

u: jobbágyi Gabol

uod: EUTANÁZIA

## Cím EUTANÁZIA II.

Kívánatra ölés

### Egyes országok joggyakorlata az eutanáziakérdésben

Egyesült Államok, Hollandia, Stb.

Nagy-Britanniához és Németországhoz hasonlóan a 19. század második felében orvosi folyóiratokban kezdődött vita az eutanáziáról. 1903-ban írta Simeon Richter *The Natural Right to a Natural Death* című cikkét, melyben kifejti, hogy az orvos nem minden esetben kell hogy igénybe vegye a modern orvosi eszközöket a beteg életének meghosszabbítására. 1906-ban Ohióban már törvényjavaslatot terjesztenek elő, hogy a súlyosan sérült vagy gyógyíthatatlan betegeket az orvos fájdalommentesen megölhesse. A javaslatot elutasították.<sup>64</sup> 1938-ban megalakult az Euthanasia Society of America. A náci eutanáziagyakorlat nyilvánosságra kerülése hosszabb időre visszavetette a „pro eutanázia” mozgalmat. Az American Medical Association az ötvenes-hatvanas években egyértelműen kiállt az aktív eutanáziával szemben. A betegek önrendelkezési jogának erősödése és az orvostudomány eredményeinek, eszközeinek fejlődése – az eszközök igénybevételének lehetősége, szükségessége – néhány fontos bírói döntésben jelentkezett.

a) *Karen Ann Quinlan-ügy*. A 21 éves lányt, miután leállt a légzése, reanimálták és lélegeztetőgépre kapcsolták 1975-ben. Mivel állapota véglegessé vált, csak mesterséges lélegeztetéssel tudták életben tartani, ezért apja felkérte az

orvosokat, kapcsolják ki a lélegeztetőgépet, amit megtagadtak. New Jersey legfelsőbb bírósága engedélyező döntése után a gépet kikapcsolták, viszont Quinlan elkezdett spon-tán módon lélegezni, bár eszméletét nem nyerte vissza. A lány csak 1985-ben halt meg, tüdőgyulladásban.

A döntés a betegek önrendelkezési jogának erősö-dése körében a „Right of Privacy” részének minősítette az életmehosszabbító orvosi eszközök kikapcsolásának lehe-tőségét.<sup>65</sup> Az eset további érdekessége, hogy a beteg *nem* halt meg a gép kikapcsolásával, ezt mindenki tudomásul vette, s még hosszú évek teltek el a természetes halál bekö-vetkezéséig.

b) 1967-től terjedt el a *Living Will* (végrendelet az élet-ről) gyakorlata; ezt Luis Kutner ügyvéd dolgozta ki. A *Living Will*ben a végrendelkező egészségesen és cselek-vőképessége teljes birtokában kijelenti, hogy ha gyógyítha-tatlanul megbetegszik, nem kívánja, hogy életét különle-ges orvosi eszközökkel meghosszabbítsák. A *Living Will* alkalmazását először 1968-ban Florida fogadta el törvény-ben, majd 1976-ig további 15 tagállam. Az előbb említett Karen Quinlan ügy volt az első, ahol gyakorlatilag alkalmazták ezt az elvet. 1976-ban először Kaliforniában szavaz-ták meg a *Natural Death Act*ot, mely szerint ha a betegnél két orvos gyógyíthatatlan betegséget diagnosztizál, telje-sen cselekvőképes állapotban lemondhat a további kezelés-ről. 1989-ig 38 további állam vezette be ezt a törvényt.<sup>66</sup>

c) 1983-ban Nancy Cruzan súlyos közúti baleset után mély kómába esett, s csak mesterséges úton tudták táplálni. A szülők három év múlva a mesterséges táplálás meg-szüntetését kérték az orvosoktól, majd a bíróságtól. Az USA legfelsőbb bírósága az ügyben elismerte a „halálhoz való jogot”, mint „szabadságjogot”, ha ezt egyértelműen és tanúkkal bizonyítják. (A lány tanúval bizonyítottan kije-lentette egy korábbi beszélgetésben, hogy nem akarna to-vább élni, ha egy balesetben agya súlyosan károsodna.)

A döntés után kivették a gyomorszondát a leányból, aki 1990. XII. 26-án meghalt.<sup>67</sup> A döntés újdonsága, hogy a beteg kívánsága alapján nemcsak a modern életmeggősszabító eszközökkel való kezelés utasítható vissza, hanem az egyszerű életfenntartás is.

d) A döntéseknek a következı csoportja az öngyilkossághoz való orvosi segítségnyújtással kapcsolatos. A legnevesebb eset e körben a Kevorkian-ügy, amely hosszú éveken keresztül szerepelt a sajtóban. Kevorkian patológus orvos volt, s 1990-ben az Alzheimer-kórban szenvedı, 54 éves Janet Adkins részére a beteg akarata szerint lehetővé tette, hogy mérget vegyen be, majd egy „halálgépet” szerkesztett, melyet a beteg hozhat mőködésbe, mérget és kábítószeret adagolva magának. Michigan államban nem volt törvény, amely tiltotta volna az öngyilkossághoz való segítséget, ezért Kevorkian tovább folytatta tevékenységét, és 1996-ig további 33 beteget segített öngyilkossághoz. Közben keresetet nyújtottak be a Compassion in Dying vagy Washington ügyben, mely szerint alkotmányellenes, hogy az állam törvénye tiltja az öngyilkosságnál való orvosi segítségnyújtást. Hasonló volt a kereset New Yorkban a Quill vagy Koppal ügyben. A Legfelsıbb Bíróság mindkét keresetet elutasította 1997. VI. 26-án, és megállapította, hogy *„egyetlen amerikaiának sincs alkotmányos joga öngyilkosságra”*. Kevorkian korábbi tevékenységén felbátorodva „eutanáziamártír” kívánt lenni, ezért 1998-ban videóra vette, hogy aktív eutanáziát követett el egy beteggel szemben, amit a CBS TV bemutatott. Másnap az államügyész emberölés miatt vádat emelt Kevorkian ellen, és az eljárásban börtönbüntetésre ítélték.

A fentieknek ellentmond az, hogy Oregon állam 1994-ben népszavazással – 51% többséggel – elfogadtatta a „Méltó halálról szóló törvényt” (Death With Dignity Act), amely lehetővé teszi az orvosnak, hogy mérget bocsásson gyógyíthatatlan betege rendelkezésére, amellyel

a beteg öngyilkos lehet. A törvény sok garanciális elemet tartalmaz (pl. csak nagykorú, teljesen cselekvőképes beteg kérheti szóban, majd írásban, két független tanú előtt, két orvosnak kell megállapítania a gyógyíthatatlanságot, részletes tájékoztatást kell adni a betegnek betegségéről, a törvény nem jogosítja az orvost aktív eutanáziára stb.). Bár Oregon államban több öngyilkosságot végrehajtottak a törvény alapján, sorsát nem tekinthetjük véglegesen lezártnak, mert az USA szövetségi törvényhozása még vizsgálja a népszavazás érvénytelenítésének lehetőségét. A legfelsőbb bíróság döntései alapján esély van az oregoni törvény megsemmisítésére.<sup>68</sup>

A fentiek alapján napjainkra elég egyértelmű kép rajzolódott ki az USA jogszolgáltatásában. Eszerint;

– A betegnek önrendelkezési joga alapján alkotmányos joga van úgynevezett gyógyíthatatlan betegségére esetén az életmeghosszabbító és életfenntartó kezelések visszautasítására. A kívánságnak a cselekvőképes beteg-től kell származnia, az orvos aktív vagy passzív életmegrövidítő cselekedetre nem jogosult.

– Az öngyilkosságra nincs alkotmányos jog, az öngyilkosságnál való közreműködés tilos.

### *Hollandia*

Hollandia tekinthető a liberális szabályozás „mintaországának” e területen is; bár a liberális gyakorlat negatív vonásairól kevés szó esik hazánkban.

A hatvanas évekig nem voltak jelentősebb eutanázia-viták az országban, a holland Btk. 293. §-a és 294. §-a tiltotta a betegek megölését, s az öngyilkosságban való közreműködést. A vita egy orvosnő 1973-as ügye után kezdődött, aki 83 éves, súlyosan beteg anyját morfiuminjekcióval megölte. A bíróság bár megállapította bűnösségét, jelképes, 1 he-

tes börtönbüntetést szabott ki. Az ügyben fontos szerepet kapott egy orvosi szakvélemény, mely megkérdőjelezte, hogy egy átlagos holland orvosnak kötelessége-e a legvégsőkig meghosszabbítani a beteg életét (pl. gyógyíthatatlan betegség, elviselhetetlen fájdalom, írásbeli rögzítése a halálba segítési kérelemnek). Az ítéletben a bíróság az elfogadható motívumot értékelte. 1973-ban a Holland Királyi Orvostársaság véleményt mondott az eutanáziáról; bár a cselekmény büntetendőségének fenntartását javasolta, a különleges orvosi eljárások mellőzését javasolta a végstádiumban. Ez évben alakult meg a Holland Önkéntes Eutanázia Társaság. 1981-ben a bíróság elítélt egy laikust, aki öngyilkossághoz segédkezett, mondván, hogy eutanázia kérdése csak az orvos–beteg viszonyban merülhet fel. Egy újabb ügyben 1982-ben egy orvos 95 éves, súlyos betegét, ismételt kívánságra két injekcióval megölte. Az alsófokú bíróságok eltérő ítéletei után a legfelsőbb bíróság a „materiális bűnösséget” megállapította, de az orvostársaság véleménye alapján a beteg kívánságát „vis maiornak” minősítette az orvos számára és felmentette 1986-ban.

1989-ben egy bizottságot hozott létre a holland főügyész az eutanáziagyakorlat vizsgálatára Jan Rimmelink professzor vezetésével. A bizottság 1991-ben az úgynevezett „Rimmelink-jelentésben” nagy vihart kavaráó tényeket tárt fel. A 405 orvossal készített interjúból kiderült, hogy 54%-uk életében már egyszer aktív eutanáziát végzett, vagy közreműködött öngyilkosságban. A bizottság véleménye szerint az összes holland haláleset 1,8%-a aktív eutanázia következménye, 0,3%-ban öngyilkosságban közreműködés történik. Viszont a fenti esetek jelentős részében – kb. 1000 eset évente, az összes haláleset 0,8%-a – szó sincs önkéntes eutanáziáról, mert hiányzik a beteg kívánsága vagy beleegyezése. Ugyanilyen aggodalomra adott okot a bizottság azon megállapítása, hogy kb. évi 20 000–30 000 esetben következik be évente haláleset kezelés megvonás,

fájdalomcsillapító túladagolása (passzív eutanázia) miatt. A R Emmelink-jelentésből levonható egyik következtetés, hogy az évi összes „eutanázia”-esetből (aktív-passzív, valamint öngyilkosságban közreműködés) mindössze körülbelül 10% az olyan eset, ahol a betegnek értékelhető kívánsága van az eutanáziára.

Más oldalról megközelítve ugyanezt a kérdést; évente körülbelül 1000 olyan haláleset fordul elő (aktív eutanázia, öngyilkosságban közreműködés), ahol a betegnek semmiféle értékelhető kívánsága nincs a halálba segítségére; vagyis évente kb. 1000 embert ölnek meg az orvosok Hollandiában akarata ellenére.<sup>69</sup> A R Emmelink-bizottság nem javasolta ugyan a holland Btk.-ban az eutanázia büntetlenségét kimondani, de javasolták a hatályos törvény módosítását az alábbiak szerint:

- a betegnek ismételten szabad akarattal kell kérni a halálba segítséget;
- a beteget fel kell világosítani betegségéről;
- a beteg állapotának elviselhetetlennek és reménytelennek kell lennie;
- nincs figyelembe vehető orvosi alternatíva, s ezt két orvos megerősíti.

1994-ben ezen elvek figyelembevételével módosították a Btk.-t: eszerint az eutanáziát végrehajtó orvosnak minden, az előbbi feltételeknek megfelelő halálesetet jelenteni kell egy bizottságnak, amely állást foglal az orvos eljárásának jogszerűségéről, s jelentést küld az ügyésznek, aki dönt arról, indít-e büntetőeljárást.<sup>70</sup>

1995-ben, a törvény hatálybalépése után megismételték az 1990-es vizsgálatot újabb 405 orvos megkérdezésével. Az aktív eutanáziaesetek, s öngyilkosságban közreműködések száma 2700-ról 3600-ra nőtt, viszont az esetek 60 %-át nem regisztrálták a törvényes módon, s nem jelentették az ügyésznek.

A törvénymódosítás hatására így az aktív eutanázia esetek és öngyilkosságban közreműködések száma jelentősen nőtt, s az esetek nagyobb része továbbra is illegálisnak tekinthető.<sup>71</sup>

A tapasztalatok ellenére 2001. október 1-jén törvényt fogadtak el „A kérésre történő halálba segítésről és öngyilkosságban való közreműködésről”. A törvény az 1994-es elvek megismétlésével további garanciális elemeket vezet be a folyamat ellenőrzésére. A törvény már lehetővé teszi – megfelelő feltételek mellett – 12–17 éves fiatakorúak eutanáziáját is.<sup>72</sup>

Megjegyzendő, hogy a gyakorlatban vita van arról is Hollandiában, hogy mely betegségek tekinthetők az aktív eutanázia alapjainak; a bíróság pl. a „Fall Chabot” ügyben elfogadta a depressziót az aktív eutanázia elfogadható alapjának.<sup>73</sup> A holland eutanáziagyakorlatban több olyan eset fordult elő, mely az emberi élet leértékelődését mutatja. Például egy holland orvost, aki betegét akarata ellenére ölte meg, megkérdezték, miért követte el tettét. Az orvos válasza: „Egyszerű, szükségem volt arra az ágyra”.<sup>74</sup> Prof. Robert Twycross, a terület angol specialistája kijelentette, hogy a jövőben azért nem várható a palliatív orvoslás támogatása Hollandiában, mert az eutanázia „egyszerűbb, olcsóbb, és kevesebb gonddal jár”.<sup>75</sup>

A törvény gyakorlati hatásáról még nincs elfogadott értékelés.

#### *Néhány más ország gyakorlatának vázlatos ismertetése*

a) *Belgiumban* 2002. május 28-án hoztak törvényt az aktív eutanázia engedélyezéséről, a holland törvényhez hasonló szigorú garanciális feltételek mellett. A törvény gyakorlati hatásáról még nincs értékelés.<sup>76</sup>

b) *Kínában*, ahol egyébként radikális születéskorlátozó programot vezettek be, több kínai vezető politikus

csodálja Hitler eutanáziaprogramját, s kijelentették: „Hitlernek ezen a ponton igaza volt”, ezért Pekingben „nagy gonddal tanulmányozzák” az eutanáziaproblémát. A kínai árvaházakból törekednek külföldre örökbe adni a gyermekeket, ha ez nem sikerül, igyekeznek éhen halasztani a gyermekeket; a halálozási arány a kínai árvaházakban 59,2 és 90% között van.<sup>77</sup> (Hasonló gyakorlathoz többször beszámoltak Romániából a Ceausescu rendszer bukása után.)

c) *Ausztráliában* 1997-ben az Északi Terület törvényt fogadott el a terminális állapotban lévő betegek jogairól, akiket a holland és a belga gyakorlathoz hasonlóan, szigorú garanciális feltételek mellett eutanáziában lehetett részesíteni. Az Ausztrál Államszövetség azonban 1997. március 27-én „Anti Euthanázia” törvényt alkotott, mely hatályon kívül helyezte az Északi Terület eutanáziatörvényét.<sup>78</sup>

d) *Nagy-Britannia*: Az ország viszonylag távol tartotta magát a problémától, az időnként felbukkanó eutanázialegalizációs törvényjavaslatokat elutasították (pl. a The Voluntary Euthanasia Society tagjának törvényjavaslata 1969-ben, vagy az 1990-es javaslata a társaságnak). Az angol jogrendszer jellegéből adódóan néhány bírói döntés keltett érdeklődést:

– 1992-ben Nigel Cox reumatológus súlyos fájdalmakkal küszködő, reumás lázban szenvedő, 70 éves betegét injekcióval megölte. Az orvost börtönbüntetésre ítélték; ezzel továbbra is büntetendő maradt az aktív eutanázia az országban.

– 1989-ben a 18 éves beteg egy futballmeccsen történt baleset után mély kómába esett. Állapota három év után sem változott. 1993-ban a kezelőorvosok a szülők teljes jóváhagyásával abba akarták hagyni a beteg mesterséges táplálását. A bíróság 1993-ban megadta az engedélyt, mert „a mesterséges táplálás abbahagyásával az orvosok nem ölni akarnak, hanem a beteg méltányolható kívánságát teljesí-



tik a halálra". A döntés megerősítette azonban, hogy ha az orvosok az életfenntartó kezeléseket meg akarják szüntetni, ehhez bírósági döntés szükséges. A beteg a mesterséges táplálás beszüntetése után 1993. március 3-án természetes módon meghalt.<sup>79</sup>

– A legújabban a Dianne Pretty vagy Director of Public Prosecution ügy kapott immár európai nyilvánosságot. A mozgásképtelen, betegsége végső szakaszában lévő asszony azt kérte a vádhatóságtól, hogy biztosítson előre büntetlenséget férjének, ha majd az őt halálba segíti. A vádhatóság elutasította a kérelmet, a felperes szerint viszont a vádhatóság élethez való jogát sérti azzal, hogy nem ő döntheti el, meddig kíván élni. A Lordok Háza 2001. november 29-i ítéletében kimondta, hogy a felperest nem illeti meg ez a jog. A felperes ezért az Emberi Jogok Európai Bíróságához fordult, amely 2002. április 29-én ítéletében megerősítette a Lordok Háza döntését, mert „az élethez való jognak nem tulajdonítható a halálhoz való jogot biztosító értelem, s ezért nem vezethető le belőle a más személy keze általi, sem az állam segítségével történő elhalálozáshoz való jog”.<sup>80</sup>

e) *Nemzetközi állásfoglalások:* Az 1987-es „Madridi deklarációról” korábban már esett szó.

A Világvallások Parlamentje 1993-ban 15 világvallás állásfoglalása alapján Chicagóban kimondta: „Minden embernek joga van az élethez, a testi sérthetetlenséghez, személyiségének kibontakozásához, de ezzel nem sértheti mások jogait. Egyetlen embernek sincs joga másik embert fizikailag vagy pszichikailag kínozni, megsebesíteni s megölni.”<sup>81</sup>

◀ DOMBAY GYŐZŐ:

CÍM NÉLKÜL, 1960-as évek vége

24×38,7 cm, papír, kollázs, kályhaezüst; dr. Békefi Gyula gyűjteménye

Az Európa Tanács Parlamenti Közgyűlése 1999. június 25-i ajánlásában foglalkozott az eutanáziakérdéssel. A testület megállapította, hogy az ember méltóságának védelme élete végéig tart, ezért olyan körülményeket kell kialakítani, hogy embertársaink méltó körülmények között halhassanak meg. A tagállamoknak ezért biztosítani kell olyan intézkedéseket, melyek a haldoklással járó fájdalmat, szenvedést, szorongást csökkentik, s biztosítani kell, hogy a haldoklók akarataik ellenére gyógykezelésben nem részesülhetnek. Ugyanakkor a „tagállamok a halálos betegek és haldoklók élettől való szándékos megfosztása tilalmának fenntartásával szavatolják a betegek élethez való jogát”.<sup>82</sup>

*Összefoglalva*, a történeti és összehasonlító jogi előzményeket a következők állapíthatók meg:

– Az aktív (direkt) eutanáziát két ország (Hollandia, Belgium), s Oregon állam kivételével elutasítja a világ jogszolgáltatása, joggyakorlata, a nemzetközi szervezetek.

– A halálról való döntés nem az életjog s az önrendelkezési jog része.

– A beteget önrendelkezési joga s emberi méltósághoz való joga alapján megilleti a kezelés visszautasításának joga. Ez azonban nem vezethet az orvos részéről szándékos (aktív-passzív) magatartásra, a beteg életének megrövidítésére. Az orvosnak ebben az esetben is nyújtania kell a tüneti kezeléseket (fájdalom- és lázcsillapítás, fertőzések kezelése, nem lehet az ételt, italt megvonni stb.).

– Az öngyilkosság nem „jogszerű” magatartás, ezért az ehhez nyújtott segítség tilos a világ legtöbb országában.

– Az aktív eutanáziát legalizáló Hollandiában számos garanciális elemet beépítve – mondhatni bürokratizált – engedélyezési eljárást vezettek be, melyeknek alapján jelentős a látens eutanáziaesetek száma; vagyis a törvénybe ütköző eutanáziaesetek nőttek (ld. „Rommelink jelentés”, Hollandia).

– Eltérőek a vélemények s a gyakorlat abban a kérdésben, hogy a reménytelen betegek esetében az orvos a hozzátartozók kérésére megszüntetheti-e az életmegg hosszabító kezelést (pl. lélegeztetőgép kikapcsolása, mesterséges táplálás leállítás).

– Az eutanázialegalizáció totalitárius körülmények közötti alkalmazása elrettentő hatással jár, s hasznossági kényszer-eutanáziává alakul át.

### **Magyar vélemények, gyakorlat az eutanáziakérdésben**

Hazánkban nem lehet olyan széles körű eutanáziavitákról beszélni a 20. század első felében, mint amilyen például Németországban, az USA-ban, Angliában lezajlott. Binding és Hoche nézeteit hazánkban a jog- és orvostudomány elutasította, s ez időben senki nem képviselte az eutanázialegalizáció gondolatát.

Ugyanakkor a Csemegi-kódex 282. §-a tartalmazta a kívánatra ölés privilegizált tényállását („Aki valakinek határozott és komoly kívánsága által bíratott arra, hogy őt megölje, három évig terjedő börtönnel büntetendő.”). Kontz Gusztáv 1881-es Büntetőjog tankönyve szerint: „A törvény § rendelkezése szerint lesz büntetendő, aki egy gyógyíthatatlan, s a legirtózatosabb fájdalmakat okozó betegségben kínlódón jajgatásai és esdeklései folytán megkönyörülve, a kínjait halált adó szer által megszünteti.”<sup>83</sup> Hasonló állásponton van Edvi Illés Károly 1909-ben, mikor kijelenti, hogy ezen cselekmény büntetlen nem maradhat, de enyhébben büntetendő, mint a szándékos emberölés, mert a motívum a könyörület. Feltételül szabja e szakasz érvényesülésének, hogy a kívánságnak a megölt személytől „komolynak” kell lennie – ez megkívánja a megölt személy beszámíthatóságát és aktív, határozott kívánságát.<sup>84</sup> Azonos állásponton van Irk Albert, aki nem tudja elfogadni az euta-

názia „altruisztikus” felfogását, mert a „reménytelenség” diagnózisa nem megbízható, s az élet hatósági megrövidítése szemben áll az általános etikai felfogással.<sup>85</sup>

Határozottan szemben áll az eutanázialegalizáció gondolatával Angyal Pál, aki már elutasítja Binding és Hoche 1920-as nézeteit is. („Az emberi élet elpusztítása, legyen az bár értéktelen vagy történelmi szánalomból, az ölés fogalmi körébe esik.”<sup>86</sup>)

Az élet értékességének kérdésében a jog nem dönthet – írja Angyal Pál –, mert ha ezt megengedné akár magánszemély, akár orvos, akár hatóság részére, ezzel „nem zárná ki a tarpéji sziklákhöz közeledés lehetőségét sem. A leghatározottabban tiltakoznunk kell tehát mindennemű oly kísérlet ellen, mely az »ars bene moriendi« eseteinek büntetlenségét kíván biztosítani.”<sup>87</sup> Azonos állásponton volt Angyal Pál 1920-ban megjelent *Büntetőjog tankönyvében*. („Nem kétséges nézetem szerint, hogy az eutanázia – midőn az orvos a reménytelen beteg életét megrövidíti – feltétlenül jogellenes és büntetendő.”<sup>88</sup>)

A '30-as években a hitleri eutanáziaelméleteket elutasítja Névai László, Kéthely Sándor és Jámbor László.<sup>89</sup> Az orvos Verebély Tibor kijelenti: „Az elképzelhetetlen, hogy orvos embert ölhessen.”<sup>90</sup>

A felsorolt 1945 előtti magyar jogi és orvosi szakirodalomból látható, hogy az eutanázialegalizáció gondolatát senki nem képviselte, a hitleri eutanáziaelméletet elutasították.

A kívánságra ölés esetében (Btk. 282. §), a bírói gyakorlatban nem található eutanáziaeset.

1945 után hosszú ideig nem bukkan fel a kérdés az orvosi és jogi szakirodalomban. Törő Károly 1965-ben először közelíti meg polgári jogásként a kérdést, a legalizációt a polgári jog szempontjából utasítja el egyértelműen. Álláspontja szerint a Ptk. 87. §-a nem engedi meg a személyhez fűződő jogokról – így az élethez való jogról sem –

a lemondást. Ezért az egyén nem rendelkezhet életével.<sup>91</sup> Nizsalovszky Endre először ismerteti röviden a hitleri eutanáziagyakorlatot hazánkban, kiemelve, hogy „a történelmi tények riasztóan bizonyítják, hogy az első pillanatra emberségesnek látszó megoldások hova fajulhatnak el.”<sup>92</sup>

Az új Btk. 1961-ben (1961. évi V. tv.) megszüntette az 1878. évi V. tv. 282. § szakaszát (kívánatra ölés), s a tényállást beolvasztotta az emberölés büntetébe. Az indoklás szerint „a szocialista büntetőjog az élet feletti rendelkezési jogot még olyan értelemben sem ismeri el, hogy a kívánságra való ölést az egyéni érdekekkel összhangban állónak tekintve, az ilyen cselekményt privilegizálja”.<sup>93</sup>

Az 1972. évi Egészségügyről szóló törvény egyértelműen elutasító e kérdésben: „Az orvos az általa gyógyíthatatlannak vélt beteget is a legnagyobb gondossággal köteles gyógykezeltetni.”<sup>94</sup>

Horváth Tibor műveiben többször foglalkozik az eutanáziakérdéssel.<sup>95</sup> Elutasítja az élettel való rendelkezés bármiféle lehetőségét, úgyszintén az értéktelen élet fogalmát: „Az eutanázia büntetőjogilag tiltott, jogellenes magatartás, amelyet bizonyos fokig magyarázhatnak az orvos emberileg érthető motívumai, de elvileg nem menthető.”<sup>96</sup> A szintén büntetőjogász Dezső László árnyaltabban közelít a kérdéshez, s elismeri, hogy az élettel való rendelkezés elutasítása nem jelentheti „az emberhez méltó halál jogának tagadását”, „szabad folyást engedni a természetnek nem eutanázia”, s nem áll fenn „a haldoklás meghosszabbításának kötelezettsége”.<sup>97</sup>

A '80-as években árnyaltabbá válik az irodalom. Jelen sorok írója 1981-ben először közelít a kérdéshez polgári jogi tanulmány keretében, s javasolja az eutanázia büntetőjogi és polgári jogi irányzatának megkülönböztetését, s elismerendőnek tartja akár a „living will”-ek (végrendelet az életéről) bevezetését, s a beteg önrendelkezési jogának elismerését akár haldokló beteg esetén is. Ugyanakkor elutasítottam

az aktív vagy passzív eutanázia bármiféle legalizálását.<sup>98</sup> Blasszauer Béla műveiben széles körű, komplex áttekintést ad a kérdésről; bár érezhetően legalizációpárti, határozott egyéni véleményt nem mond; művei leginkább az ellentétes vélemények jó ütköztetésének tekinthetők.<sup>99</sup> Törő Károly 1986-ban határozottan elutasítja a legalizálást. Mint írja: „Az élet megszüntetése, a halál mesterséges előidézése nem tartozik az egyéni rendelkezés körébe. Az ember érvényesen senkit sem bízhat meg, utasíthat saját életének kioltására akkor sem, ha gyógyíthatatlan.”<sup>100</sup> Monory Bulcs műveiben szintén határozottan elutasít minden legalizálást. Ugyanakkor a magyar orvosi szakirodalomban a '70-es évektől valós kérdések merülnek fel. Petrányi Gyula a korlátozottan rendelkezésre álló eszközök felhasználásának kérdését veti fel, súlyos betegek esetén.<sup>101</sup> Szuchovszky Gyula és Potondi András a reménytelen beteg újraélesztését mellőzhetőnek tartja.<sup>102</sup> Nagyon részletesen, széles nemzetközi kitekintéssel tárgyalja a kérdést Kovács József, számos valós problémát felvetve.<sup>103</sup> A magyar joggyakorlat számára a passzív eutanáziagyakorlat pontos törvényi legalizálását javasolja, erkölcsileg bizonyos esetben elfogadhatónak tartja az aktív eutanáziát.<sup>104</sup> Gaizler Gyula szerint nem lehet azé letet erőszakosan megrövidíteni, s „nagy különbség, ha valakit elkísérünk Kháron ladikjáig vagy belelökjük”.<sup>105</sup> Ferencz Antal elutasítja az eutanázialegalizáció minden formáját, de a terápiás túlbuzgóságot is, ugyanakkor kiáll a palliatív medicina mellett.<sup>106</sup>

Az áttekintésből látható, hogy hazánkban nincs komoly elméleti alapja, háttere az eutanázialegalizációnak. A Btk. Magyarázat 1996-ban az emberölés tényállásába sorolja „a gyógyíthatatlan beteg halálának meggyorsítását vagy előidézését szenvedésének megrövidítése céljából”.<sup>107</sup> A hatályos törvények módosítását az Országgyűlésben nem kezdeményezték. Ugyanakkor néhány szerző a nemzetközi gyakorlat alapján elfogadhatónak tartja a ke-

zelés visszautasítását, megfelelő formában a haldokló beteg részéről, s reménytelen esetben a mesterséges életmegg hosszabbító eljárások alkalmazását. Felmerül a palliatív medicina szükségessége az eutanázialegalizációval szemben. Zavaró, hogy nincs egységesen elfogadott eutanázia-fogalom – bár az Orvosi Kamara fogalommeghatározását jónak tartjuk –, így a szakirodalomban is ellentétesen használják különösen „a passzív eutanázia értelmét”. (Többen a kezelés visszautasításának jogát passzív eutanáziának értelmezik.)

### **Az új egészségügyi törvény és az Alkotmánybíróság határozata**

Az 1997. évi CLIV. törvény az „Egészségügyről”, nagyon helyesen nem használja az „eutanázia” kifejezést. Nyilván a törvényhozó belátta, a fogalom a jog szempontjából értelmezhetetlen és alkalmazhatatlan. Viszont a törvény 20–23. §-ában részletesen szól „Az ellátás visszautasításának jogá”-ról.

A gyógyíthatatlan, s a rövid időn belül halálhoz vezető betegségben szenvedő beteget is megilleti az ellátás visszautasításának joga.

Ennek a jognak a gyakorlása csak meghatározott keretek között történhet;

a) – a betegnek súlyos betegségben kell szenvednie, amely rövid időn belül halálhoz vezet és gyógyíthatatlan;  
 – csak cselekvőképes beteg tehet ilyen nyilatkozatot;  
 – a beteget megvizsgálja egy háromtagú orvosi bizottság, hogy a nyilatkozattételnek fennállnak-e a feltételei, s a beteg a következmények tudatában hozta-e döntését;  
 – a visszautasítás közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban vagy írásképtelenség esetén két tanú jelenlétében történhet;

– a betegnek a 3. napon meg kell ismételnie nyilatkozatát;

– meg kell kísérelnie az orvosi bizottságnak, hogy a beteg döntését megváltoztassa;

– a beteg döntését kötöttség nélkül bármikor visszavonhatja;

– a beteg a visszautasítás után is jogosult szenvedéseinek enyhítésére, s fájdalmainak csillapítására.

b) Cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes személy esetén, ha életfenntartó vagy életmentő kezelés visszautasítására kerül sor, az egészségügyi szolgáltató kezeset indít a beleegyezés bírósági pótlására. (Arról sajnos nem szól a törvény, hogy ezt a beteg vagy törvényes képviselője kezdeményezheti-e?)

c) A cselekvőképes személy cselekvőképtelensége eseteire közokiratban visszautasíthatja az életfenntartó vagy életmentő beavatkozást, vagy e jogának gyakorlására közokiratban más cselekvőképes személyt nevezhet meg. A nyilatkozatot két évente meg kell ismételni.

A törvényi szabályozás ismertetése után néhány általános megállapítást kell tenni;

– Az orvos *saját* aktív vagy passzív magatartásával nem siettetheti a beteg halálát. A beteget nem lehet kezelés, ellátás nélkül sorsára hagyni; pl. sebeit tünetileg kezelni kell, adott esetben természetes úton etetni, itatni kell, a fájdalmakat, a szenvedést csillapítani kell. A beteget a nyilatkozat után is gondozni, ápolni szükséges, állapotát figyelemmel kell kísérni – már csak azért is, mert nyilatkozatát visszavonhatja.

Az „Egészségügyről” szóló törvény így nem legalizálja a „passzív eutanáziát” – a köznyelvi megfogalmazás szerinti értelemben.

– Az eljárás kétségtelenül több garanciális elemet tartalmaz – mondhatjuk bürokratikusnak is. Ez azonban indokolt, az intézmény veszélyeire tekintettel. Az eljárás egy-

szerúsítése nem indokolt – még akkor sem, ha kevesen élnek az adott keretek között a lehetőséggel.

– A beteg az eljárásban nem az „életéről rendelkezik”, hanem a kezelést utasítja vissza.

– A hozzátartozó, az orvos nem dönthet a kezelés megszüntetéséről, a beszámítási képesség hiánya esetén a feltételek fennállása esetén a bíróság pótolhatja a beleegyezést.

Véleményem szerint a törvény rendelkezései megfelelőek, összhangban vannak az Alkotmány, a Ptk. vonatkozó rendelkezéseivel, a nemzetközi deklarációkkal és egyezményekkel.

Dr. Takács Albert és társa még 1993. november 25-én az Alkotmánybírósághoz fordult, kifogásolva az 1972. évi II. törvény rendelkezéseit, mely nem tette lehetővé a kezelés visszautasítását a gyógyíthatatlan beteg részére. Szintén kifogásolták, hogy a Btk. – az 1875. évi V. tc. mintájára – nem kezeli privilegizált tényállásként a „méltányossági ölest”. Mivel az 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) lehetővé tette a „living will” alkalmazását, illetve a kezelés visszautasítását a gyógyíthatatlan beteg részére – igaz erős korlátozásokkal –, ezért az indítványozók átalakították kérelmüket, immár az új Eütv. rendelkezéseit kifogásolva.

Az Alkotmánybíróság 22/2003. (IV. 28.) Ab határozatával valamennyi kérelmet elutasította, így megállapította, hogy a vonatkozó magyar jogszabályok alkotmányosak, a törvényhozónak jogalkotási kötelezettsége nincs.

Az Alkotmánybíróság elutasító határozatát jól megalapozott, helyes döntésnek nevezhetjük – annak ellenére, hogy az indoklással néhány ponton nem érthetünk egyet.

A határozat fő pozitív vonásai az elutasítás mellett:

– A testület gyakorlatilag nem használja az eutanázia kifejezést, hanem az intézménynek a hatályos magyar jogrendbe való beilleszthetlenségét fejt ki. Így a testület véleményem szerint nem „eutanázia” döntést hozott – mint

ahogy az a köznyelvben s a sajtóban megjelent –, hanem a fogalom mellőzésével kifejezte az intézmény jogi szempontból való értelmezhetetlenségét és alkalmazhatatlanságát.

– Hasonló nyelvi bizonytalanságot oszlat el a testület, mikor a haldokló, gyógyíthatatlan betegek *önrendelkezési jogáról* ír; ezzel kifejezi, hogy ezen betegjog *nem* azonos a passzív eutanázia legalizációjával.

– A határozat széleskörűen áttekinti a hatályos jogszabályokat, az Alkotmánybíróság korábbi, a kérdéssel összefüggő határozatait, a nemzetközi joggyakorlatot – így e részben akár összehasonlító jogi munkaként is használható.

– A határozathoz három markáns különvélemény kapcsolódik (dr. Holló András, dr. Kukorelli István, dr. Bihari Mihály), ami mutatja, hogy bár nyilvánvalóan nagy viták voltak a testületben, az *alapkérdések* elfogadásában 8:3 többség alakult ki. Véleményem szerint ez alátámasztja, hogy az életjog alapkérdéseiben a magyar jogászság nagyobb része *tradicionális állásponton* van (hasonlóan az abortuszdöntéshez).

A határozat indoklási részében az alábbi vitatható elemek találhatók:

– A testület nem azért utasította el az indítványokat alapvetően, mert az életjogról kiemelt fontossága miatt nem lehet érvényesen lemondani, hanem az orvos esetleges közreműködése a beteg halálában már nem tekinthető az önrendelkezési jog részének.

Véleményem szerint az elutasítás alapvető indokának kellett volna lennie, hogy az életjogról nem lehet lemondani. Ez többek közt következik abból, hogy a jogképesség korlátozhatatlan (Ptk. 8. § (3)), s a személyhez fűződő jogát csak akkor korlátozhatja a jogosult, ha társadalmi érdeket nem sért (Ptk. 75. § (3) bek.). Az öngyilkosság (az életről való lemondás társadalmi érdeket sért, mint

ez a Btk. Magyarázatából is kiderül (ld. korábban)). Ezért hibás az a megállapítás – s ellenkezik a nemzetközi joggyakorlat uralkodó irányával –, hogy a „saját haláláról való döntés ugyanis mindenkit megillet”. A halálról való rendelkezés nem az életjog része, ezért téved a testület akkor is, mikor azt állítja, hogy „a korszerű jogrendszerek, így a magyar jog sem tilalmazza az öngyilkosságot”. (Helyesen, a Btk. Magyarázat szerint: a magyar jog is tilalmazza az öngyilkosságot, csak azért nem bünteti, mert a sikertelen öngyilkossal szemben a büntetés céljai nem érhetők el [ld. Korábban].)

Dr. Tersztyánszky dr. Vasadi Éva észreveszi ezt a hibát különvéleményében; „Nem értek egyet a határozatnak az indoklás elméleti megalapozására irányuló azzal a megállapításával sem, hogy a saját halálról való döntés (IV. rész 6 1. pont) – miként az öngyilkosság is – az önrendelkezési jog része. Az önrendelkezési jogból nem következik saját halálról való döntés joga, sem pedig öngyilkosság elkövetéséhez való jog; ilyen jogok nem léteznek.”<sup>108</sup>

– A testület nem szól arról, hogy a magyar jog 1875–1961 között ismerte a „Kívánatra ölés” privilegizált büntetőjogi tényállását (1875. évi V. tc. 282. §). Az indítványozók az általuk javasolt „méltányossági ölés” privilegizálásával nyilván ezt akarták elérni. A gond az indítványban az, hogy annak keretében a passzív eutanáziát büntetlenné akarták tenni; „A beteg kifejezett rendelkezéseinek hiánya esetén is megengedhetőnek tartjuk a passzív eutanáziát!! – szól az indítvány.”<sup>109</sup>

A kívánatra ölés privilegizálása elméletileg elképzelhető – pl. Németországban is létezik e tényállás –, viszont az eutanázialegalizáció e tényállás keretében *nem*.

– A jövőre nézve bizonytalanságot kelt, hogy a testület idővel megváltoztathatónak tartja álláspontját, mivel „az ismeretek szintje, az intézmények állapota, fejlettsége, fejletlensége és egy sor további tényező befolyással lehet

a kérdés alkotmányosságának megítélésére". E gondolatban kimondva-kimondatlanul benne van; a testület megváltoztathatja álláspontját, amint a nemzetközi trendek átalakulnak. Az indokolás e hibájára dr. Tersztyánszkyné dr. Vasadi Éva szintén felhívja a figyelmet.

Összességében kiegyensúlyozott, alapos, jó határozatot hozott az Alkotmánybíróság – még akkor is, ha az indokolás egyes részeivel szemben komoly ellenvélemények lehetnek.

### Az eutanázialegalizációval kapcsolatos ellenvetések

a) *A csúszós lejtő (slippery slope) elmélete és gyakorlata*; Eszerint, ha egy abszolút tiltó szabály alól – esetleg logikailag elfogadható – kivételt tesznek, a gyakorlat azonnal tovább tágítja a kört. Ezt észlelve a legalizáció hívei azonnal a példa nyomán kiszélesedett kör újabb törvényesítését igénylik. Mivel a törvényhozó az első esetben megengedte az abszolút tiltó szabály átlépését, elméleti alapja a tiltásra gyengül, s a „csúszós lejtő”-n nem lehet megállni.

Pontosan ez történt az abortuszlegalizációnál; a kezdetekben az orvosi indikáció legalizálása körül folyt évtizedes vita után a törvényhozó engedett; ezt követte a genetikai, majd szociális indikáció; míg napjainkra több országban az abortuszhoz való jogot az önrendelkezési jog részeként, korlátozhatatlan alapjogként fogják fel. A holland példa ezt jól igazolja; a legalizálás óta a látens eutanáziaesetek száma nem csökkent, hanem nőtt, erre hivatkozással további legalizálást indítványoznak. Az eutanázialegalizáció bármi-

ALTORJAI SÁNDOR: ►  
 ALEATORIKUS MONTÁZS II. AZ IDOMÍTÁSRÓL, 1975 K.  
 96 × 144 cm, kollázs falemezen; Első Magyar Látványtár



lyen szűk formája után előlépne a hasznossági motívum, előbb-utóbb lehetővé válna az elmebetegek, a rokkantak, s a sérülten született gyermekek elpusztítása.

b) Az „eutanázia” fogalom jogilag értelmezhetetlen. A jelenleg hatályos törvényszövegek közül átfogja az *emberölés* (Btk. 166. §, melynek része jelenleg a *kívánatra ölés* korábban 1875. évi V. tc. 182. §) törvényi tényállását. Ide tartozik az öngyilkosságban közreműködés tényállása is (Btk. 168. §). Többek szerint ide sorolandó – *hibásan* – a kezelés visszautasítása (Eütv. 20–23. §), mint *passzív eutanázia*. A legalizáció hívei *eutanáziát* kívánnak törvényesíteni, de hogy ezen a címen milyen törvényi tényállásokat és hogyan kívánnak megváltoztatni – ez általában nem derül ki.

c) Az „önkéntes eutanáziának” inkább csak elvi jelentősége van, hiszen a *gyakorlatban* olyan emberek esetén kerülne alkalmazásra, kiknek *nincs beszámítási képessége*, vagy *beszámítási képességük kétséges* (idős haldoklók, elmebetegek, sérülten született gyermekek). Ezen embereknél „önkéntes eutanáziáról” nem lehet beszélni, hanem a nyilatkozatot valaki más tenné meg helyettük – hozzátartozó, orvosi bizottság, bíróság –, így az „önkéntes eutanázia” gyorsan átalakulna „*kényszereutanáziává*”, ahol már *hasznossági szempontok* alapján döntenének (értékes–értéktelen élet megkülönböztetése, „vélelmezhető halálakarat” stb.). Vagyis az eutanázia *gyakorlati előfordulásánál* „*státuskérdésekkel*” is találkozunk.

d) Kétséges, hogy mikor lehet „gyógyíthatatlan haldoklónak” nevezni valakit. Az orvostudomány számos esetet ismer, mikor nem várt, „csodálatos” gyógyulások következtek be. Mikor érkezik a beteg abba az állapotba, hogy megkezdődött „gyógyíthatatlan haldoklása”?

e) Törvényesítés esetén nem zárható ki a *visszaélésszerű* alkalmazás. Örökségre, lakásra váró hozzátartozók, tartási-gondozási kötelezettség alól szabadulni akarók, gondozási-gyógyítási költséget megtakarítani kívánó egyézségügy-

társadalom; mind olyan tényezők lehetnek, akik érdekeltek a beteg minél gyorsabb halálában. A *hasznosság-, anyagi szempont* előbb-utóbb uralná a törvényesített intézményt.

f) Végül ide sorolható az a korábban kifejtett jogi alapelv, hogy az életről, a jogképességről nem lehet lemondani.

### **A halálnál segítség képviselhető, elfogadható, támogatható módjai**

Korábban elemeztük, hogy az embert a haldoklás folyamatában is megilleti az önrendelkezési jog, az emberi méltósághoz való jog. A folyamatban a haldokló igényt tarthat szenvedései enyhítésére. Mindezen jogok a következőként érvényesülhetnek.

a) *A kezelés visszautasításának joga*; A hatályos jogszabályok szerint a haldoklót is megilleti meghatározott formában a kezelés visszautasításának joga, és egészséges, beszámítható ember is tehet ilyen nyilatkozatot későbbi haldoklása idejére. Ezek a szabályok jelenlegi formájukban megfelelőek – mint azt az Alkotmánybíróság is kifejtette. Mindez nem jogosítja fel az orvost aktív vagy passzív eutanáziára.

A reanimáció és az intenzív orvosi beavatkozás a beteg kívánságára abbahagyhatók, ha ezek orvosilag nem ésszerűek, indokoltak. Ennek eldöntése orvosi mérlegelés kérdése.

b) *Fájdalomcsillapítás*; A haldokló beteg igényt tarthat fájdalmai enyhítésére, csillapítására (palliatív medicina). A beadott fájdalomcsillapítók okozhatják a beteg korábbi halálát, de az orvos szándéka *itt sem irányulhat halál okozására*; tudatosan nem adható be halálos adag fájdalomcsillapító. Lehetséges a fájdalmak önkéntes, szándékos viselése – hívó emberek részéről merülhet fel ilyen igény –,

ekkor a fájdalomcsillapítás visszautasítható. Ez a magatartás azonban nem lehet mindenkitől elvárható.

c) *Alapgonndozás biztosítása*; A haldokló betegről ételt és italt semmi körülmények között nem lehet megvonni, úgyszintén fenntartandó a tüneti kezelés is (lázcsillapítás, antibiotikum adása, ápolás). A haldokló beteg nem hagyható magára; akkor sem, ha önrendelkezési joga alapján visszautasította a kezelést.

d) *Segítés a halálnál*; A haldoklónak emberi, hozzátartozói segítségre van joga a haldoklás folyamatában. Ha a feltételek megteremthetők, elképzelhető az „otthon halás joga”. Kórházi körülmények között támogatandó a „hospice szolgálat”, a haldoklók pszichikai-fizikai támogatása, segítése a haldoklási folyamatban.

e) *Kerülendő a „terápiás túlbuzgóság”*; A haldokló beteg – akaratnyilvánítás hiányában is – nem szükséges felesleges vizsgálatoknak, és beavatkozásoknak alávetni. Ennek eldöntése orvosi mérlegelés és felelősség kérdése (pl. nem szükséges CT vizsgálatot vagy szívműtétet végezni többszörös áttétes, aggkorú rákbetegnél haldoklása idején).

Ezen elvek alkalmazásával a gyakorlatban elérhető a beteg önrendelkezési jogának és emberi méltóságának védelme, anélkül, hogy a jelenlegi törvényi kereteken változtatni kellene.

JOBBÁGYI GÁBOR

## Jegyzetek

64 Ld. 26. alatt 150. l.

65 Ld. 26. alatt 153. l.

66 Ld. 26. alatt 153. l.

67 Ld. 26. alatt 155. l.

68 Ld. 26. alatt 156–163. l.

- 69 Ld. 26. alatt 175–181. l. és az 53. alatti kötetben Kimsma-Leeuwen: *Euthanasie in den Nederland.* 295. l. Sohn-Zenz: *Euthanasie in Europa. The Nederlands 2001 Schattaeuer* 143–144. l. és *Legalisierung der „aktiven Sterbehilfe“ in der Schweiz?* Zürich, 1999. *Hippokratische Gesellschaft Schweiz* 24–25. l.
- 70 Ld. 26. alatt 181–182. l.
- 71 Ld. 69. alatt.
- 72 Az Alkotmánybíróság 22/2003. (IV. 28.) Abh. határozata nyomán.
- 73 Bericht über eine Sterbehilfe bei Depression; Unerforschte Wege der Euthanasie in Holland. N22. 29/30. 5. 1993.
- 74 Hendin et al. Physician – Assisted Suicide and Euthanasia in the Netherland Jama. June 4. 1997. Vol 277. Nl. 21.
- 75 Ld. 26. alatt 183. l.
- 76 Ld. 72. alatt.
- 77 Flatz: *Euthanasie Lob in Shanghai.* FAZ. 5 3 1997. és Nathe H. : „Die Partei tat nichts“. Focus 3/1996. 179. l. Idézi Hippokratische Gesellschaft Schweiz 69. alatt 27–28. l.
- 78 Ld. 26. alatt 163–166. és 72. alatt
- 79 Ld. 26. alatt 145–149. l.
- 80 Ld. 72. alatt
- 81 Ld. a 77. alatt idézett tanulmányban 57. l.
- 82 Ld. 72. alatt
- 83 Kontz Gusztáv: *A magyar büntetőjog tankönyve.* Budapest, 1881.
- 84 *A Magyar Büntető Törvénykönyv Magyarázata.* Edvi Illés Károly Bp., 1909. 515–518. l.
- 85 *A magyar anyagi büntetőjog* (Irk Albert) Pécs, 153. l.
- 86 Angyal Pál: *Az ember élete elleni bűncselekmények és a párviadal.* Budapest, 11. l.
- 87 Ld. 86. alatt 58–59. l.
- 88 Angyal Pál: *A magyar büntetőjog tankönyve.* Budapest, 1920. 434. l.
- 89 Névai László: *Az eutanázia problémája büntetőjogi szempontból.* Budapest, 1939., Kéthely Sándor: *Az öngyilkosság és eutanázia.* 1935. és Jámbor László: *A halálbasegítés.* 1936.
- 90 Idézi Névai László 89. alatt.
- 91 Törő Károly: *Az orvosi polgári jogi viszony.* KJK 1965, 150–153. l.
- 92 Nizsalovszky Endre: *Szerv- és szövetátültetések joga.* KJK 1970. 19–23. l.
- 93 Btk. Miniszteri Indoklás, Különös Rész, XIV. fejezet, I. cím 3/b. pont
- 94 1972. évi II. tv. 43. § (2) bek.
- 95 Horváth Tibor: *Az élet, testi épség, egészség büntetőjogi védelme.* KJK 1965. Horváth Tibor: *Az orvostudomány halál fogalma és a büntetőjog.* MJ. 1970. 454–459. Horváth Tibor: *Eutanázia és büntetőjog.* ÁJ. 1972. XV. 1.
- 96 Horváth Tibor: *Eutanázia és büntetőjog.* 95. alatt 53. l.
- 97 Dezső László: *Az orvos büntetőjogi felelőssége.* BM. Könyvkiadó én. 177. l.

- 98 Ld. 1. alatt.
- 99 Blasszauer Béla: *A jó halál*. Gondolat 1984. és Blasszauer Béla: *Eutanázia*. Medicina 1997.
- 100 Törő Károly: *Az orvosi jogviszony*. KJK 1986. 115. l.
- 101 Monory Bulcs: Az eutanázia megítéléséről a tudományfejlődés tükrében. *Állam- és Jogtudomány* 1983. évi I. szám, Monory Bulcs: *Még egyszer az eutanázia megítéléséről*. JK. 1982. évi 4. szám.
- 102 Idézi Törő Károly 100. alatt 116. l.
- 103 Szuchovszki Gyula–Potondi András: Orvosszakértői kérdések a reanimációval kapcsolatban. Országos Mentőszolgálat Jubileumi Emlékülés, 1968. 355–357. Idézi Dezső László 97. alatt 178. l.
- 104 Kovács József: *A modern orvosi etika alapjai*. Medicina 1997. 391–434. l.
- 105 ld. 104. alatt 419–420. l.
- 106 Gaizler Gyula: *Felelős döntés vagy ítéletvégrehajtás*. Szent István Társulat 112. l.
- 107 Ferencz Antal: *A bioetika alapjai*. Szent István Társulat 247–252. l.
- 108 *A Büntető Törvénykönyv Magyarázata*. KJK. 1986. 306. l.
- 109 22/2003. (IV. 28.) Abh. Dr. Tersztyánszkyné dr. Vasadi Éva különvéleménye.
- 110 Idézi a 22/2003. (IV. 28.) Abh.