9>

„A ládában nem volt más, csak az a két kőtábla, amelyet Mózes tett bele Hórebnél, ahol az Úr az Egyiptomból való kivonulásuk alkalmával szövetséget kötött Izrael fiaival.” 2Krn 5,10; Szent István Társulati Biblia, <https://szentiras.hu/SZIT/2Kr%C3%B3n5>

mindent és mindenkit. Megmondta, hogy „mindennek megvan az órája, és minden szándéknak a maga ideje az ég alatt”.¹⁸

Meg kell jegyezni bizonyos félreérthetőség miatt, hogy az „életszentség” és az „élet szentsége” két külön fogalom, vigyázni kell a használatával. Példa: *Kalkuttai Teréz Anya már fiatalon az életszentség hírében állt, sokat harcolt az élet szentsége védelmében az abortusz ellen. Az eutanáziáról azt mondta, hogy csak azok vágnak meghalni, akiket nem szeret senki. Az „életszentség” a hősies fokon istenszerető szent emberek életére használt kifejezés, az „élet szentsége” pedig tabu, amelyet tiszteletben kell tartani, mert a Teremtő egy tökéletes törvényszerűségi láncba állította a természetes élet és a természetes halál kérdéskört, ami biztonságot és folyamatosságot jelent, úgy hívjuk, hogy demográfiai egyensúly.*

2. A társadalmi-gazdasági érdekek és az eutanázia

A rettenetes 20. század közepe óta a teremtett világ törvényszerűségeit félretéve, csak a pénzügyi-anyagi érdekekre tekintettel jogilag és intézményesen szabaddá vált a megszületendő utódok elpusztítása az anyaméhben, vagyis az abortusz. Az emberek életét szabályozó demográfiai egyensúly ezzel megszűnt: a legalizált abortusz országokban nem születik elég gyermek, az idősek és betegek túlsúlya a 21. század elejére már nyilvánvalóvá vált. A társadalom számára legnagyobb terhet jelentő súlyos betegek és legyengült idősek elpusztítására bevezették az eutanáziát. Az a generáció vált először az eutanázia martalékává, amely az abortuszt legalizáltatta. A mára már megöregedett „múlt századi felvilágosultak” rájöttek, hogy nagy a baj, mert hiába terjed az eutanázia, a demográfiai krízisre csakis a gyermekáldás lenne a megoldás. Ám ettől már szervezett előrelátással elvették a fiatalok kedvét (pl. a gyermekvállalás és a gyermeknevelés borzalmairól, boldogtalan házasságokról, a pillanatnyi élvezetek előnyéről, a vallásosság hiteltelenségéről, a gender-ideológia különlegességéről készült filmekkel, könyvekkel, újságokkal, egyszóval célzott propagandával) és elvették sok esetben a lehetőségeit is (pl. a nemi élet szabadságának hormonális biztosításával okozott meddőséggel). Az égető munkaerőhiányt megoldandó, elkezdték támogatni a migrációt. A migránsok azonban saját életüket kívánják élni, nem akarnak szokásaikon változtatni, sőt terrorcselekményekkel fejezik ki

¹⁸ Préd 3,1; Szent István Társulati Biblia, <https://szentiras.hu/SZIT/Pr%C3%A9d3>

a – szerintük „hedonista” – Nyugat iránti megvetésüket. Egyre világosabb, hogy jobb lett volna a zsidó-keresztény értékrend mentén sok szép és erős fiatal nevelni Isten dicsőségére: „mint a hajtások az olajfát, gyermekeid úgy veszik körül asztaledat”.¹⁹

Az ellehetetlenülő betegek és idősek életének befejezését egyre leplezetlenebb gazdasági érdekek motiválják. Részletes leírását találjuk ennek Timothy Devos *Eutanázia, a színpalak mögött* című könyvében, mely az *ott dolgozók gondolatai és tapasztalatai alapján íródott. Az emberek elkezdtek lázadni a dekriminalizált, banális rutinként terjedő eutanáziaváltozatokkal szemben. (A könyvet levették a netről: „...az európai uniós adatvédelmi törvény értelmében eltávolítva.”)*

Spanyolország 2018-ban nemmel szavazott az eutanáziára, pedig óriási politikai lobbis állt a kampány mögött. A többségében vallásos spanyol nép istenfélelme azonban bölcsességgé érett, mert „[a] bölcsesség kezdete az Úrnak félelme”.²⁰

3. A jogalkotás és az eutanázia

Jelenleg a Magyarországon érvényes, egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény tiltja az aktív eutanáziát, a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény pedig a minősített esetek körében emberölésként értékeli, ami tíztől húsz évig terjedő vagy életfogytig tartó szabadságvesztéssel büntetendő. Ám a törvény biztosítja a betegnek azt a jogot, hogy akár életmentő vagy életfenntartó beavatkozás is visszautasítható legyen. Ez azonban nem passzív eutanázia, mert nem az orvos döntése, a felelősség a betegé és/vagy hozzátartozóié. Ilyenkor az ellátás visszautasítására szerkesztett nyomtatványra az kerül: „XY beteg *a kellő felvilágosítás ellenére, saját felelősségére* otthonába távozott, vagy az infúziós kezelést visszautasította, vagy endoscopy vizsgálatba nem egyezett bele, stb.”

Ez mindig így van, akkor is, ha nem haldoklóról van szó, esetleg csak egy vérnyomás-kiugrás miatt került egészségügyi intézménybe a páciens, de például zavarja a 24 órás Holter-monitor okozta kényelmetlenség. Mindig 2 tanú jelenlétében alá is kell írni a vizsgálatot vagy kezelést megtagadónak a dokumentumot.

¹⁹ Zsolt 128,3; Szent István Társulati Biblia, <https://szentiras.hu/SZIT/Zsolt128>

²⁰ Péld 1,7; Szent István Társulati Biblia, <https://szentiras.hu/SZIT/P%C3%A9ld1>

Az Alkotmánybíróság legutóbb 2014. július 14-i határozatával erősítette meg álláspontját ebben az életvégi kérdésben, és adott újra elutasító választ az aktív eutanáziát követelő beadványra.²¹

A MOK korábbi, jelenleg még érvényben lévő Etikai Kódexe összhangban van a hatályos törvényekkel. Leszögezi az élet védelme mellett, hogy a terápiás túlbuzgóság (nem szükséges fájdalmas beavatkozások erőltetése) épp olyan hiba, mint a foglalkozás körében elkövetett mulasztás. Minden beteg kórtörténete, egyénisége, neveltetése, hitének ereje, családi és szociális helyzete más és más. Az életvégi ellátásról korrekt döntést hozni személyre szabottan, méltányosan és a problémákat felvállalva, sokirányú szaktudással lehet. A halál a maga idejében el fog jönni, nem kell siettetni, véggépp nem lehet az életet senkitől szándékosan elvenni. Annál is inkább, mert egyre jobb kuratív és palliatív módszerek vannak arra, hogy a halálozási statisztikák lelegején álló szív és érrendszeri betegeket, vagy rákbetegeket élhető életre mentünk meg.

4. Az orvostudomány fejlődése és az eutanázia

A hosszú élet titkának kutatása az emberiség természetes életigenlését mutatja, ebből látszik, hogy korántsem magától értetődő a halálba kívánczóság, a halálba segítség igénye.

Például a szívelégtelenséget mint vezető halálokot (50% felett), melynek statisztikai mutatói egyes daganatos betegségek mortalitását is megelőzték a közelmúltig, számos hatásos, új módszerrel eredményesen javítani tudjuk. Így a legmodernebb vizsgálati módszerekkel (pl.: coronaria CT angiographia, 3D-ECHO, stb.), innovatív gyógyszerekkel (pl: cardioprotectiv hatással rendelkező vérnyomást, vércukrot, zsírsavakat normalizáló, egymással is kombinálható vegyületek), és sikeres műtéti megoldásokkal (pl. percutan coronaria stentelés akut koronária szindrómában, szívbillentyű plasztikák intravénás behatolásból-mellkasi műtét nélkül!) vagy műszeres beavatkozásokkal (többfunkciós, kis méretű, jól implantálható pacemakerok és defibrillátorok), újdonság az ún. „műszív” is, a VAD: ventricular assist device, mellyel sikeresen áthidalható olyan szívelégtelenség, amely a közelmúltig még halálos volt. Ismerjük a hazai szív-transzplantációk sikerét és emelkedő esetszámát is, mindehhez társul az

²¹ Az Alkotmánybíróság 2014.júli14-i határozata az aktív eutanázia elutasításáról Magyarországon. <http://public.mkab.hu/dev/dontesek.nsf/0/87C98062214A5083C1257ADA00524D96?OpenDocument>

egyre biztonságosabb per os antikoaguláció, megakadályozva az agyi történések elnyomorító következményeit.²²

A másik halált okozó betegségcsoport a rosszindulatú daganatok széles skálája. Ott ugyanúgy, mint a cardio-vasculáris körképeknél, teljesen új vizsgálati és terápiás módszerek, receptor analízis, géntechnikák, biológiai ill. immuntherápiák, endoscopos műtéti megoldások, fagyasztásos daganat-mentesítések indultak el, melynek hatására a rákbetegség diagnózisa *egy beteg számára nem halálos ítélet, hanem egy krónikus betegség kezdete csupán, amelyből meggyógyulhat.* Itt a *multidisziplináris* módszerek (onkológus, sebész, belgyógyász, rehabilitációs stb. szakorvos) jól összehangolt szervezettségével érhetők el látványos eredmények.²³

A diabetológiában, ami mindkét halálóki főcsoportban rizikótényezőnek számít, ugyancsak forradalmi változások tanúi lehetünk, pl. a cukorbeteg 5-6 évvel tovább élhetnek az új antidiabetikumokkal (DPP4 gátló, GLP-1 agonista, vagy SGLT2-gátló), a komplex hatású új gyógyszerekkel, melyek nem hizlálnak, nem okoznak hypoglikémiát, sem érfal-károsodást, és javítják a szív működést.²⁴

Nem meglepő, hogy személyiségvizsgálatokkal kimutatták:²⁵ a hosszú élet titka az optimizmus. Ennek fiziológiai háttere a stressz-kezelés módja. A stressz a veszély felismerése és elhárítása, normális esetben átmeneti, jó esetben rövid. Az állandósuló vészhelyzet-érzés sympaticotoniát okoz (állandó feszültség, izgalom, nyugtalanság), mely a szív-érrendszeri (magas vérnyomás, szívinfarktus), immunológiai (krónikus gyulladás, rosszindulatú daganatképződés), hormonális (pajzsmirigy túlműködés), neurológiai (reakcióidő-változás, memóriazavar, koncentrációképesség csökkenés) és pszichés (paranoia, depresszió) folyamatokat circulus vitiosusba hajszolva halálos veszedelmet jelent. Az optimizmus a fiatal, egészséges, szép és sikeres emberek esetenként túlzott önbizalmával nem tévesztendő össze. Az egész életen át tartó, „realista optimizmus”, melynek segítségével helyes probléma-felismerés, a nehézségek elhárítása vagy a megoldáshoz megfelelő segítség-

²² Hartvánszky István, Merkely Béla és mti „A felnőtt szív-átültetés fejlődése Magyarországon” Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika, Orvosi Hetilap 2018; 159(46): 1869–1875.

²³ Oncoteam... <https://rakgyogyitas.hu/onkoteam-az-onkologiai-munkacsoport-miert-kell-annyi-orvos-a-kezesi-tervez/>

²⁴ Clagget B, Lachin JM, Hantel S, et al. Long-Term Benefit of Empagliflozin on Life Expectancy in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus and Established Cardiovascular Disease Survival Estimates From the EMPA-REG OUTCOME Trial. Circulation 2018;138:1599–1601

²⁵ Elliot, J. Hope. In M. R. Cobb, Ch. M. Puchalski, B. Rumbold (Eds.), Oxford textbook of spirituality in healthcare (119-125). Oxford: OUP(2012).

kérés, az új helyzet átértékelése, a prioritások átrendezése sikerrel megtörténik, az istenhívő emberek között tapasztalható. A hit, a remény és a szeretet a három fő erény, mely az optimizmus – és ezáltal a hosszú élet – titka. Ha nem sodorjuk halált kívánó kétségbeesésbe öreg és beteg embertársainkat, ha szaktudásunkat nem az eutanáziára, hanem a szeretetteljes, biztonságot sugárzó kórházi légkör megteremtésére, a fájdalommentes, élhető időskori életvitel technikáinak, módszereinek átadására fordítjuk, és a hitélet gyakorlására alkalmat teremtünk, akkor talán mi magunk is egy békés öregkort megérve nyugalommal hajtjuk le fejünket a nekünk rendelt időben.

Végül egy olyan esetet mutatnék be, ahol az eutanázia-gépezet beindulhatott volna, ha ezt a törvények megengedik, de fel sem merült:

Hospice feladatokat is ellátó krónikus belgyógyászati osztályokat vezettem az elmúlt 25 évben (2 budapesti és 2 vidéki kórházban, átlagosan 300 fő/év beteglétszámmal, 20%-os halálozással, ami 25 év alatt legkevesebb 7500 beteget és 1500 exitust jelentett). Egyetlen beteg sem kérte, hogy segítsük halálba, de a fájdalommal, a kiszolgáltatott magatehetetlenséggel meg kellett küzdenünk. Az orvostudomány eszköztára messze meghaladja már a morfium-kérdést, számos gyógyszer, műszer és módszer áll rendelkezésünkre az állapotjavításhoz. A kettős hatás elve a jogi vonatkozású írásokban gyakran szerepel, igazából minden gyógyszerre vonatkozik, hiszen nincs gyógyszer mellékhatás nélkül. Hosszú tanulással megszerzett tudás és nagy tapasztalat birtokában a legnehezebb helyzetek is megoldhatók anélkül, hogy a beteg életét meg kellene rövidíteni.

Az idős betegek és haldoklók életvégi ellátásáról szóló, 2000-ben megjelent gerotanatólogiai szakkönyvünk²⁶ részletesen tárgyalja a szomatikus, pszichés, szociális és spirituális teendőket, melyekkel a testi és lelki fájdalom egyaránt oldható, a szeretetteljes, biztonságot nyújtó légkör megteremthető, a halálfélelem lelki békévé szelídíthető, és a hozzátartozók megpróbáltatásai is csökkenthetők. Az azóta eltelt húsz év megerősítette mindazt, amit akkor leírtunk, sőt a gyógyszeres és intervenciós medicina rohamos fejlődése az egyik legfontosabb eutanáziaellenes érveket erősíti napról napra: a tudomány fejlődésétől várható gyógyítási lehetőség mellett az élet idő előtti, mesterséges befejezése már sok betegségnél okafogyottá válik.

Az orvos nem filozófiai és még csak nem is jogi szempontok szerint dönt. Szakmai irányelvekben lefektetett, bizonyítékokra alapozott tudástár áll

²⁶ Ld. a 15. lábjegyzetben!

rendelkezésére. A szenvedés csillapítása csak részben gyógyszeres, az analgézia és anesztézia széles spektrumát jelenti, személyre szabott választással az alapdiagnózis, a stádium és a beteg adottságai szerint. Emellett roboráló tápoldatok és egyéni diéta, megfelelő folyadékpótlás és célzott readaptációs jellegű mozgásterápia, valamint a hangsúlyozottan szeretetteljes, nem csupán aranyoskodó, pláne nem lekezelő gondoskodás az orvosok, nővérek részéről. Mindennek lényege, a tünetek enyhítése mellett, hogy érezze a beteg, hogy fontos nekünk. Nincs egyedül, tapasztalja, hogy mindent megteszünk érte. A békés haldoklás ezen elemei mellett azonban a legfontosabb kapaszkodó a halál utáni életbe, az értünk megfeszített, megbocsátó és szerető Istenbe, a szenvedés érdemszerző erejébe vetett hit.

Egy példa a közelmúltból: 56 éves, fiatal kora óta erősen dohányzó egészségügyi asszisztensnő (manöken alkattal, természetes vörös hosszú hajjal ismertük), a hátsó garatívból kiinduló malignus szájüregi daganat miatt ismételten operálva, nazogasztrikus szondával (orron keresztül a gyomorba vezetett cső), hasúri áttét okán bélrezekciót követő anus praevel (hasfalra kivezetett végbélnyílás), 35 kilóval, teljes alopeciával (a parókat nem tűrte) érkezett osztályunkra, az őt rajongásig szerető férje és leánya (mindketten jogász végzettségűek) kíséretében. A hozzátartozók már próbáltak felkészülni az elkerülhetetlenre, de a beteg még küzdött. Mivel szakmailag átlátta a helyzetét, elsősorban az anus praetól szeretett volna szabadulni, ezért egyik sebészeti konzílium a másikat követte, a kollégák az onkológia felé terelték, újabb CT, MR történt, a progresszió egyértelmű volt. Műtét nem jött szóba. Külön engedéllyel és segítséggel kijárt az osztály teraszára dohányozni, naponta többször. Először stabilan, majd kapaszkodva, támogatva, kerekesszékekben ülve, nem hagyta el magát. Viziten mindent részletesen megbeszéltünk (a szájüregi műtétek és a nazogasztrikus szonda miatt alig lehetett érteni, mit szeretne, de kivártuk, míg elmondja, és törekedtünk a teljesítésre. Az infúziókat, tápoldatokat, fájdalomcsillapítókat hősiesen viselte. Amíg lehetett, a hétvégeken hazavitték.

Osztályunk Kalkuttai Szent Teréz Anya nevének, a folyosón felszentelt arcképeinek oltalma alatt és a szeretetszolgálatot végző világi rendtagok, valamint az osztályt rendszeresen látogató katolikus papok és más felekezetű lelkészek szolgálata alatt állt akkor is és áll jelenleg is. Amikor a lelkipásztori látogatás során a közös ima megkezdődött, ez a beteg mindig elhagyta a kórtermet, nem erőltettük, hogy maradjon. A férjétől úgy tudtuk, hogy katolikusok, de nem gyakorolják a vallást. Külön imát kértünk érte, és magunk

is hordoztuk a szívünkben, csodáltuk az élethez való ragaszkodását az ő halmozottan keserves állapotában. Három hónap telt így el, amikor egyszer azt láttuk, hogy bent maradt a kórteremben az atya látogatásakor, bár nem vett részt látszólag az imában, de hallgatta a szomszédait feloldozó áldást: „...bűneid bocsánatot nyertek, menj békével...” Következő alkalommal a bűnbánati liturgia után megáldozott, és elfogadta a betegek szentségét. Másnap békében természetes halált halt. A családtagok is, a barátok és munkatársak is békében fogadták a halálhírt, úgy érezte mindenki, hogy megtettük, amit szakmailag és emberileg lehetett. Teréz Anya vezette tovább.



HÁMORI ANTAL

**AZ „EUTANÁZIA” AKTUÁLIS KÉRDÉSEI
(ETIKAI, JOGI, TEOLÓGIAI ASPEKTUSOK)****1. Bevezetés**

Jelen tanulmány az „eutanázia” témájának jelentőségével, aktualitásával, definíciókra is kiterjedő kérdéskörével, az „eutanázia”-szabályozásokkal, gyakorlatokkal foglalkozik. Ennek keretében tárgyalja az életvégi döntések, az autonómia és életvédelem etikai, jogi, teológiai vetületét, a „passzív eutanázia” különböző meghatározásait, az „öngyilkosságban közreműködés”-t, az „eutanázia” kánonjogi fogalmát, minősítését, a világi joghoz képest fennálló különbségeit, a „magzati »eutanáziá«”-t, a hazai és külföldi szabályozásokat, gyakorlatokat. Azt a kérdést is igyekezve megfelelően megválaszolni, hogy mikor mértékletesek az „életvégi döntések”, mi az „autonómia” és életvédelem összhangja, mi a jó, mi a helyes – igazságos, méltányos, jogszerű, emberhez méltó (mi a „Ne ölj!”¹, az „élet szentsége” tartalma; vö. pl. „túlbuzgó gyógyítás” elutasítása).

2. Az „eutanázia” témájának jelentősége, aktualitása, kérdésköre

Az „eutanázia” az Európai Unióban, tagállamaiban, Magyarországon is, és más országokban jelenleg is nagyon jelentős, aktuális téma – a fogalmi meghatározás vonatkozásában is, a Magyar Orvosi Kamara Etikai Kollégiumának elnökét – 2020-ban – is foglalkoztatja.² A kérdéskör leginkább az élet és az önrendelkezés (autonómia) értéke, védelme, találkozása, illetve ütköztetése körül forog, a különböző álláspontok mozgatórugói alapvetően az emberről, az emberi méltóságról, az ember szabadságáról vallott eltérő felfogások. Az egyik nézet szerint az „ember” (az emberi *személy*), az ember-státusz nem függ például tudati szinttől, az az emberi fajhoz tartozás tényével adott abban az értelemben, hogy minden emberi lény ember, etikailag és jogilag egyaránt. Egy másik

¹ Ld. Kiv 20,13; 23,7; MTörv 5,17; Mt 5,21.

² Ld. pl. *Orvostovábbképző Szemle*, 2020. március 2., Hegedűs Zsolt elnök hozzászólása Kőműves Sándor cikkéhez:

http://otszonline.hu/cikk/a_mok_etikai_kodex_eutanaziaval_kapcsolatos_pontjainak_ertelmezese

felfogás ugyanakkor azt vallja, hogy az „ember” (az emberi *személy*), az emberstátusz az emberi lény bizonyos fejlettségi szintjéhez, annak eléréséhez, illetve fennmaradásához kötött, amely az életkor, a betegség, a haldoklás, szenvedés függvényében értetik. Olyan vélemény is létezik, az önrendelkezés szabadságára, az ahhoz való jogra, illetve az emberi méltóság tiszteletben tartásához való jogra hivatkozva, amely szerint az ember teljesen szabadon rendelkezhet az élete felett (például akár azért, mert idősként magányosnak érzi magát, illetve „elfáradt”), és ez az állam által is tiszteletben tartandó, olyannyira, hogy egy ilyen döntéshez még orvosi, gyógyszerészi segítséget is biztosítani kell.³ Ezen nagyon eltérő álláspontok tudományos körökben is tükröződnek,

³ A különböző álláspontokhoz ld. pl. Hámori Antal, „Az emberhez méltó »halál« megélése – A haldokló, szenvedő beteg életének és méltóságának tisztelete, védelme.” *Magyar Jog*, 2017/7–8. 487–504. [a továbbiakban: Hámori (2017/a); „Drion-pirulája”-ra és az azzal szembeni érvekre is kitérve]; Hámori Antal, „Az emberi élet és méltóság védelméről Julesz Máté könyve kapcsán.” *Magyar Bioetikai Szemle*, 2016/2. 8–30.; Hámori Antal, „Az »eutanázia« fogalmához.” *Magyar Jog*, 2010/9. 561–568. [a továbbiakban: Hámori (2010/a)]. Az emberi lény jogalanyiságát a születéshez kötő álláspontok ellentmondásos következményeihez (a „magzati »eutanáziá«”-hoz) ld. pl. Hámori Antal, „A még meg nem született emberi lény élete és a vele keletkezett fogyatékos gyermek emberi méltósága védelmének összefüggése – válasz az EBH 2015.P.11.-re.” *Jogtudományi Közlöny*, 2018/1. 46–52. [a továbbiakban: Hámori (2018/a), az EBH 2015.P.11. (tanácselnök: Havasi Péter) utáni vonatkozó – az EBH 2015.P.11. számú, véleményem szerint téves döntéssel részben ellentétes (csak az egészséges gyermek felneveléséhez képesti többletköltséget megítélő) – bírói gyakorlathoz ld. Hámori Antal, „A vele-keletkezett fogyatékos gyermek élve születése sem káresemény.” *A Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesületének Tudósítója*, 2018/3. 89–96.; az EBH 2015.P.11. számú döntéssel részben ellentétes álláspontot a Kúria korábbi, 2014. április 16-i, Pfv.20.800/2013/7. számú döntése (tanácselnök: Molnár Ambrus) is tartalmaz; Hámori Antal, „A még meg nem született emberi lény élete és a vele-keletkezett fogyatékos gyermek emberi méltósága védelmének összefüggése a mai magyar jogban.” In: Frivaldszky János – Tussay Ákos (szerk.), *A Természetjog Napja. Konferenciatanulmányok*. Budapest, Pázmány Press, 2017. [43–111.; a továbbiakban: Hámori (2017/a)] 92–111.; Hámori Antal, *A haldokló, beteg ember életének és méltóságának tisztelete az Egyház tanításában, Az »eutanázia« problémája erkölcsi-teológiai szempontból, profán szakirodalmi és jogi kitekintéssel*. Budapest, JEL, 2009. [a továbbiakban: Hámori (2009/a)] 184–186., 249–304. A „magzati »eutanáziá«”-hoz kapcsolódik: „[...] a genetikailag sérült magzatok abortusza szintén eugenikai beavatkozásnak nevezhető, hiszen ennek is az a célja, hogy megakadályozza egy testi vagy szellemi fogyatékossgal megszületendő csecsemő világrajöttét.” – Szebek Imre, „Az emberi génterápia etikai kérdései.” *Világosság*, 2005/1. (25–38.) 31. A „magzati »eutanáziá«”-val kapcsolatosan a bírói gyakorlatban megjelent ’perpatvar’-hoz ld. BDT 2004.1025. („A magyar jog tehát nem ismeri el a magzat alanyi jogát sem a megszületésre, sem arra, hogy művi beavatkozással az életét elvegyék. Ez utóbbi elismerése egyébként az aktív eutanáziához való jog legalizálását jelentené.”) vs. EBH 2005.1206. („E körben nem értelmezhető a jogerős ítéletnek az a fejtegetése, amely szerint a magzatnak feltételes alanyi joga nincs arra, hogy a magzati életétől megfossszák, illetőleg, hogy a magyar jog nem ismeri el a magzat alanyi jogát a megszületésre vagy arra, hogy művi

valamint a jogalkalmazók, illetve a jogalkotók előtt ugyancsak megjelennek.⁴ Különösen a politikában és az azt erősítő civil szervezetek körében fordulnak elő éles összecsapások, amelyek révén olykor inkább a hangosabb, az erősebb hallatja hangját jogszabályokban, és a szavazatoptimalizálás is jelentősen befolyásolja egy-egy kérdés kimenetelét (különösen a még meg nem született emberi lény kevésbé tudja hallatni hangját),⁵ vagyis nem biztos, hogy az

beavatkozással az életét elvegyék. Az pedig téves megállapítás, hogy az utóbbi elismerése egyébként az aktív eutanáziához való jog legalizálását jelentené.”)

⁴ A tudományos diskurzushoz az „eutanázia” és az öngyilkosság, önölés témájában ld. pl. ELTE ÁJK „Autonómia, életvédelem, jobbiztonság – az életvégi döntések szabályozása” című konferenciája, Budapest, 2019. január 30. (kötete megjelenés alatt); a MEÖT Szociáletikai Bizottságának, az MRE Doktorok Kollégiuma Rendszeres Teológiai Szekciójának, az EHE Rendszeres Teológiai és a DRHE Szociáletikai Tanszékeinek „*Ideje van az életnek és ideje van a meghalásnak*” című konferenciája, Debrecen, 2013. április 12.; ELTE ÁJK „Öngyilkosság és jogtudomány” című konferenciája, Budapest, 2011. november 18.; ELTE ÁJK „Az emberhez méltó halál” című konferenciája, Budapest, 2010. január 22–23.; Fazakas Sándor–Ferencz Árpád (szerk.), *Ideje van az életnek, és ideje van a meghalásnak... Életvégi döntések keresztyén etikai megközelítése*. Debrecen, Debreceni Református Hittudományi Egyetem Szociáletikai Intézete, 2014. 250; Filó Mihály (szerk.), *Halálos bűn és szabad akarat. Öngyilkosság a jogtudomány tükrében*. Budapest, Medicina, 2013. 315; Filó Mihály (szerk.), *Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén*. Budapest, Literatura Medica, 2011. 271; a még meg nem született emberi lény vonatkozásában ld. pl.: a MEÖT Szociáletikai Bizottságának és az MRE Doktorok Kollégiuma Rendszeres Teológiai Szekciójának „*Mielőtt megformáltak az anyaméhben*» (Jer 1,5). *Bioetikai konferencia a reprodukciós medicina tárgyában*” című konferenciája, Debrecen, 2017. március 3. (kötete megjelenés alatt). Ld. még pl. Van den Bulcke B et al, „Ethical climate and intention to leave among critical care clinicians: an observational study in 68 intensive care units across Europe and the United States.” *Intensive Care Med*, 2020/1. 46–56.

⁵ Magyarországon az új Alkotmány elfogadásának előkészítéséről szóló 9/2011. (III. 9.) OGY határozatban az alkotmányozói hatalommal rendelkező többség azt az álláspontot képviselte, hogy: „Alapvető emberi jogként minden ember életét, fogantatásától kezdve védelem illeti meg. Az emberi élet és méltóság sérthetetlen.”; vagyis nem tettek különbséget a még meg nem született és a már megszületett emberi lény életének védelme között; Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.) elfogadásával azonban már másra szavaztak [ld. Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.) II. cikk és indokolása, vö. uo. R) cikk (3) bekezdés]; részletesen ld. pl. Hámori Antal, „A »magzat« életének védelme az új alkotmányban.” *Vigilia*, 2013/1. 20–26.; Hámori Antal, „A még meg nem született ember életének védelme Magyarország új alkotmányában.” *Magyar Sion*, 2012/2. 163–173.; Hámori Antal, „A születés előtti emberi élet alkotmányos védelme (alkotmányozás, alkotmánybíráskodás).” *Magyar Jog*, 2012/1. 17–27. [a továbbiakban: Hámori (2012/a)]; Hámori Antal, „Mikortól ember az ember a 21. századi Magyarország jövőképében – a jog tükrében?” In: Beszteri Béla és Majoros Pál (szerk.), *A huszonegyedik század kihívásai és Magyarország jövőképe*. Veszprém, MTA VEAB, 2011. 411–425. [a továbbiakban: Hámori (2011/a)]; Hámori Antal, „A magzati élet védelme az új alkotmányban.” *A Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesületének Tudósítója*, 2011/4. 136–163.; Hámori Antal, „A magzati élet védelme Magyarország Alaptörvényében.” *Magyar Bioetikai Szemle*, 2011/3–4.

objektíve helyes álláspont érvényesül (főleg, ha az objektivitás, az objektíve helyes erkölcsi és jogi rend létezését is tagadják, vagy legalábbis megkérdőjelezzik, kétségbe vonják).⁶

Az „eutanázia”, „asszisztált öngyilkosság” – és az abortusz – megengedése az utóbbi években egyre inkább *terjed* [az „eutanáziá”-hoz, „asszisztált öngyilkosság”-hoz ld. pl. a hollandiai, a belgiumi, a luxemburgi, a svájci, a németországi, az oregoni, a vermonti, a washingtoni, a montanai, a kaliforniai, a coloradói, a québeci, a kanadai, az uruguayi, a kolumbiai szabályozást, gyakorlatot – Svájcban, Németországban és az említett USA-beli államokban az „asszisztált öngyilkosság”, a megnevezett többi államban az (egyéb) aktív „eutanázia” is megengedett⁷]; az államokra és a nemzetközi szervezetekre is egyre erősödő nyomás nehezedik, amelynek nem könnyen tudnak ellenállni, ha egyáltalán eltérő álláspontot képviselnek.⁸ Napjaink világára jellemző, hogy

130–150.; vö. Magyarország Alaptörvényének negyedik módosítása (2013. március 25.) kapcsán: pl. Hámori Antal, „Természetjog és (alkotmány)bíráskodás a még meg nem született emberi lény védelmében.” In: Frivaldszky János – Tussay Ákos (szerk.), *A Természetjog Napja. Konferenciatanulmányok*. Budapest, Pázmány Press, 2017. 18–21. [11–42.; a továbbiakban: Hámori (2017/b)].

⁶ A feminista írásokhoz ld. pl. Sebestyén Andrea, „Az abortuszról és a jogi feminizmusról – az »abortusz-tanácsadás« és az »abortuszturizmus« esete Magyarországon.” *Állam- és Jogtudomány*, 2018/1. 93–110. (külföldi irodalommal); reflexiója: Hámori Antal, „Érvek a még meg nem született emberi lény védelmére. Észrevételek egy abortusszal kapcsolatos íráshoz.” *Iustum Aequum Salutare*, 2019/4. 69–89.

⁷ Ld. pl. Henk ten Have: *Érvek az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság legalizálása mellett és ellen* (ford. Bíró Zsuzsa; https://epa.oszk.hu/02000/02002/00018/pdf/2003-3_henk-ervek.pdf); Julesz Máté, *Az orvosi jog működés közben. A hálapénztől a kártérítésig*. Budapest, Medicina, 2018. 45–96.; Julesz Máté, *Az orvosi jog aktualitásai. Az eutanáziától a klónozásig*. Budapest, Medicina, 2016. 25–31.; Julesz Máté, „Aktív eutanázia vagy asszisztált öngyilkosság.” *Orvosi Hetilap*, 2016/40. 1595–1600.; Julesz Máté, „Eutanázia Európán kívül.” *Orvosi Hetilap*, 2014/32. 1263–1264. (1259–1264.); Julesz Máté, „Eutanázia.” *Orvosi Hetilap*, 2013/17. 673–674. (671–674.); J. Pereira, „Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls.” *Current Oncology*, 2011/2. 38–45.; Mariana Parreiras Reis de Castro, Guilherme Cafure Antunes, Livia Maria Pacelli Marcon, Lucas Silva Andrade, Sara Rückl, Vera Lúcia Angelo Andrade, „Euthanasia and assisted suicide in western countries: a systematic review.” *Rev. bioét.*, 2016/2. 355–367. (Kolumbia, Amerikai Egyesült Államok, Kanada, Hollandia, Belgium, Luxemburg, Svájc, Brazília, Egyesült Királyság); Mary Donnelly (et al.), *End of life care and the right to assistance in dying*, in *End-of-life care and the right to die*. Royal Irish Academy, 2018. 19, 5–(19.); Raphael Cohen-Almagor, „Euthanasia Policy and Practice in Belgium: Critical Observation and Suggestions for Improvement.” *Issues in Law & Medicine*, 2009/3. 187–218.

⁸ A katolikus egyház álláspontjához ld. pl. Hámori Antal, „Az emberi élet védelme a katolikus egyház tanításában.” *Deliberationes*, 2018/2. 72–93.; Hámori Antal, „Az „eutanázia” és a katolikus erkölcssteológia.” In: Fazakas Sándor–Ferencz Árpád (szerk.), *Ideje van az életnek, és ideje van a meghalásnak... Életvégi döntések keresztyén etikai megközelítése*. Debrecen,

mind a törvényhozó, egyéb jogalkotó, mind az alkotmánybíróság, illetve e testület funkcióját betöltő bíróság (ld. pl. az Amerikai Egyesült Államokban, Kanadában) és egyéb bíróság indokolási problémákkal küszködő, 'kompromisszumos' válaszokat ad a felmerülő kérdésekre (különösen igaz ez a művi abortusz szabályozására és annak megítélésére – vö. pl. „magzati »eutanázia«”).⁹

Az *emberi lény életének és az önrendelkezés szabadságának* jelentőségét, valamint e kettő viszonyát az is mutatja, hogy az emberi lény élete nélkül az ember önrendelkezése, önrendelkezési szabadsága sem létezik. Ennek megfelelően olvasható például az, hogy: „Az *alany autonómiájának hangsúlyozása nem juthat el az autonómia forrásának, azaz önmaga létének megszüntetéséig.*”¹⁰

Debreceni Református Hittudományi Egyetem Szociáletikai Intézete, 2014. 97–125.; Hámori Antal, *Az eutanázia és a túlbuzgó gyógyítás problémája. Etikai, jogi, teológiai szempontok.* Budapest, Éghajlat, 2013. 157 [a továbbiakban: Hámori (2013/a)]; Hámori Antal, „Az öngyilkosság kánonjogi nézőpontból.” In: Filó Mihály (szerk.): *Halálos bűn és szabad akarat. Öngyilkosság a jogtudomány tükrében.* Budapest, Medicina, 2013. 88–100. [a továbbiakban: Hámori (2013/a)]; Hámori Antal, „Az »eutanázia« és a túlbuzgó gyógyítás elutasításának megítélése a Katolikus Egyház tanításában.” *A Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesületének Tudósítója*, 2013/4. 137–147.; Hámori Antal, „Az öngyilkosság kánonjogi aspektusai.” *A Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesületének Tudósítója*. 2012/1. 10–25.; Hámori Antal, „Az »eutanázia« problémája kánonjogi nézőpontból – világi jogi kitekintéssel.” In: Filó Mihály (szerk.): *Párbeszéd a halálról, Eutanázia a jogrend peremén.* Budapest, Literatura Medica, 2011. 120–140. [a továbbiakban: Hámori (2011/b)]; Hámori Antal, „Az »eutanázia« fogalma és kánonjogi minősítése.” *Magyar Sion*, 2010/2. 177–190.; Hámori Antal, „Az »eutanázia« problémája a katolikus egyházjogban (magyar állami jogi kitekintéssel).” *Iustum Aequum Salutare*, 2010/2. 25–44.; Hámori Antal, „Az »eutanázia« megítélése a katolikus egyház tanításában.” *Vallástudományi Szemle*, 2010/1. 125–149.; Hámori Antal, *Igazságosság, emberi méltóság, szabadság és felelősség, élet- és családvédelem.* Budapest, Axol, 2009. [a továbbiakban: Hámori (2009/b)] 8–21., 29–39.; Hámori Antal, „Az emberi élet védelme a katolikus egyház tanítása szerint.” *Távlatok*, 2009/4. 20–31.

⁹ Ld. pl. 64/1991. (XII. 17.) AB határozat, indokolás D) 2. d) pont. A 64/1991. (XII. 17.) AB határozat és a 48/1998. (XI. 23.) AB határozat elemzéséhez ld. pl. Hámori (2017/a) 45–65. (a Kúria elnökének, a legfőbb ügyésznek és az alapvető jogok biztosának álláspontja a magyar állami abortuszszabályozásról 2016-ban – reflexióval: 73–88.); Hámori Antal, *A magzat élethez való joga.* Budapest, Logod, 2000. 25–37., 103–129. [a magyar bírói gyakorlathoz ld. uo. 56–101.; Hámori Antal, „A magzatkorú gyermek élethez való joga a magyar bírói gyakorlatban.” *Magyar Jog*, 2002/4. 227–231.; a még meg nem született emberi lény magyar állami szabályozás szerinti jogalanyiségéhez ld. pl. Hámori (2000) i. m. 47–54.; Hámori Antal, „A magzat jogalanyiséga és perbeli jogképessége a hatályos magyar jogban I–II.” *Magyar Bioetikai Szemle*, 1999/4. 8–17., 2000/1. 7–14.].

¹⁰ Ld. Magyar Katolikus Püspöki Konferencia, *Az élet kultúrájáért. A Magyar Katolikus Püspöki Konferencia körlevele a bioetika néhány kérdéséről.* Budapest, Szent István Társulat,

Az alábbiakban az elengedhetetlen fogalmi tisztázás keretében („Mi »eutanázia« és mi nem az?») különböző, például egyházi „eutanázia”-definíciókra is kitérve szólok az „eutanázia”-szabályozásokról, gyakorlatokról, először az életvégi döntéseket, az autonómia és életvédelem jogi vetületét említve.

3. Az „eutanázia”-szabályozások, gyakorlatok

3.1. Életvégi döntések – autonómia és életvédelem a jog tükrében

Az „eutanázia” témakörében szólni kell az „*életvégi döntések*”-ről, az „*autonómia és életvédelem*” kapcsolatáról. E téma és feladat sem könnyű, mert nagyon súlyos és hatalmas, aktuális. Az „*életvégi döntések*” rendkívül nehezek, összetettek (ld. pl. szenvedés, félelem, ki, mely jogalany mikor, mit, milyen feltételekkel, hogyan tehet, illetve nem tehet),¹¹ és a „*jog*” fogalma sem egyszerű. Álláspontom szerint az „autonómia” és az életvédelem – az objektíve helyes erkölcsi rendnek megfelelően – egybecseng; így az életvégi döntések mértékletesek, *jogba* ágyazottak. A *jog* a „*jó*”-ban, az „*igaz*”-ban gyökerezik.¹² *Jognak* az nevezhető, ami *jó*, ami helyes – *igazságos*, méltányos (annyiban,

2003. (a továbbiakban: MKPK 2003. évi bioetikai körlevele), 85. pont [a körlevél célja, hogy az élet védelmét eredményező szemléletváltáshoz – a hit tanítása útján – hozzájáruljon, ld. körlevél 2. pont; e küldetést különösen azon élet elleni támadások teszik aktuálissá, amelyek a leggyengébbek és a legvédtelenebbek, a legkiszolgáltatottabbak – a születő gyermekek és a haldokló betegek – élete ellen irányulnak, vö. körlevél 4–6., 12., 14. pont, és Szent II. János Pál pápa, „*Evangelium vitae* kezdetű enciklika az élet védelméről.” 1995. március 25., *Acta Apostolicae Sedis*, 1995. 401–522., *Pápai Megnyilatkozások XXVI.*, Budapest, Szent István Társulat, 1995. (ford. Diós István; a továbbiakban: EV), 7–28. pont; e hiteles tanítóhivatali megnyilatkozás [ld. 1983. évi Codex Iuris Canonici (a továbbiakban: CIC) 753. kánon] nem önálló, nem új tanítást tartalmaz, hanem instrukció jelleggel foglalja össze a bioetika aktuális kérdéseit; a körlevelet a Konferencia püspök tagjai egyhangúan fogadták el, ezért azt az „*Apostolos suos*” kezdetű motu proprio rendelkezése alapján az Apostoli Szentszéknek nem kellett felülvizsgálnia, ld. *Acta Apostolicae Sedis*, 1998. 657.; a hiteles egyházi tanítóhivatali megnyilatkozások kánonjogi relevanciájához ld. pl. CIC 749–750., 752–754. kánon; Az *Egyházi Törvénykönyv. A Codex Iuris Canonici hivatalos latin szövege magyar fordítással és magyarázattal*. Szerkesztette, fordította és a magyarázatot írta: Erdő Péter, Budapest, Szent István Társulat, 2001., 4. kiad. (a továbbiakban: ET) 555–558.; Codex Canonum Ecclesiarum Orientalium 597–600. kánon; Erdő Péter, *Egyházjog*. Budapest, Szent István Társulat, 2005., 4. kiad. 397–399.; Hámos Antal, „Az egyház erkölcsi tanításának kánonjogi relevanciája az élet- és családvédelem területén.” *Iustum Aequum Salutare*, 2016/1. 251–262.]

¹¹ *Félelem* amiatt is lehet, hogy amikor a lélek elhagyja a testet, a lélek szenvedni fog. E félelemnél is súlyosabb tud lenni az a *szenvedés*, amelyben az ember a halált kívánja, hogy véget érjen e szörnyű, elviselhetetlen szenvedés, kegyetlen, kínzó fájdalom.

¹² Vö. pl.: a német Recht (jog) gyökere a richtig (igaz), a magyar „*jog*” szó pedig a „*jó*”-ból ered; ld. pl. *Magyar Katolikus Lexikon V.* Budapest, Szent István Társulat, 2000. 861(–863.).

amennyiben – az más, súlyos kérdés, hogy mit, hogyan lehet, szabad, kell tenni, vagy nem tenni, ha és amennyiben valami, valamely aktus nem jó, nem helyes, nem igazságos, nem méltányos, nem jog).¹³

Kérdés, mikor mértékletesek az „életvégi döntések”, mi az „autonómia” és az életvédelem összhangja, mi a jó, mi a helyes – igazságos, méltányos, jogszerű (mi a „*Ne ölj!*”¹⁴ tartalma)?

A kérdés megválaszolása előtt érdemes utalni a „*passzív eutanáziá*”-val kapcsolatos azon fogalmi meghatározásra, amely szerint nem minősül „*eutanáziá*”-nak az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasításának lehetősége, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan, és a betegség *természetes* lefolyása lehetővé van téve.¹⁵ Ennek értelmében – megítélésem

¹³ Ld. pl. EV 72. pont (Aquinói Szent Tamás tanítását is idézve: „minden emberek által hozott törvény annyiban törvény, amennyiben a természeti törvényből ered. Ha pedig valamiben eltér a természeti törvénytől, már nem törvény, hanem a törvény romlása.”); Nemzetközi Teológiai Bizottság, *Az egyetemes etika keresése. A természeti törvény új szemlélete*. Budapest, Szent István Társulat, 2013. 74–77., 80.; Erdő Péter, „Az igazságtalan törvények és a vallásszabadság.” *Kánonjog*, 2015. 15. („Aquinói Szent Tamás kimutatta, hogy a törvénynek mindig a közjóra kell irányulnia. Szerinte a törvény az emberi cselekedetek szabálya, amelyeknek végső célja az egyén és a közösség boldogsága. Ennek elemeit képviseli a közjó, ezért kell a törvénynek erre irányulnia. Ha egy szabály nem a közjóra irányul, nem lehet törvény.”); Erdő (2005) i. m. 47–54., 63. („[...] az »isteni jogi« elvek[...] érvényesülése révén a jog az igazságossággal esik egybe.”), 91–93., 211–212.; Erdő Péter, „»Salus animarum: suprema lex«. A lelkek üdvösségére való utalások szerepe a katolikus egyház hatályos törvénykönyveiben.” *Kánonjog*, 2003. 7–18.; Erdő Péter, *Az egyházjog teológiája intézménytörténeti megközelítésben*. Budapest, Szent István Társulat, 1995. 51., 174., 191–217.; Frivaldszky János, *Klasszikus természetjog és jogfilozófia*. Budapest, Szent István Társulat, 2007. 436., 438.; Hámori (2017/b) i. m. 22–28.; Hámori Antal, *Etika. Erkölcstani alapfogalmak gazdaságetikai kitekintéssel*. Budapest, Budapesti Gazdasági Egyetem, 2016. 21–23.; Szuromi Szabolcs Anzelm, „A »peccatum« és a »vitium« eltérő megítélése a kánonjogi források tükrében.” *Kánonjog*, 2015. 60–61.

¹⁴ Ld. Kiv 20,13; 23,7; MTörv 5,17; Mt 5,21. Vö. pl. Hámori Antal, „A duplex effectus« és a »kisebbik rossz« elve az állapotos nő életveszélye esetén.” *Magyar Sion*, 2018/2. 239–253. [a továbbiakban: Hámori (2018/b)]; Hámori Antal, „Az abortusz és a fogamzásgátlás tilalma – nehéz esetek tárgyalása, a Humanae vitae 50., a Donum vitae 30. és a Dignitas personae 10. évfordulója kapcsán (élet-„rivalizálás”, válással fenyegetés, IVF-lét megélése).” *Athanasiana*, 2018/1. 54–74. [a továbbiakban: (2018/c)]; Hámori Antal, „Az »autonómia tisztelete« a magyar jogban (a szíami ikrek élethez való joga és szüleik önrendelkezéshez való joga „kollíziójá”-nak tükrében).” *Alma Mater*, 2001. 113–134.

¹⁵ Ld. az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 20. § (3) bek.; részletesen pl. Hámori (2010/a) i. m. 561–568.; Hámori Antal, „Az »eutanáziá« fogalmi meghatározása, erkölcsi és jogi minősítése.” *Magyar Bioetikai Szemle*, 2007/1. 24–32. Az „*élő végrendelet*”-hez és a „*helyettes döntéshozó*”-hoz ld. Eütv. 22. § (1)–(4) bek., 23. § (2)

szerint – a hatályos magyar jog, ezen belül az Eütv. sem ismeri az „eutanáziát” (sem aktív, sem passzív formájában).¹⁶ A fogalmi elhatárolás szempontjából a konjunktív feltételek közül a „természetes” szónak is meghatározó jelentősége van. Az „eutanázia” fogalmának meghatározása vonatkozásában meglévő véleménykülönbségek egy része – meglátásom szerint – a „természetes” szó, a „*betegség természetes lefolyását lehetővé téve*” szövegrész eltérő értelmezése, jelentőségének más súly tulajdonítása miatt áll fenn.¹⁷ Így az úgynevezett „*túlbugzó gyógyítás*” elutasítása – az általam is képviselt terminológia szerint –

bek. Ld. még egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályairól szóló 117/1998. (VI. 16.) Korm. rendelet. Az „*élő végrendelet*”-tel kapcsolatos bioetikai és erkölcszociológiai irodalomhoz ld. pl. Blasszauer Béla, *Eutanázia*. Budapest, Medicina, 1997. 50–56.; Ferencz Antal, *A bioetika alapjai*. Budapest, Szent István Társulat, 2001. 249–250.; Kovács József, *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába*. Budapest, Medicina, 1999., 2. kiad. 434–438. (vö. uo. 438–440.); Kovács József, „Az eutanázia etikai dilemmái.” *Magyar Tudomány*, 1996/7. 800–803.; Helmut Weber, *Speciális erkölcszociológia*. Budapest, Szent István Társulat, 2001. (ford. Tuba Iván) 243.

¹⁶ E mondatban megfogalmazott álláspontomat utóbb – a Magyar Jog 2017/7–8. számában megjelent írásom kapcsán [ld. Hámori (2017/a) i. m. 493.] – Filó Mihály is osztja: Filó Mihály, „Pillanatfelvétel a magyar eutanázia-vitáról – megjegyzések Hámori Antal írásához.” *Magyar Jog*, 2017/11. 669.: „Jelen sorok szerzője osztja Hámori fenti álláspontját, [...]”

¹⁷ Ld. pl. 22/2003. (IV. 28.) AB határozat, Dr. Bihari Mihály alkotmánybíró különvéleménye; Julesz Máté az Eutanázia című cikkében az Eütv. 20. § (3) bekezdése vonatkozásában meg sem említi a „*betegség természetes lefolyását lehetővé téve*” szövegrészt – ld. Julesz (2013) i. m. 672. Makó János a „természetes” szónak az „eutanázia” definíciója szempontjából – véleményem szerint helyesen – jelentőséget tulajdonít; az Eütv. 20. §-ának (3) bekezdése kapcsán: „Hangsúlyozni kívánom, hogy ez a törvény nem legalizálja az eutanáziát. ...Az Eü. Törv. szerint a kezelés visszautasításának is a betegség természetes lefolyását lehetővé kell tenni.” – ld. Makó János, „A magyar egészségügyben jelentkező legújabb etikai problémák az orvos szemszögéből.” *Magyar Bioetikai Szemle*, 1999/4. 20. (18–22.). Vö. Eütv. 99. § (1)–(4) bek.; és az otthoni szakápolási tevékenységről szóló 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet; Paczolay Péter, „»Halál, hol a te győzelmed?« Halálszemlélet a középkorban.” *Világosság*, 1982/1. 29. A „hospice”-hoz ld. pl. Blasszauer (1997) i. m. 203–222.; Ferencz i. m. 251–252.; Hegedűs Katalin, „A hospice Magyarországon.” *Magyar Bioetikai Szemle*, 2002/4.” 22–28.; Hegedűs Katalin, „A hospice-mozgalom tapasztalatai Magyarországon (1991-1995). *Lege Artis Medicinae*, 1996/5–6. 368–373.; Hegedűs Katalin, „A hospice – az eutanázia alternatívája.” *Magyar Bioetikai Szemle*, 1996/2–3. 41–46.; Hegedűs Katalin, „A haldoklók gondozása.” *Valóság*, 1993/8. 101–107.; Muszbek Katalin, „Magyar Hospice Alapítvány. A terminális állapotú rákbetegek emberi méltóságáért.” *A Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesületének Tudósítója*, 2006/1. 27–34.; Kövesi Ervin, „Emberhez méltó élet, méltóságteljes halál.” *Valóság*, 1995/7. 75–79.; Ruzsa Ágnes, „Hospice – az élet és a halál méltóságáért.” *Vigilia*, 1995/7. 512–514.; Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottság, „Az eutanáziával kapcsolatban felmerülő jogi és etikai kérdésekről. 1995. november 29.” In: Vizi E. Szilveszter (szerk.), *Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottság (ETT TUKEB) állásfoglalásai (1990-1999)*. Budapest, 2002. 75–78.

nem tartozik a „*passzív eutanázia*” körébe.¹⁸ Megemlítendő, hogy a jelenleg hatályos magyar állami szabályozás nem tartalmazza az „*eutanázia*” szót; korábban pedig jogellenes magatartásként foglalta magában.¹⁹ Az „*eutanázia*” szó a CIC-ben és a Codex Canonum Ecclesiarum Orientalium-ban (a továbbiakban: CCEO – 1990) sem szerepel, de a kánonjogi relevanciával bíró hiteles egyházi tanítóhivatali megnyilatkozásokban – mint erkölcsileg és jogilag rossz magatartásról – bőségesen olvashatunk róla,²⁰ s így a CIC 1397. kánonjának, a CCEO 1450. kánonja 1. §-ának, illetve az eredményes „*magzati »eutanázia«*” (ld. úgynevezett „*genetikai indikáció*”) esetében a CIC 1398. kánonjának, a CCEO 1450. kánonja 2. §-ának hatálya alá esik, azaz büntetőjogilag is jelentőséggel bír.²¹

¹⁸ Részletesen ld. pl. Hámori (2014) i. m. 103–111.; Hámori (2013/a) i. m. 13–17., 73–86.; HÁMORI Antal, „Az »eutanázia« és a túlbuzgó gyógyítás elfogadhatatlansága.” *Magyar Bioetikai Szemle*, 2013/1–2. 31–37.; Hámori (2011/b) i. m. 123–128.; Hámori (2009/a) i. m. 29–33., 172.; Hámori Antal, „Az életvédelem kritikus pontjai (abortusz, sterilizáció, drogfogyasztás, »eutanázia«).” *Teológia*, 2009/1–2. 43–45. (18–51.).

¹⁹ A főszabály szerint 1998. július 1. napjától hatályos Eütv. (pl. 20–23. §-aiban foglalt) – [ld. uo. 245. § (1) bek.] –, valamint az ugyanezen a napon hatályba lépett egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályairól szóló 117/1998. (VI. 16.) Korm. rendelet – [ld. uo. 11. § (1) bek.] – rendelkezéseivel 2007. június 30. napjáig alkalmazandó volt az egészségügyi dolgozók rendtartásáról szóló 11/1972. (VI. 30.) EüM rendelet 20. §-ának (1) bekezdése is, amely kimondta: „Az orvosnak meg kell tagadnia az orvosi tevékenységet, ha a beteg, a hozzátartozója vagy bármely más személy olyan orvosi tevékenység kifejtését kéri, illetőleg olyan orvosi tevékenység elvégzésére kívánja rábírní, amelyet jogszabály tilt [pl. csak kórházban végezhető műtétnek magánorvosi rendelőben való elvégzése, életnek gyógyíthatatlan betegség miatti kioltása (euthanázia) stb.]” [az EüM rendeletet hatályon kívül helyezte: 30/2007. (VI. 22.) EüM rendelet 2. §; hatálytalan: 2007. július 1. napjától]; ez azt a véleményt támasztotta alá, hogy a magyar állami szabályozás az Eütv. hatályba lépését követően sem engedte meg az „*eutanáziát*” [bár igaz, hogy az EüM rendelet egészen a hatályon kívül helyezéséig, azaz körülbelül tizenhét évvel a rendszerváltást követően is, nemcsak a preambulumban hemzsegett a „szocialista” szótól: ld. 11. §, 13. § (1) bek., 19. § (2) bek., 20. § (2) bek.; ugyanakkor az is igaz, hogy az EüM rendelet 1998. július 1. napját követően is többször módosításra került, anélkül tehát, hogy a 20. § (1) bekezdésében a jogszabály teljes hatályon kívül helyezéséig (2007. július 1.) szereplő „*eutanázia*”-tilalom hatályon kívül helyezésre került volna]. Mindemellett megemlítendő: a 117/1998. (VI. 16.) Korm. rendelet melléklete – az Eütv. 22. §-ának (1) bekezdésében megjelölt közokirat kötelező tartalmi elemei körében – a következőket is magában foglalja: „[...] a visszautasított ellátások meghatározhatók = a magyar nyelvben általánosan használt megnevezéssel (pl. [...] mesterséges táplálás vagy lélegeztetés általában vagy időtartam, illetve esetszám meghatározásával), [...].”

²⁰ Részletesen ld. pl. Hámori (2009/a) i. m. 29–56. (vö. uo. 86–91.). A „*passzív eutanázia*” hiteles egyházi tanítóhivatali megnyilatkozásokban bekövetkezett fogalmi változásához ld. pl. MKPK 2003. évi bioetikai körlevele 68., 75., 79–80. pont.

²¹ A CIC 1397–1398. kánonjához és a CCEO 1450. kánonjának 1–2. §-ához – világi jogi összehasonlítással – részletesen ld. Hámori Antal, *Életvédelem a katolikus Egyház*

A mai magyar állami büntető törvénykönyv szerinti szabályozáshoz képest a különbségek különösen a következőkben állnak: míg az állami büntetőjogi reguláció az „*aki mást [...] megöl*”-ben – és az „*öngyilkosságban közreműködés*”-ben – ölt testet,²² addig az egyházi büntetőjog az „*aki emberölést követ el*”-ben („*Qui homicidium patrat, [...]*”) gondolkodik, vagyis az utóbbiba a saját élet kioltása is – értelemszerűen – beletartozik (ld. úgynevezett „*eredménytelen bűncselekmény*”); az más kérdés, hogy „*kétség*” esetén – ld. az egyházi büntető-eljárásjog által is ismert „*in dubio pro reo*” elvét – egyéb, kevésbé hátrányos jogkövetkezmények sem kerülnek alkalmazásra;²³ az eredményes önölés esetére említve: alig képzelhető el ugyanis olyan eset, amikor az ún. „*öngyilkosság*” (önölés) „*bűn jellege*”, teljes beszámíthatósága nyilvánvalóan bizonyítható, és egzszermind a temetés elvégzése botrányt is okozna.²⁴

A kétfajta jogrend közti különbség sajátos *büntetések* céljaiban és eszközeiben is tükröződik: míg az egyházi jog elsődlegesen az *örök életet* szolgálja, hirdeti és védelmezi (azt tekinti a *legfőbb közjónak*), addig a világi jog az evilági életre (a földi javakra) koncentráll, eszközeit (például a büntetési tételeit) annak szolgálatában biztosítja. Ha azonban az ember teljes méltóságának védelme és kibontakoztatása a világi jog célja (nem annak megsértése és megsemmisítése: lásd például *művi abortusz* és „*eutanázia*”), eszközül pedig a *természetjog* követelményeit is segítségül hívja, annak figyelembevételével hozza és alkalmazza szabályait, akkor a világi jog is az emberi testvériséget, az ember igaz javát és az egész emberiséget szolgálja.²⁵

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

jogrendjében világi jogi összehasonlítással. Budapest, Szent István Társulat, 2006. [a továbbiakban: Hámori (2006/a)] 59–202. Vö. pl. Hámori Antal, „Az abortusz-szabályozás problémái.” *Magyar Bioetikai Szemle*, 2015/1. 22–29.; Hámori Antal, „Életvédelem és jog – aktuális kihívások I-II.” *A Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesületének Tudósítója*. 2008/2. 49–73., 2008/3. 96–120.

²² Ld. a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény 160. § (1) bek., 161. §, 162. § (1)–(2) bek.; a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény 166. § (1) bek., 167. §, 168. § (1)–(2) bek.

²³ Ld. pl. Hámori (2009/a) i. m. 205–206. (670. lj.); Hámori (2006a) i. m. 137–138., 214–215.

²⁴ Vö. CIC 1184. kánon 1. § 3. sz., 2. §, 1185. kánon, CCEO 877. kánon; ET 811–812.; részletesen ld. pl. Hámori (2013/a) i. m. 88–100.

²⁵ Részletesen ld. Hámori (2006/a) i. m. 95–100., 121–122., 168–176., 199–202.

A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban: Ptk.) 2:1. § (2) bekezdése akként rendelkezik, hogy: „A *jogképességet korlátozó jognyilatkozat semmis.*”; az ehhez fűzött magyarázat szerint: „Az ember és jogalanyisága olyannyira elválaszthatatlanok egymástól, hogy a jogképességről maga a jogosult sem rendelkezhet. Ezért a (2) bekezdés kimondja, hogy a jogképességet korlátozó jognyilatkozat semmis. Az ember tehát sem szerződéssel, sem egyoldalú jognyilatkozattal nem mondhat le arról, hogy jogokat szerezzen és kötelezettségeket vállaljon. A rendelkezés az *a minori ad maius* elvéből következően a jogképesség teljes kizárását tartalmazó nyilatkozatra is vonatkozik.”²⁶

A személyiségi jogok általános védelme körében a Ptk. 2:42. §-ának magyarázata tartalmazza, hogy: „Az élethez való jogról való lemondás, az élethez való jog megsértésébe való jogosulti hozzájárulás a büntető törvényben szabályozott emberölés miatt nem lehet érvényes. A személyiségi jogok védelmét értelemszerűen így nem lehet kizárólag az érintett jogalany kívánságaitól, önrendelkezési jogának gyakorlásától függővé tenni. Más szóval a jognak a jogalanyt saját magától is meg kell védenie bizonyos szituációkban. Ezek a helyzetek azonban pontosan kategorizálhatatlanságuk és sokszínűségük okán szükségszerűen nem kaphatnak helyet a Ptk.-ban egy felsorolás formájában. [...] Bár a Ptk. külön nem rögzíti, azonban a továbbiakban is helytálló az a felfogás, mely szerint az érintett személyiségi jogait nem korlátozhatja és nem zárhatja ki, sem egyoldalú nyilatkozattal, sem szerződéssel. A személyiségi jogokat korlátozó általános, nem helyzetekre specializált szerződések és egyoldalú nyilatkozatok tilalma védelem az ellen, hogy a bármilyen kiszolgáltató helyzetbe kerülő jogosult feláldozza személyiségi jogait pillanatnyi szorult helyzetéből történő szabaduláshoz.”²⁷ továbbá: „A személyiségi jog a jog alanyának testi és szellemi személyiségi értékeire vonatkozik, amelyek elválaszthatatlanok a jog alanyától, lemondani róluk nem lehet. [...] A személyiség szabadságának korlátját jelenti *az a közösség, amelyben az egyén él, cselekszik, gondolkodik.* Amikor a személyiséget elsődlegesen mint individuumot tekintjük, nem hagyhatjuk figyelmen kívül a más emberre (embercsoportra) jellemző általános igények érvényesülését sem. Az általános és csoportnormák figyelembevétele abban jut kifejezésre, hogy a

²⁶ Ld. Wellmann György (szerk.), *Az új Ptk. magyarázata I/VI.* Budapest, HVG-ORAC, 78. (szerző: Körös András és Makai Katalin).

²⁷ Ld. Osztovits András (szerk.), *A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény és a kapcsolódó jogszabályok nagykommentárja I. kötet.* Budapest, Opten, 2014. 258–260. (szerző: Fézer Tamás).

személyiségvédelem határait hol húzhatjuk meg. [...] Nem lehet szó olyan hozzájárulásról, amelyben valaki valamennyi személyiségi jogáról rendelkezik, azok megsértéséhez hozzájárul. [...] a törvény 6:526. §-a semmissé nyilvánítja az életet, testi épséget vagy egészséget károsító magatartás esetén a felelősség korlátozását vagy kizárását.”^{28,29} a Ptk. 6:152. §-a pedig kimondja: „A szándékosan okozott, továbbá emberi életet, testi épséget vagy egészséget megkárosító szerződészegésért való felelősséget korlátozó vagy kizáró szerződési kikötés semmis.”³⁰

Miként az MKPK 2003. évi bioetikai körlevelében is olvasható: „Az *alany autonómiájának hangsúlyozása nem juthat el az autonómia forrásának, azaz önmaga létének megszüntetéséig.*”³¹

Az „autonómia” és az életvédelem összhangjának vizsgálata³² az „autonómia” fogalmi meghatározását is megkívánja. Ha az „autonómia” alatt az „önrendelkezés”-t, az „önrendelkezési szabadság”-ot (is) értjük, akkor sincsen szó határtalanságról, amelyre – az életvédelemmel összefüggésben – példának hozhatjuk fel az orvos lelkiismereti szabadságát, az ahhoz való jogot (vö. pl. „eutanázia”, „öngyilkosság”-ban közreműködés),³³ a közösség (pl. a család, a társadalom) jogát, jogos érdekét, az állam életvédelmi kötelezettségét (az emberi élet alapvető értékét), a közjót, a rész és az egész (az egyén és a közösség) érdekeinek objektíve helyes összhangját (az emberi élet nem csak személyes, hanem közösségi érték is).³⁴ Mindez jól mutatja, hogy az „*életvégi döntés*”-nek

²⁸ Ld. Wellmann i. m. 145., 147., 149. (szerző: Petrik Ferenc).

²⁹ Vö. pl. Ptk. 6:2. § (2)–(3) bek.: „(2) Egyoldalú jognyilatkozatból jogszabályban meghatározott esetekben keletkezik kötelelem. Ezekre a kötelmekre a kötelmek közös és a szerződés általános szabályait kell megfelelően alkalmazni. (3) Kötelelem jogszabályból, bírósági vagy hatósági határozatból akkor keletkezik, ha a jogszabály, a bírósági vagy a hatósági határozat így rendelkezik, és a kötelezettet, a jogosultat és a szolgáltatást meghatározza. Ezekre a kötelmekre a kötelmek közös és a szerződés általános szabályait kell megfelelően alkalmazni.”; és Ptk. 6:9. §: „A jognyilatkozat hatályára, érvénytelenségére és hatálytalanságára – ha e törvény eltérően nem rendelkezik – a szerződés általános szabályait kell megfelelően alkalmazni.”

³⁰ Vö. CIC 1290. kánon; és a „*Ne ölj!*” parancsa (Kiv 20,13; 23,7; MTörv 5,17; Mt 5,21).

³¹ Ld. MKPK 2003. évi bioetikai körlevele 85. pont második mondat.

³² Ld. pl. Hámori (2006/a) i. m. 209–230.

³³ Vö. pl. Hámori Antal, „Az orvos lelkiismereti szabadsága és a duplex effectus elve az állapotos nő életveszélye esetén. Egyházjogi aspektusok.” *Magyar Sion*, 2011/2. 197–226.; HÁMORI Antal, „A magzatvédelem kánonjogi aspektusai és az orvos lelkiismereti szabadsága.” *A Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesületének Tudósítója*, 2006. Supplementum 173–204., *Studia Wesprimiensia*, 2005/I–II. 71–93.

³⁴ Vö. pl. Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.) I. cikk (1)–(3) bek., II. cikk, VII. cikk (1) bek.

sem szabad önkényesnek, mértéktelennek, vakmerőnek, illetve gyávának, igazságtalannak, jogellenesnek lennie (ld. pl. „*túlbugzó gyógyítás*”, illetve „*eutanázia*”, „*öngyilkosság*”). A rossz választása visszaélés a szabadsággal; a rosszra valójában nincsen szabadság; a szabadság, az igaz szabadság az igazságban és nem az igazságtól való szabadságból áll.³⁵

Nézetem szerint az „*életvégi döntések*” akkor mértékletesek, igazságosak, kánon- és világi jogszerűek, az „*autonómia*” és az életvédelem akkor van összhangban, ha a halált – az alábbiakban említettek szerint – nem siettetjük és nem is késleltetjük. Ennek értelmében – véleményem szerint – nem állja meg a helyét az, hogy az „*élet szentsége*” „*az élet minden körülmények között kívánatos védelme*”,³⁶ vagy legalábbis a „*védelem*” (e védelem, e megfogalmazás) igencsak magyarázandó (vö. pl. „*duplex effectus*” elve, mértékletes fájdalomcsillapítás, arányos morfin-alkalmazás korábbi halált eredményező nem-kívánt, hanem belenyugodott, elkerülhetetlen mellékhatása, „*túlbugzó gyógyítás*” elutasítása – a katolikus egyház szerint is); igaz, például azt is magyarázni kell, hogy „*az ártatlan emberi élet közvetlen és szándékos kioltása mindig súlyosan ellenkezik az emberi méltósággal*” (vö. pl. „*méhen kívüli terhesség*” esete).³⁷

Az Egyház tanítása szerint is az „*eutanázia*” erkölcsileg és jogilag rossz magatartás, a szándékos, elfogadhatatlan *emberölés* fajtája (ld. ártatlan ember halálának közvetlen, szándékos előidézése³⁸), a „*halál közeli*” állapotban lévő másik ember (beteg) „*minden*” fájdalma (szenvedése) megszüntetésének, kiküszöbölésének, illetve csökkentésének szándékával, saját kérésre, beleegyezéssel vagy annak hiányában történő (ld. pl. kómában lévő beteg), a betegség *természetes* lefolyását lehetővé *nem* tevő, vagy a „*duplex effectus*”

³⁵ Ld. pl. Szent II. János Pál pápa, *Veritatis splendor kezdetű enciklika a katolikus Egyház minden püspökének az Egyház erkölcsstanának néhány alapvető kérdéséről*. 1993. augusztus 6. *Acta Apostolicae Sedis*, 1993. 1133–1228., *Pápai Megnyilatkozások XXIV*. Budapest, Szent István Társulat, 1993. 149 (ford. Diós István; a továbbiakban: VS), 64. pont; Hámori (2006/a) i. m. 27–34. Vö. pl. Jn 8,32: „*megismeritek az igazságot, és az igazság szabaddá tesz benneteket.*”; 1Tim 2,4: „*[Isten] aki azt akarja, hogy minden ember üdvözljön és eljusson az igazság ismeretére.*” (szentírási szövegek: *Biblia. Ószövetségi és Újszövetségi Szentírás*. Budapest, Szent István Társulat, 2000.).

³⁶ Ld. Kőműves Sándor, „A MOK Etikai Kódex eutanáziával kapcsolatos pontjainak értelmezése.” *Orvostovábbképző Szemle*, 2020. március 2. (Záró megjegyzések).

³⁷ Ld. pl. Hámori (2018/b) i. m. 239–253., Hámori (2018/c) i. m. 54–74.

³⁸ Vö. pl. a „*méhen kívüli terhesség*” esetére vonatkozóan: Hámori (2018/b) i. m. 239–253.; Hámori (2018/c) i. m. 54–74.

(„kettős hatás”) elvét egyébként sértő (orvos általi) *megölése*.³⁹ A *passzív* (mulasztással megvalósuló) „eutanázia” esetében a beteg életének megmentésére kötelezett személy (orvos) nem fejt ki olyan tevékenységet (nem tanúsít olyan aktív magatartást), amelynek megtételére *reális* lehetősége van, és amely megakadályozza a halálos eredmény bekövetkezését.⁴⁰ E definíció szerint az „eutanázia” elkövetőjének motívuma és célja (értelemszerűen értve) az „együttérzés”, a „szenvedés-megszüntetés”, „szenvedés-csökkentés” (a profán irodalomban megjelent más is).⁴¹ Az „eutanázia” alanya – mind az aktív (tettes), mind a passzív – speciális: „orvos” és „beteg” (a felbujtói és a

³⁹ Ld. pl. II. Vatikáni Zsinat, „*Gaudium et Spes* kezdetű lelkipásztori konstitúció az Egyház és a mai világ viszonyáról.” Róma, 1965. december 7. *Acta Apostolicae Sedis*, 1966. 1025–1115. (a továbbiakban: GS), 27. pont; *A Katolikus Egyház Katekizmusa* (1997. augusztus 15.). A latin mintakiadás fordítása. Budapest, Szent István Társulat, 2002. (ford. Diós István; a továbbiakban: KEK), 2261., 2277. pont; EV 57., 65. pont; Hittani Kongregáció, „Jura et bona kezdetű nyilatkozat az eutanáziáról.” 1980. május 5. *Acta Apostolicae Sedis*, 1980. 542–552. (a továbbiakban: IB), II. pont; Egészségügy Pápai Tanácsa, *Az Egészségügyben Dolgozók Chartája*. Vatikánváros, 1994. *Római Dokumentumok IX. Az Egészségügy Pápai Tanácsa dokumentuma*. Budapest, Szent István Társulat, 1998. (ford. Leszkovszky Gy. Pál; a továbbiakban: EDC), 137., 147. pont; MKPK 2003. évi bioetikai körlevele 68–69., 71., 73–74., 76., 78., 80., 95., 108., 116. pont [bizonyos megfogalmazás szerint: „az aktív és a beteg beleegyezése nélkül megvalósuló eutanázia” „gyakorlatilag az emberölés esete”; amelyből arra lehet következtetni, hogy a beteg beleegyezésével történő „eutanázia” – helyenként – az „emberölés” „privilegizált esete”-ként értelmeződik – ld. MKPK 2003. évi bioetikai körlevele 80. pont, anélkül, hogy például a CIC vagy a CCEO tartalmazná azt – ld. CIC 1397. kánon, CCEO 1450. kánon 1. §; más megfogalmazásban: „az eutanázia az emberölés egyik fajtája” – ld. EDC 147. pont].

⁴⁰ Vö. pl. MKPK 2003. évi bioetikai körlevele 68. pont („[...] Ha a halált közvetlenül mulasztás okozza, és a szándék a halál előidézésére irányul – még ha humanitárius szempontok vezérlik is a cselekvőt –, akkor a szó szoros értelmében vett eutanáziáról van szó. [...]”).

⁴¹ Ld. pl. KEK 2277., EV 65., IB II., EDC 147., MKPK 2003. évi bioetikai körlevele 73–74., 76. pont; BH1996. 349.; Helmut Weber, *Speciális erkölcsleológia*. Budapest, Szent István Társulat, 2001. (ford. Tuba Iván) 222., 231–232. (ismertette az „eutanázia”-érveket: az emberi méltósághoz, „önrendelkezés”-hez való jogra, a „szabadság”-ra, a „részvét”-re, a „személylét határá”-ra történő hivatkozásokat); Glóner Rózsa, *Halál helyett az élet kultúrája. Abortusz és eutanázia*. Róma, 1997. 72.; Ramón Lucas Lucas, *A bioetikáról mindenkinek*. Budapest, Új Ember, 2007. (ford. Benkóczy Szabolcs; a fordítás alapjául szolgáló mű: *Bioetica per tutti*. Milano, Edizioni San Paolo, 2002.) 158.; Blasszauer Béla, *Orvosi etika*. Budapest, Medicina, 1999., 2. kiad. 161.; Horváth Tibor, „Euthánázia és büntetőjog.” *Állam- és Jogtudomány*, 1972/1. 38.; Horváth Tibor, „Az élethez való jog.” *Acta Humana*, 1995/18-19. 51.; Sári János, *Alapjogok. Alkotmánytan II*. Budapest, Osiris, 2004., 3. kiad. 88.; Tarr György, *Élet és egészség, orvos és beteg, jog és erkölcs, az emberi méltóság fogalom szférájában*. Budapest, Püski, 2003. 206.

bűnszegédi alanyi kör: általános); de vannak más vélemények is, és a „betegeken” belül (egészségi állapotuk szerint) különböző álláspontok.⁴²

Az úgynevezett „*túlbugzó gyógyítás*” elutasítása – elkerülése, illetve befejezése – (a beteg állapotának figyelembevételével rendkívülinek vagy aránytalanak, *túlságosan* terhesnek minősülő kezelésekről, beavatkozásokról való lemondás), a közeli és elháríthatatlan, a beavatkozások abbahagyásától függetlenül halállal járó betegség *természetes* lefolyását lehetővé tevő, megfelelő fájdalomcsillapító kezelést biztosító eljárás (a beteg ápolása és az élet *természetes* befejeződésének elfogadása) nem tartozik az „eutanázia” (a rossz) fogalmi körébe.⁴³ Ugyanakkor vannak, akik az „eutanáziát” annak „jó”-, „kegyes”-jelentése miatt – mint „*passzív eutanáziát*”-t – vonatkoztatják a „*túlbugzó gyógyítás*” elutasítására, szintén megengedettnek tartva azt.⁴⁴

A „*duplex effectus*” elve alkalmazásának szabályai szerint nincsen szó „eutanáziát”-ról, ha a tudatot korlátozó, életet elfogadhatóan megrövidítő narkotikummal (morfinnal) történő – a beteg állapotának megfelelő, szándékával egyező – fájdalomcsillapítás a fájdalom (szenvedés) megfelelő csökkentése (enyhítése) érdekében *elkerülhetetlen*, az adott helyzetben *egyetlen* – *súlyos indok* (elviselhetetlen fájdalom) alapján fennálló – eszköz, értelemszerűen értve nem akadályozza meg más erkölcsi, családi és vallási *kötelességek* teljesítését, és a *beteg halálát* (életének megrövidítését, kioltását) *nem kívánják*, csak előre látják, és mint elkerülhetetlen eseményt elviselik⁴⁵ (ennek megfelelő tükröződése a tételes jogban a jobbiztonságot növeli).

A „*duplex effectus*” elve alkalmazásának szabályai: 1. a magatartás tárgya (*finis operis*) erkölcsileg (belsőleg) – önmagában – *nem rossz* (ld. fájdalomcsillapítás); 2. a jó eredmény (a beteg elviselhetetlen fájdalmának megfelelő

⁴² Ld. pl. KEK 2277., EV 66. pont; 22/2003. (IV. 28.) AB határozat, Dr. Bihari Mihály alkotmánybíró különvéleménye, I., II. 2. a)-d) pont, III. 4. b) pont (a „passzív eutanázia” passzív alanya nemcsak a „gyógyíthatatlan” beteg). Az önkéntes passzív és aktív „eutanázia” mellett érvel pl. Kis János, *Az állam semlegessége*. Budapest, Atlantisz, 1997. 267–314. (315–322.); Tóth J. Zoltán, „»Oszthatatlan és korlátozhatatlan?« – Gondolatok az emberi élethez és méltósághoz való jogról az eutanáziahatározat kapcsán.” *Jogelméleti Szemle*, 2005/1. 7.: „A nem önkényes (nem alkotmányellenes) megfosztásra pedig nemcsak a jogos védelem, a végszükség és az előjáró parancsa a példa, hanem a passzív és az aktív eutanázia is.”

⁴³ Vö. pl. KEK 2278., EV 65., EDC 64–65., 119–124., MKPK 2003. évi bioetikai körlevele 68., 79., 89. pont; „Cor Unum” Pápai Tanács, *Dans le cadre kezdetű dokumentum a súlyos betegekkel és a haldoklókkal kapcsolatos etikai kérdésekről*. 1981. július 27. *Enchiridion Vaticanum*, 7. 1234–1281.

⁴⁴ Részletesen ld. az alábbiakban.

⁴⁵ Ld. pl. EDC 123–124., MKPK 2003. évi bioetikai körlevele 69. pont.

csökkenése) *közvetlenül* következik a magatartásból; a rossz hatás (a beteg ember életének elfogadható, a kellő fájdalomcsillapító hatás eléréséhez szükséges fájdalomcsillapítónál nem nagyobb adaggal történő megrövidítése) *ugyanannak* a magatartásnak a *nem-kívánt* (esetleges, belenyugodott, eltűrt, azaz nem célzatos, nem egyenes – hanem indirekt – szándékú), *elkerülhetetlen mellékkövetkezménye* (a jó hatás – az elviselhetetlen fájdalom, szenvedés megfelelő enyhülése – nem a rosszon keresztül valósul meg; a rossz hatás nem a jó cél elérése érdekében felhasznált eszköz: a cél nem szentesíti az eszközt – „soha nem szabad rosszat tenni azért, hogy abból jó származzon”;⁴⁶ ha az orvos az említettnél nagyobb adagú fájdalomcsillapítót ad a betegnek, a szenvedésmegszüntetéstől, -csökkentéstől, az „együttérzéstől” motiválva, akkor a rossz hatás – akárcsak esetleges szándék esetén is – nem mellékkövetkezmény, a jó eredmény közvetett, a nagyobb adagú fájdalomcsillapítás rossz); 3. a magatartást tanúsító személy *célja* (*finis operantis*) *jó* (ld. elviselhetetlen fájdalom, szenvedés kellő csillapítása); 4. a rossz hatáshoz képest *arányos* mértékben *súlyos* ok, szükség (ld. elviselhetetlen fájdalom, szenvedés) fennállása a magatartás tanúsításához.⁴⁷

Az MKPK 2003. évi bioetikai körlevelének 101. pontja tartalmazza, hogy: „A közösségi meghatározottsággal kapcsolatban az eutanázia támogatói a személyi autonómia értékére szoktak hivatkozni, amely azonban nem keverhető össze az indifferens, a saját érdekeibe bezárkózó magatartással. Az eutanázia mellett fölhozott autonómia-érv nem a másik tiszteletén alapszik, hanem távolságtartáson és a kívülálló magatartáson, ahol a személy mindaddig szabad, amíg magatartása nem korlátozza mások szabadságát. [...] A tisztelet és a szolidaritás úgy próbálja hordozni a másik ember terhét, hogy tudatában van a két személy közötti áthághatatlan korlát létezésének. A túlhangsúlyozott autonómiaigény mögött tulajdonképpen a másik személyének tagadása áll, mely csak akkor jelentkezik, amikor az konfliktusba kerül saját szabadsággal.

⁴⁶ Ld. pl. XI. Pius pápa, „*Casti connubii* kezdetű enciklika a keresztény házasságról.” 1930. december 31. *Acta Apostolicae Sedis*, 1930. 539–592., III. 2. d) pont; Heinrich Denzinger – Peter Hünermann, *Hitvallások és az Egyház Tanítóhivatalának megnyilatkozásai*. Bátonyterenye–Budapest, Örkömcés–Szent István Társulat, 2004. (Fila Béla és Jug László fordításának felhasználásával összeállította, Romhányi Beatrix és Sarbak Gábor; szerk. Burger Ferenc), 3721. pont. Vö. Róm 3,8.

⁴⁷ Ld. pl. Hámori (2009/a) i. m. 171–174.; Hámori (2006/a) i. m. 141–145., 213–215., 229–230., 235., 239.; Hámori Antal, „A magzatkorú gyermek büntetőjogi védelme az Egyház jogrendjében (magyar állami jogi összehasonlítással).” *Távlatok*, 2003/1. 22.; Hámori Antal, „Az abortusz büntetendő cselekményének kánonjogi tényállása (magyar állami jogi összehasonlítással).” *Magyar Bioetikai Szemle*, 2002/3. 16., *Kánonjog*, 2002/1–2. 91.

Ennek a fajta érdektelen, indifferens magatartásnak semmi köze sincs a toleranciához, ugyanarról a töről fakad, mint a háborús konfliktusok, állapítja meg Cataldo Zuccaro.⁴⁸ Ez a gyökerében egoista magatartás abban is kifejeződik, hogy meg akarja szabadítani a társadalmat a már fizikai értelemben nem hasznos anyagi, de főleg pszichikai terhet jelentő súlyos betegektől és haldoklóktól. Mindez támadást jelent a társadalommal szemben, hiszen az eutanáziát támogató magatartás valójában a nagyobb közösség aggasztó gyengeségét mutatja olyan határhelyzetekben, ahol a korábbi értékrend és helytállás olyan viszonyítási pontokat jelentett mindenki számára, amely megalapozta és biztosította az élet egészének értelmét. [...]"

3.2. A „passzív eutanázia” különböző meghatározásai és az „öngyilkosságban közreműködés”

Miként a fentiekben utaltam rá, az „eutanázia” körüli viták olykor terminológiai különbségek miatt is fennállnak. A fogalmi tisztázás érdekében indokoltnak tartom kitérni a „passzív eutanázia” eltérő meghatározásaira. Előfordul, attól függően, hogy ki miként definiálja az „eutanáziát”, ugyanazon magatartás egyező minősítése esetén is, másként ítélik meg azt: vannak, akik azt mondják, hogy az „eutanázia” (mind az aktív, mind a passzív formája) erkölcsileg és jogilag rossz, helytelen (az úgynevezett „túlbuzgó gyógyítás” elutasítását nem „passzív eutanáziának” tekintve), míg mások szerint a „passzív eutanázia” (bizonyos határok között) elfogadható (a „túlbuzgó gyógyítás” elutasítását „passzív eutanáziának” nevezve), miközben mindkét nézet képviselői erkölcsileg és jogilag nem tartják rossznak, helytelennek a „túlbuzgó gyógyítás” elutasítását, sőt, kifejezetten jónak, helyesnek minősítik azt. Akadnak olyan vélemények is, amelyek szerint a „túlbuzgó gyógyítás” elutasításán túli passzív „eutanázia”, esetenként az aktív „eutanázia” is megengedhető.

A szakirodalomban és a forrásokban is „passzív eutanázia” alatt mást és mást értenek: egyes vélemények szerint a „túlbuzgó gyógyítás” („terápiás túlbuzgóság”), a „rendkívüli, aránytalan eszközök” elutasítása a „passzív eutanázia” fogalmi körébe tartozik, „a kérésre végzett passzív eutanázia »az életfenntartó, életmentő ellátás visszautasítása« nevet viseli”, „az életfenntartó kezelés visszautasításához való jog elismerése az önkéntes passzív eutanázia

⁴⁸ Ld. Cataldo Zuccaro, „L'eutanasia. Discussione dei principi argomentativi.” *Rivista di Teologia Morale*, 1999. 248–249. (237–249.).

megengedését jelenti”, „a passzív eutanázia (a visszautasítási jog) [...]” Ezekben az esetekben a szerzők a „passzív eutanáziát” ennyiben nem, illetve ennyiben sem tekintik erkölcsileg és jogilag rossz, helytelen magatartásnak.⁴⁹

Ehhez kapcsolódik, hogy vannak, akik az Eütv. egyes rendelkezéseire vonatkoztatják a „passzív eutanázia” kifejezést⁵⁰ (ennyiben kivonva e

⁴⁹ Ld. pl. Blasszauer Béla, *Orvosi etika*. Budapest, Medicina, 1999. 2. kiad. 163. (171–179.); Blasszauer (1997) i. m. 36–37.; Blasszauer Béla, „Eutanázia.” *Valóság*, 1992/3. 106. (105–110.); Blasszauer Béla, „Eutanázia.” *Lege Artis Medicinae*, 1991/11–12. 756. (754–759.); Blasszauer Béla, „Eutanázia: érvek és ellenérvek.” *Valóság*, 1980/4. 61., 63–64. (61–73.); Gyöngyösi Zoltán, *Az élet és test feletti rendelkezések joga*. Budapest, HVG-ORAC, 2002. 187. (vö. uo. 187–188.); Tóth Gábor Attila, „Az emberi méltósághoz való jog és az élethez való jog.” In: Halmai Gábor és Tóth Gábor Attila (szerk.), *Emberi jogok*. Budapest, Osiris, 2003. 351., 359.; Tóth Gábor Attila, „Eutanázia – az önrendelkezési jog túgúló határai.” *Társadalmi Szemle*, 1997/1. 58. (52–61.); Tóth Gábor Attila, „Eutanázia – döntés előtt.” *Világosság*, 1995/7. 61. (51–64.); továbbá: Dr. Holló András alkotmánybírónak a 22/2003. (IV. 28.) AB határozathoz fűzött párhuzamos indokolása és különvéleménye, amelyhez Dr. Kukorelli István alkotmánybíró csatlakozott (I. 2., II. 2–3.), illetőleg uo. Dr. Bihari Mihály alkotmánybíró különvéleménye (II. 2.). Ld. még Filó Mihály, *Az eutanázia a büntetőjogi gondolkodásban*. Budapest, ELTE Eötvös, 2009. 25. (vö. uo. 38.), 49., 54., 182., 184. („Az életfenntartó beavatkozások visszautasítása, a »passzív eutanázia« [...]”), 186., 203. („Az életmentő vagy életfenntartó kezelések visszautasításának joga, a »passzív eutanázia«, [...]”), 208., 319. („Az életmentő vagy életfenntartó kezelések visszautasításának joga, a »passzív eutanázia«, [...]”); Tóth J. Zoltán, „A passzív eutanázia mint »az ellátás visszautasításához való jog« dilemmái – alkotmányelméleti megközelítésben.” *Jogelméleti Szemle*, 2015/4. (206–218.) 206. /„[...] az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben (a továbbiakban: Eütv.) foglalt ún. passzív eutanázia, egészen pontosan az életfenntartó vagy életmentő orvosi kezelésnek a cselekvőképes beteg általi visszautasítása [...]” „A magyar jogi szabályozás az eutanázia fogalmát nem használja; az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény helyett a beteg »egészségügyi önrendelkezéshez való jogáról«, és ennek részeként az »ellátás visszautasításához való jogról« rendelkezik. A kissé szegénylős terminológia azonban nem változtat azon, hogy e fogalmak alatt a passzív eutanázia jogi szabályozása történik meg.” „[...] a szakirodalom korántsem egységes abban, hogy mit is jelent egyáltalán az »eutanázia.«” „Vita van – egyebek mellett – azon, hogy »valódi« eutanáziának tekinthető-e az ún. passzív eutanázia, vagyis az, ha a betegség természetes lefolyását biztosítjuk, és a halál bekövetkeztét nem akadályozzuk meg mesterségesen; [...]”/.

⁵⁰ Ld. pl. Bányai Dávid – Verzár Zsófia, „Gondolatok az eutanázia hazai szabályozásáról és gyakorlatáról.” *Belügyi Szemle*, 2017/9. 64–66., 69., 71. (63–71.); Belovics Ervin, „A személy elleni bűncselekmények.” In: Belovics Ervin – Molnár Gábor – Sinku Pál, *Büntetőjog. Különös Rész*. Budapest, HVG-ORAC, 2004., 4. kiad. 85.; Filó (2009) i. m. 25. (vö. uo. 38.), 49., 182., 186., 203., 208., 319.; Gyöngyösi i. m. 34., 187–194., 197–203.; Julesz (2018) i. m. 51., 61., 64., 66., 70., 88–89.; Julesz (2016) i. m. 13–14. /Julesz Máténak ezen és a 2018-ban megjelent könyvében szereplő, hivatkozott szavait (ld. pl.: „[...] Magyarországon az egészségügyi törvény előírásai passzív eutanáziát tesznek lehetővé, [...]”, „Magyarországon a passzív eutanázia törvényes, [...]” – 2018: 70., 88.) árnyalják a 2018. évi könyvében alkalmazott, következő megfogalmazásai: „[...] a passzív eutanázia egészségügyi törvényünk szerint megfogalmazott, de kifejezetten »passzív eutanáziának« nem nevezett fogalmát [...]”, „Az aktív eutanázia tehát nem egészségügyi beavatkozás, míg az eutanáziának jogi és orvosi

megfogalmazást az „emberölés” törvényi tényállása köréből⁵¹), amit a 36/2000. (X. 27.) AB határozat indokolásának III. 4. pontja is táplál,⁵² amellet is, hogy a taláros testület ezt nem követi (el) a 22/2003. (IV. 28.) AB határozatban.⁵³

Eltérő álláspont értelmében: „A hatályos jogszabályi rendelkezések szerint a haldokló megölése – aktív vagy passzív euthanázia – ugyancsak emberölésnek minősül, függetlenül attól, hogy akár a sértett kérésére, szenvedései megrövidítése érdekében történt.”⁵⁴

Jobbágyi Gábor ki is mondja, hogy az Eütv. nem legalizálja a „passzív eutanáziát”, „A passzív eutanáziától határozottan megkülönböztetendő az ellátás visszautasítása, mint betegjog (Eütv. 20–23. §). [...]”; véleménye szerint a „rendkívüli és aránytalan eszközök és beavatkozások igénybevételéről” való lemondás nem tartozik a „passzív eutanázia” fogalmi körébe.⁵⁵

A bioetikai irodalomban például Ferencz Antal és Makó János nem tekinti „passzív eutanáziá”-nak a „túlbugzó gyógyítás” elutasítását.⁵⁶ Makó János azt is hangsúlyozza, hogy az Eütv. nem legalizálja az „eutanáziá”-t.⁵⁷

dogmatikai értelemben nem tekinthető, de sokak által tudományosan passzív eutanáziaként aposztrofált eljárás egészségügyi beavatkozásnak minősül.” – 2018: 89., 94./; Julesz (2014) i. m. 1260.; Julesz Máté, „Passzív eutanázia és végakarat.” *Orvosi Hetilap*, 2014/27. 1059–1060. (1057–1062.); Julesz (2013) i. m. 672–673.; Sári (2004) i. m. 89., 93.; Sári János, „Az élethez és az emberi méltósághoz való jog. In: Balogh Zsolt, Holló András, Kukorelli István, Sári János: *Az Alkotmány magyarázata*. Budapest, KJK–KERSZÖV, 2003. 539.; Tarr i. m. 207.; Tóth (2003) i. m. 359.; Tóth J. (2015) i. m. 206.; továbbá: Dr. Holló András alkotmánybírónak a 22/2003. (IV. 28.) AB határozathoz fűzött párhuzamos indokolása és különvéleménye, amelyhez Dr. Kukorelli István alkotmánybíró csatlakozott (II. 2. és 4.), illetőleg uo. Dr. Bihari Mihály alkotmánybíró különvéleménye (II. 2.).

⁵¹ Ld. pl. Belovics i. m. 85.; Filó (2009) i. m. 25. (vö. uo. 38.), 49., 182., 186., 203., 208., 319.

⁵² Ld. pl. Sári (2004) i. m. 89., 93.; Sári (2003) i. m. 539. A 36/2000. (X. 27.) AB határozat indokolásának III. 4. pontja tartalmazza: „Az Eütv. 21. § (2) bekezdése az eutanáziának azt az esetét szabályozza, amikor a cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes betegnél életfenntartó vagy életmentő beavatkozást utasít vissza a törvényes képviselő vagy az erre jogosult más személy.”

⁵³ Mindössze Dr. Holló András, Dr. Kukorelli István és Dr. Bihari Mihály véleményében jelenik meg az, hogy az egészségügyi törvény tartalmazza a „passzív eutanáziát”.

⁵⁴ Ld. Lassó Gábor, „Emberölés.” In: Jakucs Tamás (szerk.): *A Büntető Törvénykönyv magyarázata I*. Budapest, KJK–KERSZÖV, 2004. 486.

⁵⁵ Ld. Jobbágyi Gábor, *Orvosi jog. Hippokratésztől a klónozásig*. Budapest, Szent István Társulat, 2007. 149–150., 165.; Jobbágyi Gábor, *Az élet joga. Abortusz, eutanázia, művi megtermékenyítés*. Budapest, Szent István Társulat, 2004. 274., 297.; Jobbágyi Gábor, „Eutanázia I. Kívánatra ölés.” *Magyar Szemle*, 2004/5–6. 13. (6–32.).

⁵⁶ Ld. Ferencz i. m. 251. (az „emberi élet végének bioetikai kérdései”-hez ld. uo. 240–254.); Makó János, „Indokolt-e az aktív és a passzív eutanázia megkülönböztetése.” In: Makó János – Ullrich Zoltán (szerk.), *Bioetika – Ökumené*. Budapest, Széphalom Könyvműhely, 2003.

A Magyar Bioetikai Társaság elnökségének állásfoglalása szerint: „A terápiás túlbuzgóság kerülése nem eutanázia.”⁵⁸

Hidvéginé Adorján Livia megfogalmazásában: „Az életmentő beavatkozás visszautasítása nem egyenlő az eutanáziával.” „Nem eutanázia az sem, ha a beteg kellő felvilágosítás után jogszabályokban rögzített feltétel mellett életfenntartó kezelést utasít vissza, mert így a halála a betegség természetes lefolyásának következtében jön létre. Nem eutanázia, ha a betegség végstadiumába jutott szenvedő betegnek a legkisebb, de hatékony dózist kábítószerrel adja az orvos, és a szenvedés fokozódása esetén a dózist fokozatosan, akár olyan mértékben növeli, ami a halál bekövetkezésének idejét vélhetően előbbre hozza. Ez a lehetőség abból fakad, hogy az orvosnak kötelessége a szenvedés enyhítése, és a cél nem a beteg halálának előidézése, hanem a beteg szenvedéseinek enyhítése.”⁵⁹

A „*túlbuzgó gyógyítás*” („terápiás túlbuzgóság”) alatt a beteg állapotának figyelembevételével rendkívülinek, aránytalannak, túlságosan terhesnek, haszontalannak minősülő orvosi kezelésekhöz, beavatkozásokhoz való makacs ragaszkodást értjük.⁶⁰ Ebből a szempontból az *arányosság* azt jelenti, hogy a beteg olyan mértékben kell beavatkozni, amennyire az egészségének hasznára válik, sem jobban, sem kevésbé; ezt a *személy teljességét* szem előtt tartva kell

123–125. (120–126.), és *Magyar Bioetikai Szemle*, 2001/4. 31–32. (29–33.); Makó János, „Humánium és technika a gyógyításban.” *Magyar Bioetikai Szemle*, 2000/3. 34. (31–35.). Ld. még pl. Bérczes Tibor, *Élni és halni hagyni. Beszélgetések a holland eutanázia gyakorlatról*. Budapest, Corvina, 2016. 10–11.: „[...] nem számít eutanáziának – ahogy egyébként Magyarországon sem – az a fajta fájdalomcsillapítás, amelynek egyik mellékhatása, hogy lerövidíti a beteg életét. [...]”; Széll Kálmán, „Megengedhető-e minden, ami technikailag kivitelezhető?” *Magyar Bioetikai Szemle*, 2009/1–2. 57. (51–60.). Vö. Magyar Orvosi Kamara Etikai Kollégiuma, „VI. sz. áf. az eutanáziáról.” Budapest, 1995. december 9. *Magyar Bioetikai Szemle*, 1995/1–2. 46., és uo. 1997/4. 17.

⁵⁷ Ld. Makó (1999) i. m. 20.

⁵⁸ Ld. „Az MBT elnökségének állásfoglalása az eutanáziáról, a terápiás túlbuzgóságról és a haldokló beteg ellátásáról.” *Magyar Bioetikai Szemle*, 2003/1. 43. (42–43.). Vö. Életvédő Fórum, „Állásfoglalás a haldokló, beteg ember életének és méltóságának védelmében.” Budapest, 2009. február 11. (www.katcsal.hu – életvédelem), *Magyar Kurír*, 2009. február 11. (www.magyarkurir.hu), *A Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesületének Tudósítója*, 2009/1. 6–12.; „A Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesületének állásfoglalása az eutanáziával szemben.” *Ökumené*, 1996/3–4. 62–63.

⁵⁹ Ld. Hidvéginé Adorján Livia, „Etikai, bioetikai, orvosetikai, jogi dilemmák.” In: Hidvéginé Adorján Livia – Sáriné Simkó Ágnes, *Etikai normák és dilemmák az egészségügyben*. Budapest, Medicina, 2019. 73., 75.

⁶⁰ Ld. pl. EV 65., EDC 119., MKPK 2003. évi bioetikai körlevele 68. pont.

mérlegelni, figyelembe véve a betegség előre haladott állapotát, a beavatkozástól várható eredmények és a vele járó kockázat arányát.⁶¹

A „túl buzgó gyógyítás”, a „rendkívüli, aránytalan eszközök” elutasítása a bioetikai vélemények,⁶² az erkölcszteológiai irodalom⁶³ és a hiteles egyházi tanítóhivatali megnyilatkozások⁶⁴ szerint sem minősül erkölcsileg és jogilag rossz, helytelen magatartásnak. Azokban a helyzetekben, amikor közeli és elháríthatatlan halál várható, „el lehet utasítani olyan beavatkozásokat, amelyek csak egy pislákoló és kínos élet megnyújtását hoznák, anélkül azonban, hogy megszakítanák az ilyen állapotban normálisnak tekintett eljárásokat”.⁶⁵

Szent II. János Pál pápa *Evangelium vitae* kezdetű enciklikájában is olvashatjuk, hogy a rendkívüli vagy aránytalan beavatkozásokról való lemondás nem azonos az öngyilkossággal vagy az eutanáziával.⁶⁶

Miként említettem, az *Egyház tanítása* értelmében az „eutanázia” olyan cselekvés vagy mulasztás, amely természete és a végrehajtó szándéka szerint halált okoz, azzal a céllal, hogy megszüntessen minden szenvedést, fájdalmat (erkölcsileg és jogilag rossz magatartás, a szándékos emberölés fajtája).⁶⁷

A *kábítás* (morfin) alkalmazása a haldokló szenvedésének csökkentésére erkölcsileg és jogilag megfelelhet az *emberi méltóságnak*, még azzal a

⁶¹ Ld. EDC 64–65. pont; Lucas Lucas i. m. 163–164.

⁶² Ld. pl. Ferencz i. m. 251.

⁶³ Ld. pl. Glóner i. m. 72.; Harsányi Pál, „A halál körüli problémák.” In: *Erkölcszteológiai Tanulmányok I.* Budapest, JEL, 2002. 28. (27–45.); Lucas Lucas i. m. 159.

⁶⁴ Ld. pl. KEK 2278., EV 65., EDC 119–121., MKPK 2003. évi bioetikai körlevele 68., 79. pont.

⁶⁵ Ld. EV 65., IB IV., EDC 120. pont. Az EDC 120. pontja azt is tartalmazza, hogy: „Az élelem és folyadék adagolása, még mesterségesen is, része a betegeknek mindig megillető normális kezelésnek, ha ez nem terhes számukra: jogtalan beszüntetésük egyenlő lehet a szó szoros értelmében vett eutanáziával.”; az MKPK 2003. évi bioetikai körlevelének 68. pontja szerint: „Vannak olyan helyzetek, amikor a mesterséges táplálás és folyadékpótlás egyébként normális terápiás eszközei haszontalannak bizonyulnak, terhesek a beteg számára, és ezért fel kell őket függeszteni.”

⁶⁶ Ld. EV 65. pont.

⁶⁷ Ld. pl. GS 27., KEK 2277., 2324., VS 80., EV 57., 65–66., 73–74., IB II., EDC 120., 147., 150., MKPK 2003. évi bioetikai körlevele 68., 71., 73–76., 78., 80., 95., 115–116. pont (vö. „öngyilkosság”: pl. KEK 2280–2283., 2325., EV 66–67. pont). Az erkölcszteológiai irodalom körében ld. pl. Harsányi Pál Ottó, „Eutanázia. Az ellenérvek alkalmazásának nehézségei – új szempontok.” *Távlatok*, 2003/1. 30–36.; Harsányi (2002) i. m. 27–45.; Lucas Lucas i. m. 158–160. Ld. még pl. Életvédő Fórum, „Állásfoglalás a haldokló, beteg ember életének és méltóságának védelmében.” Budapest, 2009. február 11. *A Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesületének Tudósítója*, 2009/1. 6–12.; *A Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesületének állásfoglalása az eutanáziával szemben. Ökumené*, 1996/3–4. 62. (62–63.).

kockázattal is, hogy napjait megrövidítik, ha a halált sem célként, sem eszközként nem akarják, csak előre látják, és mint *elkerülhetetlen* eseményt elviselik. A *megfelelő fájdalomcsillapító kezelés*, amely segít kevésbé drámaivá tenni a betegség *természetes* lefolyását, hozzájárul a halál humanizálásához és elfogadásához, az önzetlen, érdemszerző szeretet kiváltságos formája, amit ilyen meggondolással támogatni kell.⁶⁸

A profán bioetikai és jogi irodalomban a „*kettős hatás*” elvével kapcsolatban megjelent kritikára⁶⁹ tekintettel fontosnak tartom hangsúlyozni: az emberi magatartások filozófiai és pszichológiai elemzésében hasznos a különböző összetevők és szintek elkülönítése (ld. pl. *finis operis* és *finis operantis*), de ugyanakkor meg kell őrizni a magatartás integritását, és nem szabad túlzottan „atomizálni” azt (a magatartás tárgya szükségszerűen magával hoz egy bizonyos tudást magáról a tárgyról);⁷⁰ az „*indokolt orvosi kockázat*” és a „*hivatásbeli kötelesség teljesítése*” (ld. megfelelő fájdalomcsillapítás) *elvé* megfelelő alkalmazásával a „*duplex effectus*” *elvé* eshetőleges szándékával, közvetett okozati kapcsolatával kapcsolatos érvek megválaszolhatók, miként az „*orvosi kockázat*” objektíve ésszerű indoka, az erkölcsileg és a jogilag rossz (jogellenesség) hiánya is a „*duplex effectus*” *elvé* arányosságán, a megfelelő fájdalomcsillapításon megállhat (az eshetőleges szándék és a közvetett okozati kapcsolat az „*indokolt orvosi kockázat*” és a „*hivatásbeli kötelesség teljesítése*” *elvében* is lappanghat).⁷¹

Természetesen a *gondatlan emberölés* (ld. pl. nagyobb adagú fájdalomcsillapító adása tévedésből) – noha a fogalmi meghatározás szerint (a szándékosság hiánya okán) nem tartozik az „*eutanázia*” körébe – erkölcsi és jogi szempontból releváns lehet (ld. vétkesen téves lelkiismeret).⁷²

Ugyancsak más kérdés – amint utaltam rá –, hogy a nehezen megítélhető és nehezen bizonyítható esetekben (ld. pl. szenvedéscsökkentésre kiterjedő cél,

⁶⁸ Ld. KEK 2279., EV 65., EDC 122–124. pont.

⁶⁹ Ld. pl. Kovács (1999) i. m. 52–55. A kritikára adott részletes választ ld. Hámori (2009/a) i. m. 114. (362. lj.), 201–202. (657. lj.).

⁷⁰ Ld. MKPK 2003. évi bioetikai körlevele 81. pont. Vö. uo. 70., VS 78. pont. Ahhoz, hogy meg tudjuk érteni a tárgyat, amely a magatartást erkölcsileg meghatározza, a magatartást tanúsító személlyel kell azt kapcsolatba hozni (ld. pl. ugyanaz a magatartás a szándéktól függően jónak, elfogadhatónak vagy rossznak minősül: jogellenesen támadó és jogos védelmi helyzetben lévő ugyanolyan irányú, erejű útése).

⁷¹ Vö. pl. Hámori (2009/a) i. m. 171–177., 187–205.

⁷² Ld. pl. a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény 160. § (4) bek. Vö. CIC 128. kánon, 221. kánon 3. §, 1321. kánon 1–3. §, 1399. kánon, 1752. kánon (*salus animarum*); ET 226–227., 890–891., 943., 1141.

nagyobb adagú fájdalomcsillapító adására kiterjedő eshetőleges szándék) a külső fórum *in concreto* például az – egyházi büntető-eljárásjog által is ismert – „*in dubio pro reo*” *elve* alapján felmentő ítéletet hoz.⁷³

Az „*eutanáziá*”-val összefüggésben a „*kívánatra ölés*” és az „*öngyilkosságban közreműködés*” is megemlítendő.

A „*kívánatra ölés*” az 1878. évi V. törvénycikk⁷⁴ 282. §-ában szerepelt. E szerint, aki valakinek határozott és komoly kívánsága által bírattott arra, hogy őt megölje, három évig terjedhető börtönnel volt büntetendő. Mind az aktív, mind a passzív alany általános (nemcsak orvos-beteg viszonyról van szó), és a betegség sem tényállási elem. E privilegizált tényállást a Büntető Törvénykönyvről szóló 1961. évi V. törvény már nem tartalmazta; de maga a „*kívánatra ölés*” – a kifejtettek értelmében – az „*eutanázia*” körében is megjelenik.

Az „*öngyilkosságban közreműködés*” a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény 168. §-ában legutóbb a következőképpen volt meghatározva: „(1) Aki más *öngyilkosságra* rábír, vagy ennek *elkövetéséhez* segítséget nyújt, ha az *öngyilkosságot* megkísérlik vagy *elkövetik*, büntetett követ el, és őt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. (2) Az a tizennyolcadik életévét betöltött személy, aki tizennyolcadik életévét be nem töltött személyt bír rá *öngyilkosságra*, vagy ennek *elkövetéséhez* segítséget nyújt, ha az *öngyilkosságot* megkísérlik vagy *elkövetik*, büntetett követ el és két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.”; a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény 162. § (1)–(2) bekezdése pedig ekként rendelkezik: „(1) Aki más *öngyilkosságra* rábír, vagy ennek *elkövetéséhez* segítséget nyújt, ha az *öngyilkosságot* megkísérlik vagy *elkövetik*, büntett miatt egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. (2) Az a tizennyolcadik életévét betöltött személy, aki tizennyolcadik életévét be nem töltött személyt bír rá *öngyilkosságra*, vagy ennek *elkövetéséhez* segítséget nyújt, ha az *öngyilkosságot* megkísérlik vagy *elkövetik*, két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.”; a 160. § (5) bekezdése alapján e § (1) bekezdése szerint büntetendő, aki tizenegyedik életévét be nem töltött vagy akaratnyilvánításra képtelen személyt *öngyilkosságra* rábír, ha az *öngyilkosságot* *elkövetik* [a 160. §

⁷³ Ld. pl. Hámori (2009/a) i. m. 205–206. (670. lj.); Hámori (2006/a) i. m. 137–138., 214–215. Vö. pl. a büntetőeljárásról szóló 2017. évi XC. tv. 7. § (4) bek.; CIC 14. kánon, 1608. kánon 4. §, 1728. kánon 1. §; ET 98–99.; J. M. Sanchis, „L’aborto procurato, „aspetti canonistici.” *Ius Ecclesiae*, 1989/2. 663–677. (29. lj.).

⁷⁴ A magyar büntetőtörvénykönyv a büntettekről és vétségekről (szentesítést nyert 1878. május 27-én, kihirdetett az országgyűlés mindkét házában 1878. május 29-én).

(1) bekezdése: „(1) Aki mást megöl, büntett miatt öt évtől tizenöt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.”⁷⁵

A bioetikai irodalomban megjelenő vélemény szerint: „Az eutanázia különleges formája az »asszisztált öngyilkosság«, amikor a beteg orvosi közreműködéssel, de saját maga vet véget életének. A betegnek módot adnak arra, hogy pl. beadjon magának mérget, vagy kikapcsolja lélegeztető készülékét.”⁷⁶

3.3. Az „eutanázia” minősítése a kánoni jogban

Az előzőekben meghatározott „eutanázia” a jelenleg hatályos CIC 1397. kánonja, illetve a CCEO 1450. kánonjának 1. §-a alapján büntetendő magatartás.⁷⁷ Ennek megfelelően, az elkövető (ideértve az öngyilkosságban közreműködőt és az „öngyilkost”, az „eutanáziát” kérőt is⁷⁸) a CIC szerint az

⁷⁵ Vö. BH1983. 7. Részletesen ld. pl. Belovics i. m. 100–101.; Földvári József, „A személy elleni bűncselekmények.” In: Erdősy Emil – Földvári József – Tóth Mihály, *Magyar büntetőjog. Különös rész.* Budapest, Rejtjel, 1998. 94–96.; Horváth Tibor, „A személy elleni bűncselekmények.” In: Györgyi Kálmán és Wiener A. Imre (szerk.), *A Büntető Törvénykönyv magyarázata. Különös Rész.* Budapest, KJK, 1996. 328–329.; Lassó Gábor „Öngyilkosságban közreműködés.” In: Jakucs Tamás (szerk.), *A Büntető Törvénykönyv magyarázata 1.* Budapest, KJK–KERSZÖV, 2004. 520–523.

⁷⁶ Ld. Ferencz i. m. 248. Vö. Kovács (1999) i. m. 375. („[...] az eutanázia legtöbbször asszisztált öngyilkosságnak tekinthető.”), 403. („[...] Az eutanázia így egy másik ember életének szándékos kioltása az ő érdekében, legtöbbször azért, mert az illető elviselhetetlenül szenved egy gyógyíthatatlan betegségben. [...]”); Kovács József, „Eutanázia és bioetika.” *Világosság*, 1995/7. 32. (28–40.); Kovács József, „Az eutanázia etikai dilemmái. *Magyar Tudomány*, 1996/7. 792. (791–809.). Kovács József rögzíti: „Nem eutanázia [...], ha egy életmentő eszköz egy kórházban nem áll elegendő mennyiségben rendelkezésre, és ezért egy orvosnak döntenie kell, hogy több rászoruló beteg közül kinek az életét mentse meg, ha nem lehet egyszerre mindenkint megmenteni. Itt azért nem beszélhetünk eutanáziáról, mert ilyenkor a beteget nem azért nem kezelik, mert úgy gondolják, hogy számára jobb lenne a halál, hanem azért, mert az életmentő készülék (például respirátor) nem áll elegendő mennyiségben rendelkezésre. Ez tehát igen fájdalmas sorolási probléma, de nem eutanázia.” – Kovács (1999) i. m. 404.; Kovács (1995) i. m. 32–33. A beteg öngyilkosságában való orvosi közreműködésről Blasszauer Béla is ír: pl. Blasszauer (1999) i. m. 162–163.; Blasszauer (1997) i. m. 42.; és egyetért azzal, hogy „a kapacitáshiány miatti sorolás kapcsán fellépő halálozás nem eutanázia” – Blasszauer (1999) i. m. 169.

⁷⁷ Vö. CIC 1. kánon, 11. kánon, 1311. kánon, 1321–1328. kánon, 1339–1340. kánon, CCEO 1418. kánon 1–3. §. Ld. még pl. CIC 695. kánon 1. § (vö. uo. 729. kánon és 746. kánon), 1041. kánon 4–5. sz., 1044. kánon 1. § 3. sz. (vö. uo. 1046. kánon, 1047. kánon 2. § 2. sz., 3. §, 1048–1049. kánon).

⁷⁸ Ld. CIC 1329. kánon 1–2. §, CCEO 1417. kánon [vö. pl. a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény 162. § (1)–(2) bek.]; és emberölés kísérletének esete: CIC 1328. kánon 1–2. §, CCEO 1418. kánon 1–3. §.

1336. kánonban említett megfosztásokkal és tilalmakkal büntetendő, az 1370. kánonban említett személyek (római pápa, felszentelt püspök, klerikus, szerzetes) ellen elkövetett emberölésért pedig az ott megállapított büntetések járnak; a CCEO alapján a büntetés a nagyobb kiközösítés,⁷⁹ klerikus ezenkívül más büntetésekkel is büntetendő, nem zárva ki a letételt sem.⁸⁰

Ha a passzív alany *magzat*, *embrió* (akár az elfogadhatatlan „*in vitro*” esetben), és a halálos eredmény bekövetkezett, és az egyéb együttes feltételek is fennállnak, a CIC 1398. kánonja szerint – az emberölés minősített eseteként – az elkövető önmagától beállók kiközösítésbe esik;⁸¹ a keleti kódex 1450. kánonjának 2. §-a alapján a büntetés egyező e kánon 1. §-ával, ami a nagyobb kiközösítés.⁸² A kísérleti stádium mint emberölés kísérlete releváns.⁸³

A magzat, embrió sérelmére elkövetett „*eutanázia*” több ok miatt is kiemelt figyelmet kíván meg: egyrészt – miként Szent II. János Pál pápa fogalmazott – olyan emberről van szó, aki jelentkezik az életre, azaz olyan *ártatlan*, hogy ennél ártatlanabbat el sem lehet képzelni, *gyenge*, annyira tehetetlen, hogy még egy újszülött sírásának és nyöszörgésének védekező jeleitől is meg van fosztva, teljesen rá van hagyva annak oltalmára, aki méhében hordozza;⁸⁴ másrészt az állami szabályozás (vö. pl. genetikai indikáció) jelentősen alacsonyabb szintű védelmet nyújt az élve még meg nem született emberi lénynek, mint az élve megszületettnek;⁸⁵ harmadrészt pedig a magyar bírói gyakorlatban is megjelenő, a vele-keletkezett fogyatékkal élő gyermekeknek és szüleiknek a (természetnél fogva fennálló) fogyatékkal összefüggésben „felmerült vagyoni és nem vagyoni terhek” megtérítése iránti (egészségügyi szolgáltató elleni kártérítési) keresetei kapcsán kialakult „*élő jog*”⁸⁶ után sem megnyugtató a

⁷⁹ Ld. CCEO 1434. kánon 1–3. §.

⁸⁰ Részletesen ld. Hámori (2006/a) i. m. 21–24., 59–122., 231–244., 278–297.

⁸¹ Vö. pl. CIC 1. kánon, 11. kánon, 1321–1324. kánon; Pontificia Commissio ad Codicis Canonos Authentice Interpretandos, „Responsum.” 1988. január 19. (pápai jóváhagyás: 1988. május 23., kihirdetés: 1988. december 12.). *Acta Apostolicae Sedis*, 1988/13. 1818(–1819), CIC 16. kánon 1–2. §.

⁸² Vö. pl. CCEO 1413–1415. kánon; a CCEO nem ismeri az önmagától beállók (*latae sententiae*) büntetést.

⁸³ Ld. CIC 1397. kánon, CCEO 1450. kánon 1. §; vö. CIC 1328. kánon 1–2. §, CCEO 1418. kánon 1–3. §. Részletesen ld. Hámori (2006/a) i. m. 123–202., 231–244., 297–299.

⁸⁴ Ld. EV 58. pont.

⁸⁵ Ld. pl. a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény, a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény végrehajtásáról szóló 32/1992. (XII. 23.) NM rendelet, Eütv. IX. Fejezet. Vö. pl. a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény 163. § (1)–(4) bek.

⁸⁶ Ld. Legfelsőbb Bíróság 1/2008. PJE határozat.

helyzet – továbbra is a fogyatékkal élő magzatok, embriók élete ellen hat,⁸⁷ nem beszélve a „magzati” élet védelmével kapcsolatos egyéb bírói gyakorlatról.⁸⁸

Az *Egyház* az emberi életet a fogantatás pillanatától a természetes halálig védi: az ártatlan emberi élet közvetlen és szándékos kioltása mindig súlyosan ellenkezik az emberi méltósággal, az arany szabállyal és a Teremtő szentségével; a beteg, fogyatékkal élő embereket támogatni kell.⁸⁹

3.4. Külföldi szabályozások, gyakorlatok

Az „eutanáziá”-t, „asszisztált öngyilkosság”-ot megengedő külföldi szabályozásokról, gyakorlatokról – Hollandia, Belgium, az Amerikai Egyesült Államok és Ausztrália vonatkozásában – a 22/2003. (IV. 28.) AB határozat is szól; a legújabb szakirodalomban pedig – részletesen Julesz Máté 2016-ban és 2018-ban megjelent, hivatkozott könyvében – egyebek mellett a svájci, a luxemburgi, a németországi, a kolumbiai és a kanadai fejleményekről is olvashatunk.⁹⁰

⁸⁷ Ld. pl. Hámori (2018/a) i. m. 46–52.; Hámori (2017/a) i. m. 92–111.; Hámori Antal, „Az ember élve születése nem káresemény – az EBH2015. P.11. árnyékában és az Alaptörvény tükrében.” *Magyar Bioetikai Szemle*, 2016/4. 4–29.; Hámori (2009/a) i. m. 184–186., 249–304.; Hámori Antal, „Az ember élve születése nem káresemény (a Legfelsőbb Bíróság 1/2008. PJE számú jogegységi határozata; alkotmányjogi aspektusok).” *Jogtudományi Közlöny*, 2009/11. 471–482.; Hámori Antal, „Az ember élve születése nem káresemény I-II.” *A Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesületének Tudósítója*, 2009/4. 143–156., 2010/2. 63–87.; Hámori Antal, „Életvédelem és jog – aktuális kihívások I.” *A Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesületének Tudósítója*, 2008/2. 72–73. (49–73.); Hámori Antal, „Down-kóros gyermek és szüleinek kórház elleni kártérítési keresete.” *A Magyar Katolikus Orvosok Szent Lukács Egyesületének Tudósítója*, 2007/4. 143–159.; Hámori Antal, „Kártérítési felelősség a fogyatékossgal való születés miatt?” *Magyar Jog*, 2007/2. 92–100.

⁸⁸ Ld. pl. BH1998. 372., BH2001. 61.; vö. pl. Hámori (2006/a) i. m. 203–208., 300–306.; Hámori (2002) i. m. 227–231.; Hámori Antal, „A magzatkorú gyermek élethez való joga. »Taigetosztól Dávodig.«” *Magyar Bioetikai Szemle*, 2001/2–3. 37–42.; Hámori (2000) i. m. 56–101. (vö. uo. 139–151.).

⁸⁹ Ld. pl. KEK 2261., 2276–2277., 2299., 2324., VS 95., EV 57. pont; Hittani Kongregáció, „*Donum vitae* kezdetű instrukció a kezdődő emberi élet tiszteletéről és az utódnemzés méltóságáról.” 1987. február 22. *Acta Apostolicae Sedis*, 1988. 70–102.; EDC 82. pont. Vö. pl. Hámori (2018/b) i. m. 239–253.; Hámori (2018/c) i. m. 54–74.; Hámori Antal, „A »duplex effectus« elve és a »kisebbik rossz« elve az állapotos nő életveszélye esetén.” *Magyar Bioetikai Szemle*, 2017/3–4. 4–16.

⁹⁰ Ld. Julesz (2016) i. m. 25–31. (vö. pl. Hámori Antal, „Életről, halálról, méltóságról és jogról – Julesz Máté könyve kapcsán.” *Magyar Jog*, 2016/10. 604–611.); Julesz (2018) i. m. 55., 62., 67–68., 71., 73–74., 78–86., 89–91. Julesz Máté e két könyvében arról is ír, hogy: „Az uruguayi büntető törvénykönyv alapján 1932 óta lehetséges az aktív eutanázia. Az orvos

Julesz Máté az *Orvosi jog működés közben* című könyvében írja, hogy: „2014. február 13-án a belgiumi parlament alsóháza 86 igen, 44 nem és 12 tartózkodó szavazattal lehetővé tette a kiskorúak számára is az aktív eutanáziát, illetve az asszisztált öngyilkosságot. Belgiumban nincs alsó korhatárhoz kötve a kiskorúak aktív eutanáziája. Ebből a szempontból a hollandiaihoz képest később elfogadott belgiumi szabályozás eltér a kiskorúak hollandiai aktív eutanáziájától. A belgiumi szabályozás szerint a kiskorú törvényes képviselőjének (többnyire a szülőjének) beleegyezése is szükséges az aktív eutanázia engedélyezéséhez, továbbá gyermekpszichológusnak vagy gyermekpszichiáternek kell megállapítania, hogy a kiskorú kellő belátási képességgel rendelkezik-e. Csak betegségből vagy balesetből származó, súlyos és gyógyíthatatlan, rövid időn belül halálhoz vezető egészségromlás esetén szabad engedélyezni az aktív eutanáziát. Továbbá, míg felnőttek esetén mentális betegség miatt is lehet kérni aktív eutanáziát, addig kiskorúak esetén mentális betegség nem jöhet szóba.”⁹¹

a beteg kifejezett kérésére végezheti el a halálba segítséget.” (2016. 29.) „Dél-Amerikában Uruguay a másik ország, ahol legális az aktív eutanázia, igaz, eltérő jogtörténeti alapokon. Uruguayban 1932 óta van erre jogi lehetőség.” (2018. 68.) Az USA és Hollandia vonatkozásában ld. még pl. Jobbágyi (2007) i. m. 157–161. Bérczes Tibor a hivatkozott *Élni és halni hagyni* című könyvében (a 9–11., 13. oldalakon) a hollandiai szabályozásról – a 22/2003. (IV. 28.) AB határozatban említett gondossági kritériumokat is ismertetve – ír. Németh Gábor a *Bioetikai vázlatok* című, 2018-ban megjelent könyvében az „orvosilag asszisztált öngyilkosság” állami megengedésének körében megemlíti még Japánt és Albániát; ld. Németh Gábor, *Bioetikai vázlatok. Bioetika és más életerkölcsei kérdések*. Budapest, Szent István Társulat, 2018. (231–235.) 234. (vö. pl. Hámori Antal, „Németh Gábor: Bioetikai vázlatok. Bioetika és más életerkölcsei kérdések.” *Teológia*, 2019/1–2. 107–111.).

⁹¹ Ld. Julesz (2018) i. m. 83. Ld. még uo. 86.: „Belgiumban is lehetséges demencia, illetve más, súlyos pszichiátriai betegség miatt aktív eutanáziát vagy asszisztált öngyilkosságot kérni, így a csúszós lejtő problémája hasonló okból ott is felmerül. Belgiumban 2011-ben Frank Van Den Bleeken volt az első fogvatartott, aki aktív eutanáziát kért. Van Den Bleeken kényszergyógykezelés alatt áll immár három évtizede, mivel több nő ellen szexuális erőszakot követett el. Egyiküket meg is ölte. Kóros elmeállapota (kényszerbetegsége) miatt kényszergyógykezelésre ítélték. 2014 szeptemberében a belga igazságügy-miniszter bejelentette, hogy engedélyezték Van Den Bleeken számára az aktív eutanáziát, mivel elismerték, hogy erotomán gondolatai miatt súlyos lelki szenvedéseknek van kitéve. Katrien Devolder, a Ghenti Egyetem kutatója, a Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics lapjain 2016-ban felvetette a kérdést, hogy a fogvatartott pszichés szenvedéseit valóban kizárólag a pszichiátriai betegsége okozza-e, vagy a fogva tartás körülményei. Amennyiben a lelki szenvedésekhez a fogva tartás körülményei nagymértékben hozzájárulnak, akkor nem biztos, hogy a beteg fogvatartott szabad akaratelhatározásából hozta meg a döntését, hogy kéri az aktív eutanáziát. A fogva tartás körülményei is szerepet játszhattak a fogvatartott akaratelhatározásának kialakításában, ami már külső kényszerre (de legalábbis külső hatásra) utal. Katrien Devolder végül is egyetértett azzal, hogy fogvatartottak is részesülhessenek aktív eutanáziában, és úgy gondolta, hogy az orvos etikusan jár el, amikor részt vesz ebben. 2015 januárjában a belga sajtó beszámolt arról, hogy a fogvatartottat a bruges-i büntetés-

Julesz Máté *Az orvosi jog aktualitásai* című könyvében beszámol arról, hogy: „Az USA-ban Oregon, Vermont, Washington és Montana és 2016-tól Kalifornia államban legális az asszisztált öngyilkosság. [...] Az USA Legfelsőbb Bírósága a beteg vagy a helyette döntésre jogosult tájékozott beleegyezéséhez (*informed consent*) köti az asszisztált öngyilkosság törvényességét. [...]”;⁹² az *Orvosi jog működés közben* című könyvében pedig már arról ír, hogy „Oregon (1997), Vermont, Washington, Montana, Kalifornia (2016) és Colorado (2016) államban, valamint Washington, D. C.-ben (2017) is törvényes az asszisztált öngyilkosság.”⁹³

Julesz Máté 2016-ban megjelent könyvében kifejti, hogy „Svájcban [...] a büntető törvénykönyv 115. cikkelye az öngyilkosságban való közreműködést, így az ahhoz történő segítségnyújtást csak akkor rendeli büntetni, ha »aus selbstsüchtigen Beweggründen«, azaz »önös érdekből« követik el. Az orvos, aki például nátrium-pentobarbitálhoz segíti hozzá a beteget, de ezért nem fogad el anyagi ellenszolgáltatást, elkerüli a büntető igazságszolgáltatást. A svájci gyakorlat nem a »Tötung auf Verlangen«-re épül, hanem az öngyilkosságban való közreműködésnek a fenti szempont szerinti dekriminalizálására. A svájci büntető törvénykönyv 115. cikkelyének átértelmezése valójában csak évtizedekkel a cikkely hatálybalépése után történt meg. A jogi lehetőség a múlt század negyvenes éveit óta fennállt, de a liberális értelmezés csak a nyolcvanas évek óta van jelen a gyakorlatban. Az e célból kialakult »turizmus« széles körű elterjedése pedig csak az elmúlt időszakban tapasztalható. Az ilyen célú »turizmus« elterjedése a svájci állam és a svájci lakosság figyelmét is felkeltette. Az állam nem nézi jó szemmel a meghalni vágyó külföldiek beáramlását. Ez megingathatja a jogrendbe vetett bizalmat. A jog könnyen a visszájára fordulhat, és a svájci állam kényszerű kötelességévé válhat. Ez megengedhetetlen volna,

végrehajtási intézetben fogják aktív eutanáziában részesíteni. Azonban pár nappal ezután a pszichiáter visszavonta az aktív eutanáziát helyeslő szakvéleményét, így Van Den Bleeken nem részesült aktív eutanáziában.”

⁹² Ld. Julesz (2016) i. m. 30–31.

⁹³ Ld. Julesz (2018) i. m. 62.; ld. uo. 71.: „Az USA legfelsőbb bírósága a Washington *versus* Glucksberg ügyben 1997-ben kimondta, hogy Washington állam 1979. évi *Natural Death Act* törvénye nem sérti az USA Alkotmányát, amikor tiltja az asszisztált öngyilkosságot. A társadalmi és professzionális (jogi, orvosi) vélemények sorozatos ütközése nyomán azóta megváltozott a kérdés megítélése. 2009. március 5. óta Washington államban törvényes az asszisztált öngyilkosság. Az asszisztált öngyilkosság kérdésének vitatottságát jelzi, hogy az USA-n belül az asszisztált öngyilkosságot engedő államokban csak az adott államban lakóhellyel rendelkező polgárok vehetik igénybe ezt az egészségügyi szolgáltatást.” Kaliforniához részletesen ld. uo. 73–74.

ezért 2011-ben Zürich kantonban népszavazást tartottak a jogintézmény betiltásáról, valamint arról, hogy esetleg csak a kanton lakosságának engedélyezzék. A választók mindkettőt elutasították. A lakosság tehát fontosabbnak tartotta az egészségügyi önrendelkezési jog illetén szabadságát, mint az állam részéről akcentuált aggodalmat.”⁹⁴

„A luxemburgi eutanázia törvény 2009. március 17-én lépett hatályba. Ún. »directive anticipée« keretében a beteg előre nyilatkozhat az aktív eutanázia alkalmazhatóságáról arra az esetre, ha már nem lenne képes kinyilvánítani a szándékát. Ezt a jognyilatkozatát a beteg a gyógyító intézménybe történő felvételekor saját maga átadhatja az orvosnak vagy a gyógyításban segédkező egyéb személynek. Amennyiben korábban letétbe helyezte, akkor a letéteményes – ha értesül a beteg súlyos és gyógyíthatatlan, előrehaladott vagy terminális állapotáról – köteles azt a gyógyítást végző személynek átadni. Az állam részéről a Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation nyújt jogbiztonságot azzal, hogy az eutanáziakérelmet itt kell bejelenteni, és az orvosnak is ezt az állami szervet kell informálnia. Az orvos nem köteles a terminális vagy előrehaladott, súlyos és gyógyíthatatlan állapotban lévő beteg akaratát végrehajtani, de erről 24 órán belül a beteg családját vagy a beteg által felhatalmazott személyt tájékoztatnia kell, és egy olyan orvosnak kell átadnia az ügyet, aki hajlandó az eutanázia elvégzésére.”⁹⁵

Julesz Máté 2018-ban publikált könyvében olvasható, hogy „Németországban kiélezett vita alakult ki az orvos által asszisztált öngyilkosság törvényessé tételéről. Sokan vélik úgy, hogy ezt nem szabad megengedni, de például a német büntető törvénykönyv 2015. december 10. óta hatályos 217. § (2) bekezdése értelmében – hasonlóan a svájci megoldáshoz – az öngyilkosságban való közreműködés, tehát az öngyilkossághoz nyújtott segítség nem minősül bűncselekménynek, ha azt a beteg valamely hozzátartozója (pl. családtag) vagy a beteghez közel álló személy (pl. a házi orvos) teszi és anyagi érdektől mentesen. Így a halálos mérgezés és az injekciós tú élőkészítése, valamint a beteg kitanítása, miként tudja végrehajtani az öngyilkosságát, nem bűncselekmény, ha a segítő személy ezt ingyenesen, tehát pusztán humánus megfontolásból teszi, a hozzátartozója, illetve páciense akaratának megfelelően.”⁹⁶

Ugyancsak ebben a könyvben szerepel, hogy „Kolumbiában az Alkotmánybíróság 1997. május 20-i határozatában 6:3 arányban

⁹⁴ Ld. Julesz (2016) i. m. 27–28.

⁹⁵ Ld. uo. 26–27.

⁹⁶ Ld. Julesz (2018) i. m. 55.

alkotmányosnak tekintette az orvos által végzett aktív eutanáziát.” „Kolumbiában a rák, az AIDS, a vese- és a májelégtelenség esetén megengedett a beteg kérésére végrehajtott aktív eutanázia, valamint a beteg által végrehajtott asszisztált öngyilkosság. Ugyanakkor az Alkotmánybíróság megengedő határozata nem terjed ki a degeneratív betegségekben szenvedőkre, mint például az Alzheimer- vagy a Parkinson-korral küzdőkre.” „Kívánságra ölésért sem büntethető az az orvos, aki enyhíthetetlen szenvedésnek kitett beteg kívánságára hajtja végre az aktív eutanáziát, ha a páciens betegsége gyógyíthatatlan.” „Kolumbiában az Alkotmánybíróság 2015. február 17-én kötelezte a kolumbiai egészségügyi minisztériumot, hogy harminc napon belül dolgozza ki az orvosok számára az aktív eutanázia, valamint az asszisztált öngyilkosság elvégzésének szabályait, mivel az 1997. évi alkotmánybírói határozat értelmében az aktív eutanáziát addig nem lehetett alkalmazni Kolumbiában, amíg annak részletes szabályait el nem fogadta a kolumbiai parlament. A parlament 2015. április 20-án fogadta el ezt a jogszabályt. Az aktív eutanáziáról hozott 1997. évi alkotmánybírói határozat után csaknem két évtizeddel jogi kételyek nélkül alkalmazhatóvá vált Kolumbiában az aktív eutanázia és az asszisztált öngyilkosság.”⁹⁷ „Az aktív eutanáziát Kolumbiában akkor is végre lehet hajtani, ha a páciens cselekvőképtelen állapotban van. Ehhez az szükséges, hogy cselekvőképes állapotban még korábban írásba foglalja az eutanáziakérelmét, vagy hang- és képfelvétel útján fejezze ki ezt a kérelmét. Tehát a kolumbiai jogrend aktív eutanázia esetére is alkalmazni engedi a *living will* intézményét. Az eutanáziát kérő páciens számára megfelelő kezelést kell felajánlani, és ha ezt elutasítja, majd ismét kifejezi az eutanáziakérelmét, a kezelőorvosának egy háromtagú bizottság elé kell terjeszteni a kérelmet. A bizottság egyik tagja a páciens betegségének szakorvosa, továbbá egy jogász, valamint egy pszichiáter vagy klinikai szakpszichológus kell, hogy legyen. Az aktív eutanáziát csak e háromtagú bizottság egyhangú jóváhagyásával szabad elvégezni.”⁹⁸

Julesz Máté az *Orvosi jog működés közben* című könyvének 78–82. oldalain a kanadai fejleményekről is részletesen tudósít; az angol-walesi helyzetet illetően pedig a következőket írja: „Az angol–walesi jogban legutóbb 2013-ban és 2015-ben is készült törvényjavaslat az asszisztált öngyilkosság legalizációjáról, de egyiket sem szavazta meg a törvényhozás. Jelenleg az a különleges lehetőség létezik a hozzátartozók számára, hogy a legfőbb ügyésztől (*Director of Public Prosecutions*) előzetes megerősítést kérhetnek arról, hogy, amennyiben

⁹⁷ Ld. uo. 67–68.

⁹⁸ Ld. uo. 68.

segédkeznek a beteg hozzátartozójuk öngyilkosságában, akkor utóbb nem folytatnak majd ellenük büntetőeljárást. Ekkor a legfőbb ügyész azt mérlegeli, hogy az öngyilkosságban segítő hozzátartozó a kérelmében foglaltak szerint megvalósít majd bűncselekményt, vagy nem.”⁹⁹

4. Konklúzió

A fentiekben említett változások jól mutatják a tendenciát: az abortuszszabályozáshoz hasonlóan az „eutanázia”, „asszisztált öngyilkosság” állami megengedése – az egyén autonómiájának, önrendelkezésének e tekintetben is megjelenő hangsúlyozása – az utóbbi években egyre inkább terjed. Véleményem szerint mind kánonjogilag, mind világi jogilag olyan autonómia és életvédelem, életvégi döntés a helyes, amely valóban segít a bajban lévőknek, szenvedőknek, mellőzi a „túlbuzgó gyógyítás”-t. Ennek megfelelően mondhatjuk: *segítségért kiáltunk – bármennyire kívánjuk a halált; ne köteleket – és ne is tortúrákat – adjunk, hanem igaz szeretetet,*¹⁰⁰ *kérlek, Uram, adj okosságot, erőt, hogy a halált szándékol szerint ne sietessük és ne késleltessük,*¹⁰¹ *„Ragyogjon ránk a te arcod világossága, Urunk.”*¹⁰²

⁹⁹ Ld. uo. 89–91.

¹⁰⁰ Részletesen ld. pl. Szent II. János Pál pápa, „*Salvifici doloris* kezdetű apostoli levél az emberi szenvedés keresztény értelméről a Katolikus Egyház püspökeihez, papjaihoz, szerzetescsaládjaihoz és hívőikhez.” 1984. február 11. In: Diós István (szerk.), *II. János Pál megnyilatkozásai. Pápai Dokumentumok 1978–2005.* 1. kötet. Budapest, Szent István Társulat, 2005. 271–302. (ford. Mártonffy Marcell); Hámori (2009/a) i. m. 13–14., 23–84., 187–201., 216–228., 237–242.

¹⁰¹ Ld. pl. 1Sám 2,6; Bölcs 1,12,16; 16,13–14.

¹⁰² Ld. VS 2. pont; Zsolt 4,7b: „*Ragyogtasd ránk arcodat, Uram,*”; vö. pl. VS 40., 42. pont.

HÍREK
BÚCSÚ DR. PRUZSINSZKY JÓZSEFTŐL
1929-2020.

1995. évnek egy szép őszi délutánján klinikai szobámban két úr keresett fel. Egyikben volt tanítványomat, a másikban önkormányzati képviselőtársamat ismertem fel. Azért kerestek fel, hogy meghívjanak a Jeruzsálemi Szent Sír Lovagrendbe. Amely szervezetről akkor még úgyszólván semmit sem tudtam. József barátom vitte a szót. Bemutatta a Rendet, annak működését, szervezetét. Mivel akkortájt éppen a keresztes hadjáratok történetével foglalkoztam, Józsefet és társát isteni küldötteknek tekintettem.

Pruzsinszky József valóban „delegátus” volt. Mint a Rendhez való csatlakozásom után novíciusmesterem, bevezetett a szervezet életébe. Megtanította, mit jelent elköteleződni egy ügy iránt, személyes példájával hitelesítve a mondottakat. A Lovagrend tagjainak egy generációját nevelte és tanította a szentföldi kereszténység iránti odaadásra, áldozatvállalásra. Mint a Rend vezetőségének főtisztis rangú tagja, amíg ereje engedte, mindig aktív és konstruktív módon vett részt a közös feladatok megoldásában.

Pruzsinszky József a Magyar Bioetikai Társaságnak alapító tagja (1993), majd főtitkára. A Társaság *Magyar Bioetikai Szemle* című kiadványa egyik szerkesztője. Munkája elismeréseként 2017-ben Gaizler Gyula emlékéremmel tüntették ki. Ebben a minőségben egészen a betegsége kezdetéig aktívan részt vett. Kongresszusokat szervezett, aktívan tevékenykedett a Magyar Bioetikai szemle szerkesztésében is. Következésképpen képviselte egy meggyőződéses keresztény szakember álláspontját.

Egész életén keresztül végighúzódik a közösség iránti elköteleződés, közösségi aktivitás. Számos kitüntetésben, díjban részesült. Díszpolgára szűkebb lakóközösségének, a Tisztviselőtelepnek is. A Vajda Péter utcai Általános és Sportiskola Iskolaszékének sok éven keresztül elnöke volt. Alapító tagja a Józsefvárosi Értéktár Bizottságnak. Az ELTE Trefort Ágoston „Trefortos Öregdiák Egyesület” megalakításának egyik szervezője, majd elnöke. 2017-ben munkásságát „Örökös Tiszteletbeli Elnök” címmel jutalmazták. A Szervezési és Vezetési Tudományos Társaságban végzett munkássága alapján 1987-ben Hevesy Gyula Díjjal tüntették ki.

A hűség, az elköteleződés nem csupán 62 éves, boldog házasságának jellemzője. Hűség a bölcsőhelyhez, a lakóközösséghez, a városhoz. A rendszerváltás után együtt dolgoztunk a józsefvárosi önkormányzatban, választott képviselőként. Ismeretségünk is innen származik. Régi tisztviselőtelepi polgári család sarjaként mindvégig hűséges maradt szűkebb pátriájához. Sőt, önkormányzati képviselője lett körzetének a Józsefvárosban. Sokat tett a kerület, szűkebb körzete fejlődéséért, szépítéséért. Krónikása lett a Tisztviselőtelepnek. Pap Zsolttal közösen társszerzője a Telep 115 éves történetét bemutató, 4 kötetből álló könyvsorozatnak. A könyvírás mellett sok éven keresztül a népszerű „Telepi séták” szervezője és vezetője volt. Írásaiban nem egyszer az utolsó pillanatban rögzítette az elsuhanó időt. Megörökítette azt a polgári világot, amelynek ő és családja egyik utolsó képviselője. Mélyen gyökerezett a múltban, ezért is tudott olyan szilárd, megingathatatlan lenni a jelenben. Könyvet írt a tisztviselőtelepi Magyarok Nagyasszonya Plébániatemplomról.

Lassan, fokozatosan hagyta el a jelent, hite, meggyőződése a jövő felé fordította figyelmét. A mennyei Jeruzsálem vonzása egyre erősödött. Öröklétbe költözésével egy bámulatos, harmonikus, gazdag életpályára kerül Krisztus katonájának koszorúja.

Drága testvérünk, barátunk, mesterünk!

Deus lo vult!

Nyugodjál békében.

Tringer László

Prof. emeritus

ELHUNYT DR. GELEJI JÓZSEFNÉ

„Olyan csend van így nélküled,
hogy szinte hallani,
amit még utoljára
akartál mondani”
(Váci Mihály)

A kongresszusunk előtt kaptuk a hírt, hogy meghalt dr. Geleji Frigyesné, született Marton Judit. Temetésén sokan voltak Társaságunk tagjai közül is a kelenföldi Szent Gellért plébániatemplom urnatemetőjében.

2013-ban, elnökké választásomkor kerültem vele közelebbi kapcsolatba, felajánlotta támogatását és segítségét. Előtte a Magyar Bioetikai Alapítvány titkára volt, mikor az elnöki funkciót Dr. Duray Aladár töltötte be. Judit kedves, mosolygós egyéniségét azonnal a szívembe zártam, bár nem sokat tudtam az életéről. Minden tudományos ülésen részt vett, akiket az email meghívó nem ért el, azokat a tagokat, érdeklődőket telefonon hívta az ülésre. Minden konferencián segített a regisztrációban, készítette a szendvicseket, fogadta a vendégeket. Közel laktunk egymáshoz, ezért a közgyűlési jegyzőkönyvek hitelesítésére mindig Őt kértem fel. Sosem fogom elfelejteni az utolsó alkalmat, amikor a jegyzőkönyv hitelesítésére az aláírásáért elszaladtam hozzá és nagyon kedvesen invitált, hogy üljek le nála, beszéljünk. Sokat tudott társaságunk régebbi életéről, amit jó lett volna megismernem. Sajnos siettem, azt ígértem, hogy majd később lesz időm, majd egyeztetünk. Ezt az elszalasztott alkalmat mindig bánni fogom. Mikor megtudtam, hogy súlyos beteg, felhívtam telefonon. Hangja olyan volt mit régen, nem panaszkodott, nem beszélt a fájdalmairól. Halálhíre, bár várható volt, de nagy szomorúságot okozott. Sugárzó kedves személyisége hiányzik. Nyugodjék békében, hol nincs fájdalom, sem aggodás, sem sóhaj, de végtelen élet.

dr. Rojkovich Bernadette

BEMUTATKOZÁS A SEMMELWEIS EGYETEM MAGATARTÁSTUDOMÁNYI INTÉZETBEN

Prof. Dr. Kovács József, a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet igazgatójának meghívására 2020. március 4-én a Magyar Bioetikai Társaság (MBT) elnökségének három tagja tartott előadást a tudományos ülésükön.

A bemutatkozó előadást Dr. Rojkovich Bernadette kezdte, a MBT történetét, a Semmelweis Egyetemmel való kapcsolatát ismertette. Dr. Jávor András „*A generációk közti kapcsolatok etikája és a család szerepe*” témakörben tartott előadást. Prof. Dr. Tringer László „*A depresszió és a Hume-guillotine*” kapcsolattól beszélt.

A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete és a MBT között évtizedek óta fennálló kapcsolatot tovább szeretnénk erősíteni. 2015. május 28-án a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen (PPKE) tartottunk közös rendezvényt, melynek témája a krónikus betegek ellátásának etikája, a hoszpisz rendszer, a gerotanatólógia és a végstádiumú szívelégtelen betegek palliatív ellátásának etikai kihívásai voltak. Prof. Dr. Kovács József több alkalommal tartott előadást konferenciánkon.

Felidézve a MBT történetét, megemlékeztünk dr. Gaizler Gyuláról. A MBT-ot dr. Gaizler Gyula 1993-ban alapította a Keresztény Ökumenikus Baráti Társaság és a Keresztény Orvosok Magyarországi Társasága (KOMT) közös szakosztályaként működő Krisztusi Bioetikai Központ bázisán. Dr. Gaizler Gyula az ORFI-ban volt radiológus főorvos az ORFI-ban szerveződő Intézeti Kutatásetikai Bizottság megalakításában nagy szerepe volt, a Bizottság titkári teendőit dr. Rojkovich Bernadette látta el, jogásza dr. Sándor Judit volt. Gaizler Gyula tanított bioetikát a PPKE-n, teológiai doktori fokozatot szerzett „*A szervátültetés erkölcszológiai szempontjai*” címmel. Feleségének, Madarász Juditnak a társasági élet, a teadélutánok, konferenciák szervezésében nagy szerepe volt. A hasonló szellemiségű társaságok ebben az időben összefogtak, jártak egymás rendezvényeire. A KOMT elnöke Drenyovszky Irén és Simon Lajos gyermekgyógyászok, Makó János belgyógyász-nephrológus (a MOK Etikai Kódex egyik kidolgozója) elődeink nagy generációjához tartoztak.

A Társaság Alapszabályában megfogalmazott céljai és feladatai közé tartozik a bioetika és határterületeinek tudományos igényű tanulmányozása, fejlesztése, az etikai állásfoglalások terjesztése elsősorban előadások, konferenciák, tanfolyamok rendezésével. Évente kétnapos konferenciát tartunk a PPKE

dísztermében, kéthavonta pedig műhelymunka keretében előadásokat, megbeszéléseket.

Multidiszciplináris megközelítésben egy bioetikai kérdést több oldalról meg kell vizsgálni, minden résztvevő a saját szakmájában szakértő, így nem könnyű egymás tudományos nyelvét megérteni. A tudományos érvek mellett a világnézeti hovatartozás is alapvetően meghatározza a véleményalkotást egyes kérdésekről. A bioetika feladata részt venni az állami jogalkotások előkészítésében, védeni az emberi élet szent és sérthetetlen voltát, személyes emberi méltóságát, fogantatástól kezdve a természetes végéig. 2020. évi tervezett konferenciánk témája „A bioetika új kihívásai. 25 éves az *Evangelium Vitae* enciklika”. Sajnos a konferencia szervezését a pandémia megállította.

Folyóiratunk, a *Magyar Bioetikai Szemle* évente négy alkalommal jelenik meg. 2016 óta a Magyar Tudományos Művek Tára (MTMT) által is jegyzett folyóirat. A tudományos igényű írások a „Tanulmányok” rovatban két lektor véleményezése után jelennek meg, a „Fórum” rovatban lehetőség van egy-egy téma több oldalról való megközelítésére. Honlapunkon (bioetikai-tarsasag.hu/) a MBT alapszabálya, a *Szemle* archívuma és az aktuális programok megtalálhatóak. A bioetika iránt érdeklődőket szeretettel várjuk tagjaink sorába, ha az alapszabályt elfogadják és a jelentkezési lapot kitöltik. Orvos-biológus, teológus, filozófus, jogász szakembereket szeretnénk toborozni, akik megnevezik a prioritásokat, lépést tartanak a tudomány és technika fejlődésével; több keresztény orvosszervezettel együtt állásfoglalásokat tudunk megfogalmazni. Az élet kultúrájának terjesztésében párbeszédet szeretnénk folytatni minden jószándékú emberrel a keresztény hagyomány szellemében, figyelemmel a más eszmei irányzatok szempontjaira.

dr. Rojkovich Bernadette

HIT ÉS HIVATÁS

2020. január 18-án a Párbeszéd Házában „Hit és hivatás” címmel lelki napot tartottak a T72 szervezésében. Jézus kiválasztott tizenkét apostolt, hogy emberek halászává tegye őket, a hetvenkét tanítvány számára is egyértelmű volt a küldetés: A tanítványoknak szóló üzenet nekünk szól, akik tanárként, mérnökként, orvosként, pékként, közgazdászként vagy más szakmában, édesanyaként vagy édesapaként élünk a 21. századi Magyarországon. A szakmánk valójában a hivatásunk-e? Munkánk során meglátják-e bennünk Krisztust? Hogyan visszük el az Örömhírt a munkahelyünkre? A hivatásról szóló előadások között kiscsoportos beszélgetéseken lehetőség adódott személyes tanúságtételekre. A nap végén Dr. Erdő Péter bíboros, prímás, esztergom-budapesti érsek celebrált szentmisét.

dr. Rojkovich Bernadette

CSEVEGŐROBOTOK AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

A JAMA 2020. július 24-i számában John D. McGreevey és két szerzőtársa a csevegőrobotok (chatbot) egészségügybe integrálásához javasol egy keretrendszert. Ezek a robotok, más néven a társalgási ügynökök (communication agents/CA), olyan mesterséges intelligencia (AI) programok, amelyek párbeszédet folytatnak a felhasználókkal, hang és szövegfeldolgozás útján értelmezik kérdéseiket vagy panaszait, és szöveges üzenetben, képből vagy hang formájában válaszolnak rájuk. A társalgási ügynökök általában az emberi beszélgetést utánozzák a gépi tanulás alkalmazásával, és ellentétben állnak az előre megírt szöveges üzenetekkel, amelyek csak előre formalizált emberi inputokat fogadnak el, és azokra előre beállított üzenetekkel válaszolnak. A beszélgető ügynökök mára már ismert eszközök a fogyasztás különböző színterein (pl. számlázási kérdések), de újabban egyre gyakoribbak az egészségügyben is, különösen most a koronavírus (COVID-19) járvány idején, amikor a telemedicina alkalmazások egyre jobban térnyernek. A szerzők javaslatot tesznek azokra a klinikai, etikai és jogi szempontokra, amelyeket figyelembe kell venni, mielőtt ezeket alkalmaznák az egészségügyben is. És bár a COVID-19 megjelenése és az azt kísérő társadalmi távolságtartás több egészségügyi rendszert készített az automatizált csevegőrobotok felfedezésére és alkalmazására számos országban, így az USA-ban is, a szerzők továbbra is óvatosságra és átgondolásra intenek a széleskörű alkalmazás előtt. 12 különböző fókuszterületet határoznak meg, amelyeket figyelembe kell venni, amikor a chatbotok, vagy hivatalosabban a „beszélgető ügynökök” alkalmazását tervezik a klinikai ellátásban.

Ez a cikk kifejezetten a csevegőrobotokat tárgyalja, amelyek természetes nyelvi feldolgozást használnak, azaz olyan mesterséges intelligenciára (AI) alapozott működést, amely a beszélgetések során a használt nyelv „megértésére” törekszik, és abból következtetéseket von le, és adatkapcsolatokat épít ki belőlük, hogy értelmes és klinikailag releváns válaszokat nyújtson. Az egészségügyben ezek az üzenetek és az emberek erre adott reakciói rendkívül fontosak, és kézzelfogható következményekkel járnak. A chatbotok képesek egyrészt növelni a kommunikáció értékét, másrészt zavart vagy akár kárt is okozhatnak. Példaként említik meg, hogy ha egy beteg azt mondja, hogy kárt fog okozni saját magának, akkor azt többféleképpen lehet értelmezni. A példával kapcsolatban több kritikus területet is megemlítenek. Ilyen egyrészt a megbízhatóság kérdése. Ki ellenőrzi és milyen gyakran a chatbotokat és ez mennyire átlátható? De ugyanígy mérlegelendő a bizalom kérdése, hiszen nem mindegy, hogy a beteg mennyire veszi komolyan az így kapott választ.

Felmerülhetnek jogi aggályok is, ha egy chatbot nem teljesíti a feladatát. Ki a felelős ezért? De hatásköri kérdések is felmerülhetnek ilyenkor, hiszen ebben az esetben lehetséges, hogy csak ember adhatna választ az ilyen jellegű kérdésekre. Nem válaszolt ma még senki sem arra, hogy a csevegőrobotok a klinikusok képességeit növelik meg, az ő segítők, vagy pedig a mesterséges intelligencia segítségével önállóan működhetnek. Még a COVID-19 fenyegető terjedése esetén is érdemes ezeket a megfontolásokat tisztázni, hiszen nem mindegy, hogy ha a beteg köhögésről panaszkodik, akkor a robot szól az egészségügyi személyzetnek vagy önállóan tovább kérdez, hogy tisztázza a problémát és döntést is hoz a végén.

A chatbotoknak komoly jövőjük van az egészségügyben, hiszen eredményesebbé tehetik a gyógyítást, csökkenthetik a szűkös szakszemélyzet terheit és az egészségügyi rendszerek működési költségeit, de az értékelés és a kutatás kulcsfontosságú lesz ebben a helyzetben is: mind a zökkenőmentes működés biztosítása érdekében, mind a betegek és az egészségügyi dolgozók bizalmának megőrzése céljából.

„Meggyőződésünk, hogy a munka nem akkor zajlik, amikor a beszélgető ügynököt bevetik” - mondta McGreevey a Pennsylvániai Egyetem Orvosi Karáról. „Ezek egyre hatásosabb technológiák lesznek, amelyeket meg kell érdemelni, és nem csak a bevezetés előtt, hanem a betegekkel folytatott munkájuk teljes életciklusa alatt is figyelemmel kell kísérni működésüket.”

(John D. McGreevey, C. William Hanson, Ross Koppel. Clinical, Legal, and Ethical Aspects of Artificial Intelligence–Assisted Conversational Agents in Health Care. JAMA, 2020; DOI: 10.1001/jama.2020.2724)

(Szemlézte: dr. Jávor András)

ETIKAI KERETRENDSZER A COVID-19 VAKCINÁK GLOBÁLIS SZÉTO SZTÁSÁHOZ

A Science idei 6509. számában (szept.11.) Ezekiel J. Emanuel (Pennsylvania Egyetem, Orvosetikai Tanszék) és munkatársai javaslatot tettek a kifejlesztésre kerülő koronavírus vakcinák fair elosztási rendszerére. Ti. ha kifejlesztésre kerülnek a valóban hatásos vakcinák, akkor mindenki azzal számol, hogy kezdetben a rendelkezésre álló kapacitások szűkek lesznek. Ez felveti azt a kérdést, hogyan lehet ezeket igazságosan elosztani az országok között. Számos szempont merül fel, amelyek érintik a közvéleményt, a diplomáciát, a gazdaságot, a közegészségügyet és egyéb szempontokat is. Ennek ellenére sok ország vezetője, nemzetközi szervezet és oltóanyaggyártó elismeri, hogy **a döntéshozatal egyik központi tényezője az etika**, azonban kevés előrelépés történt az oltások tisztességes nemzetközi bevezetésére. Sokan egyetértenek a „COVID-19... vakcina igazságos elosztásával” anélkül, hogy leírnának egy keretet vagy ajánlásokat fogalmaznának meg. Két érdemi javaslat született a COVID-19 vakcina nemzetközi elosztására vonatkozóan, de ezeket a szerzők súlyosan hibásnak ítélik. Javaslatuk etikailag védhetőbb és praktikusabb a COVID-19 vakcina méltányos terjesztésére: ez a „Fair Prioritás Modell”.

A méltányos prioritású modell elsősorban három csoportnak készült. Az egyik a COVAX Vakcina Szövetség amelyet a – GAVI, az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és az Epidémiás Készenléti Innovációs Koalíció (CEPI) vezet –, amely oltóanyagokat kíván vásárolni az országok közötti méltányos elosztás céljából. A második csoport az oltóanyag-gyártók. Szerencsére sok gyártó nyilvánosan elkötelezte magát az oltások „széles és méltányos” nemzetközi terjesztése mellett. Az utolsó csoport a nemzeti kormányok, amelyek közül néhány szintén nyilvánosan elkötelezte magát a tisztességes elosztás mellett. Ezek a csoportok olyan keretrendszert igényelnek, ami az etikai értékek mentén nem csak a hatalmi pozícióról, hanem az érdekek összehangolásáról is szól.

Az első ütközőpont a nemzeti részrehajlás. Sok esetben a saját országukban kifejlesztett vakcinát a nemzeti kormányok elsősorban saját állampolgáraik számára kívánják felhasználni. Többen ezt a nemzeti részrehajlást etikátlannak tartják, hangoztatva azt, hogy az emberek életmentő forrásokhoz való hozzáférése nem függhet azok nemzeti hovatartozásától. Ugyanakkor bizonyos nemzeti prioritás elfogadható, így a prioritás mértéke az igazi kérdés. A szerzők úgy látják, hogy a határ a járvány terjedési értékének 1 alá való szorítása

A sikeres oltás közvetlen hasznot hoz, hiszen megvédi az embereket a fertőzés okozta haláltól és morbiditástól. Közvetett előnyökkel jár, mert csökkenti a járvány által túlterhelt egészségügyi rendszerek okozta halálozást és morbiditást is, valamint csökkenti a szegénységet és a szociális nehézségeket, így például a bezárt iskolákból eredő oktatási károkat. A hátrányos helyzetűek rangsorolása ugyanúgy alapvető érték az etikában és a globális egészségpolitikában. Ezért az oltóanyag terjesztésnek tükröznie kell a hátrányos helyzetű emberek iránt érzett közös, globális felelősséget is. Ugyanúgy nem szabad különbséget tenni nem, faj és vallás alapján embercsoportok között.

A szerzők által javasolt „Fair Prioritási Modell” a COVID-19 jövőbeli káros hatásainak enyhítését veszi alapul. Háromféle kárra koncentrálnak. Figyelembe veszik, hogy a COVID-19 halálos lehet, ill. maradandó szervkárosodást is képes okozni. Közvetetten kárt okoz a nem fertőzöttek számára is, hiszen betegségeik esetén nehezebben jutnak ellátáshoz az egészségügyi rendszer túlterhelése és a zárások miatt. Harmadszor gazdasági válsághoz, munkanélküliséghez, elszegényedéshez vezet.

A három szempont esetén különösen fontos és első helyen kezelendő a halálozás csökkentése, megelőzése. A halál azonban nem az egyedüli visszafordíthatatlan káresemény. A fertőzés következtében kialakuló szervkárosodások hosszú távú következményekkel járhatnak, sok esetben ennek következtében állásvesztést, munkanélküliséget és szegénységet okoznak. A javasolt modellben prioritást kapnak ezek a kérdések. A második szakaszban az egészségkárosodások mellett már a gazdaság is a fókuszba kerül. Így csökkenhet a munkanélküliség, a szegénység, ami pozitívan hat vissza a lakosok egészségi állapotára is. A harmadik szakasz a vírus közösségi terjedését csökkenti, helyreállítva a korábbi gazdasági és szociális kapcsolatokat országon belül és országok között. A modell egyes fázisainak megvalósításához meg kell határozni az egyes országokban az ehhez szükséges vakcina dózisok mennyiségét és az átvétel sorrendjét is.

Két tervet javasolnak a jövőbeli COVID-19 vakcina nemzetközi terjesztésére. A WHO is azt javasolja, hogy az országok az I. fázisban lakosság arányos mennyiségben jussanak hozzá a vakcinához, és a lakosság 3%-a legyen beoltva. Ez addig folytatódjon, amíg minden ország be nem oltotta a lakosságának 20%-át. Téves azonban azt feltételezni, hogy az egyenlőség megköveteli a különböző helyzetben lévő országokkal szemben az azonos bánásmódot, pedig inkább a különböző igényeikre való méltányos reagálást kell előnyben részesíteni. A HIV példáján megértjük, hogy nem a lakosság száma számít, hanem a betegség elterjedtsége. Ha lenne HIV vakcina, nem a lakosság száma lenne az elosztás

meghatározó tényezője. Ezért COVID-19 által okozott pusztítás mértéke fontosabb, mint az adott ország lakosság száma.

A második javaslat az oltásokat osztja el az országokon belül az ellátás frontján dolgozó egészségügyi szakemberek száma, a 65 év feletti népesség aránya és a társbetegségben szenvedők mértéke szerint. Ez a javaslat prioritásként kezeli azoknak a védelmét, akik ha meghalnak, megbetegszenek, leginkább járulnak hozzá az egészségügyi rendszer összeomlásához. De empirikus a kérdés, hogy ez a prioritás optimálisan csökkenti-e a halálozást, nem beszélve az idő előtti halálozásról vagy a súlyos gazdasági károkról. Hiszen gazdagabb országokban az egészségügyiek jobban el vannak látva védőfelszereléssel, mint a szegényebb államokban dolgozó sorstársaik. Mivel az alacsony és közepes jövedelmű országokban kevesebb az egy főre jutó idősebb lakos és az egészségügyi dolgozók száma is, mint a magas jövedelmű országokban, ez a rendszer kevesebb vakcinát osztana ki azoknak az országoknak, amelyek már hátrányos helyzetben vannak a gyengébb egészségügyi rendszerek és a rövidebb átlagos élettartam okán.

A szerzők is számolnak azzal, hogy nehéz etikusan és politikailag semleges elosztani a vakcina készleteket. Akik döntenek, azok figyelembe veszik az adott országok belső viszonyait és saját értékrendjük is befolyásolja döntéseiket. Ha úgy ítélik meg, hogy a diktatórikus berendezkedés egy adott országon belül az eliteket prioritálja, akkor felborulhat az a szempontrendszer, amit a szerzők ajánlanak. De mérlegelés tárgya lehet a beadáshoz rendelkezésre álló infrastruktúra is, ami ha nem áll rendelkezésre, a készletek pazarlásához vezethet. Ugyancsak el kell kerülni, hogy a „Fair Prioritás Modellje” méltánytalanul hátrányos helyzetbe hozza azokat az országokat, amelyek oltás nélkül is hatékonyan elnyomták a vírusfertőzést, és megjutalmazza azokat, akik rosszul reagáltak a pandémiás kihívásra. Arra is figyelni kell, hogy az indikátorok sok esetben bizonytalan adatokon alapulnak és/vagy perverzen ösztönözhetik az országokat arra, hogy eltúlozzák a COVID-19 kiterjedését és ártalmait annak érdekében, hogy több vakcinát kapjanak.

A szerzők meg vannak győződve, hogy az általuk javasolt modell gyakorlati lehetőséget nyújt a kormányoknak, a nemzetközi szervezeteknek és az vakcinagyártóknak, hogy teljesítsék az oltások igazságos és méltányos terjesztésére tett ígéreteiket, és szavaikat tettekre váltsák.

(Ezekiel J. Emanuel et al., *Science* 11 Sep 2020: Vol. 369, Issue 6509, pp. 1309-1312

DOI: 10.1126/science.abe2803)

(Szemlézte: dr. Jávora András)

NÉMETORSZÁG – KIT OLTSANAK BE ELŐSZÖR?

2020. november 9-én a Német Etikatanács, az Állandó Oltási Bizottság és a Leopoldina Nemzeti Tudományos Akadémia közös ajánlást tett közzé a javasolt COVID-19 elleni német vakcinációs stratégiáról arra az időszakra nézve, amikor még nem áll elegendő oltóanyag rendelkezésre, hogy bárki korlátlanul hozzájuthasson. A legfontosabb, hogy a folyamat előre jogilag rendezett legyen. A prioritásokat a létező etikai és jogi alapelvek mentén kell meghatározni, azaz tiszteletben kell tartani az emberek önrendelkezési jogát, integritásának védelmét, a „nil nocere” elvet, az igazságosságot, a jogegyenlőséget, a szolidaritást és a sürgősséget.

Ezeket az etikai és jogi elveket tükrözik a megfogalmazott célok. Kiemelten fontos a betegség súlyosbodásának elkerülése, különösen a hospitalizáció és a halálos kimenetel visszaszorítása. Ezért kerülnek fókuszba a krónikus betegek, idősek. Kiemelten kell kezelni azokat, akik munkájukból adódóan fokozott fertőzési veszélynek vannak kitéve (foglalkozási indikáció). Előnyben kell részesíteni azokat is, akik az állam és a társadalom számára fontos területeken dolgoznak, mint például a rendőröket és katasztrófavédelem munkatársait, de a tanárokat és az oktatókat is.

A védőoltások lebonyolítását úgy kell megszervezni, hogy az oltási célok teljesüljenek. Ehhez megfelelő, új struktúrát kell létrehozni. Egységes, átlátható, ezáltal a lakosság bizalmát élvező és széles körben elfogadott vakcina elosztási rendszer kiépítése és megvalósítása szükséges. Ez feltételezi, hogy nem a házi orvosokon keresztül történik a lakosság beoltása, hanem az új oltási központok lesznek ezek felelősei.

Az oltáshoz tájékozott, önkéntes beleegyezés szükséges. Ezért a prioritási kritériumokat érthető módon kell bemutatni a lakosság számára. Az ajánlás készítői szerint szóba sem jöhet egy differenciálatlan, általános, kötelező vakcináció Németország szerte.

A lakosság folyamatosan kapjon tájékoztatást a vakcináció hatásosságáról és annak kockázatairól. Az esetleges oltási kockázatok korai stádiumban történő

felismerése és minimalizálása érdekében az összes oltási eseményt a kezdetektől fogva egy országos nyilvántartásba kell rögzíteni, amely lehetővé teszi a nemkívánatos hatások értékelését. Ennek érdekében az ajánlás készítői elengedhetetlennek tartják egy olyan központi adatbázis létrehozását, amely a COVID-19 oltásokat termékspecifikusan tartja nyilván, és amely folyamatosan tájékoztatást ad a vakcináció előrehaladásáról és lehetővé teszi az oltási arányok pontos meghatározását is.

(forrás: [Gemeinsames Positionspapier von STIKO, DER und Leopoldina](#) (pdf | 2 MB))

Szemlélzte: dr. Jávor András

SZERZŐINK

Dr. Makó János belgyógyász, nefrológus, az orvostudomány kandidátusa, a Magyar Bioetikai Szemle Szerkesztő Bizottságának tiszteletbeli elnöke

Dr. Blaskovich Erzsébet belgyógyász, kardiológus, geriáter szakorvos, a Magyar Bioetikai Szemle Szerkesztő Bizottságának tagja

Dr. Hámori Antal PhD, egyetemi docens, BGE, jogász, kánonjogász, az International Business School főiskolai tanára

Dr. Tringer László professor emeritus, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikájának volt igazgatója, a Magyar Bioetikai Szemle Szerkesztő Bizottságának tagja

Dr. Rojkovich Bernadette, PhD, a Budai Irgalmasrendi Kórház Reumatológiai Centrumának osztályvezető főorvosa, a Magyar Bioetikai Társaság elnöke, a Magyar Bioetikai Szemle Szerkesztő Bizottságának tagja

Dr. Jávor András orvos, informatikus, nyugalmazott közigazgatási államtitkár, a Magyar Kormánytisztviselői Kar tiszteletbeli elnöke, a Magyar Bioetikai Társaság elnökségi tagja, a Magyar Bioetikai Szemle Szerkesztő Bizottságának tagja

TARTALOM

Turgonyi Zoltán: Lectori salutem.....	1
---	---

TANULMÁNYOK

Makó János: A Magyar Orvosi Kamara etikai kódexének előzményei.....	3
---	---

Blaskovich Erzsébet: A vezető haláloki kórképek újabb terápiás lehetőségei versus eutanázia.....	13
--	----

Hámori Antal: Az „eutanázia” aktuális kérdései (etikai, jogi, teológiai aspektusok).....	24
--	----

HÍREK

Tringer László: Búcsú Dr. Pruzsinszky Józseftől.....	55
--	----

Rojkovich Bernadette: Elhunyt dr. Geleji Józsefné.....	57
--	----

Bemutakozás a Semmelweiss Egyetem Magatartástudományi Intézetében.....	58
--	----

Hít és hivatás.....	60
---------------------	----

Csevegőrobotok az egészségügyben.....	61
---------------------------------------	----

Etikai keretrendszer a Covid-19 vakcinák globális szétosztásához.....	63
---	----

Németország – kit oltsanak be először?66

SZERZŐINK.....68