

Piotr Figura

Niektóre zagadnienia eutanazji : (refleksje z wykładów prof. dra H.J. Rudolphi'ego i prof. dra K. Rolińskiego - RFN)

Palestra 31/6(354), 53-58

1987

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

do wstrzymywania przez sądy z urzędu natychmiastowej wykonalności. Lepiej jest bowiem, parafrazując znaną maksymę, zawiesić wykonywanie kary aresztu zasadniczego w stosunku do osób, których wina zostanie potwierdzona w postępowaniu sądowym, niż wykonać chociażby część tej kary wobec osoby niewinnej. Poza tym wstrzymanie odbywania przez oskarżonego kary orzeczonej przez kolegium nie stanowi przecież potencjalnej przeszkody do późniejszego wykonania wyroku skazującego za wykroczenie.

Natomiast *de lege ferenda* należy postulować całkowite usunięcie z kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia przepisów o natychmiastowej wykonalności orzeczeń. Ponadto wprowadzenie — w drodze doskonalenia przepisów prawa — wcześniej wskazanych zmian w zakresie postępowania sądowego co do orzeczeń kolegium przyczyniłoby się do pełniejszego urzeczywistnienia zasady sądowego wymiaru sprawiedliwości oraz zabezpieczyłoby w szerszym niż obecnie zakresie gwarancje procesowe oskarżonego o wykroczenie.

PIOTR FIGURA

NIKTÓRE ZAGADNIENIA EUTANAZJI

(refleksje z wykładów prof. dra H. J. Rudolphi'ego
i prof. dra K. Rolińskiego — RFN)

Od lat trwa dyskusja na temat eutanazji. W szczególności omawia się problem jej dopuszczalności. Wydaje się, że zaowocowało to w końcu wzrostem liczby zwolenników legalizacji eutanazji. Według prowadzonych przed kilkoma laty w Stanach Zjednoczonych badań poszerzył się krąg aktywnych członków towarzystw eutanatycznych, a także krąg osób, które interesują się tym zagadnieniem. Tylko w ciągu 12 lat proeutanatyczna organizacja Concern for Dying zwiększyła się z 10.000 członków w 1967 r. do 160.000 członków w 1979 r. Podobnie Euthanasia Educational Council, liczący w 1969 r. zaledwie 600 członków, przy końcu 1974 r. skupiał ich ponad 30.000.¹

Ten wzrost zainteresowania daje się zauważyć również w Europie. W tym roku obchodziła pięćdziesięciolecie swego istnienia organizacja EXIT (obecnie: Voluntary Euthanasia Society), która

¹ Mustafa D. Sayid: Euthanasia — A Comparison of the Criminal Laws of Germany, Switzerland and the United States, „Boston College International and Comparative Law Review”, vol. VI, nr 2, 1983.

liczy 10.000 członków. Aktywnie działają podobne stowarzyszenia w wielu innych krajach europejskich, a także w Australii, Ameryce Południowej i Japonii.²

Oczywiście wzrost zainteresowania eutanazją nie oznacza, że zostały wyjaśnione lub zneutralizowane wszystkie możliwe kwestie sporne w tym zakresie. Istnieją kontrowersje nawet co do samego znaczenia terminu „eutanazja”. Ujmując rzecz w uproszczeniu, współczesna literatura zachodnia wyróżnia na ogół eutanazję dobrowolną i przymusową oraz eutanazję czynną i bierną.

Dobrowolna eutanazja zachodzi wtedy, gdy pacjent lub jego rodzina zezwalają na jej dokonanie, ujmując tę formę eutanazji jako „wyras naturalnego prawa do nieprzyjęcia pomocy medycznej”. Natomiast przymusowa eutanazja zachodzi wtedy, gdy brak było zgody pacjenta na nią lub gdy uzyskanie tej zgody było nieosiągalne.³ Sytuacja taka występuje np. wtedy, gdy pacjent, który nie ma żadnych krewnych, zapadł w śpiączkę. Eutanazja przymusowa nie została nigdzie zaakceptowana. Jej zakaz wiąże się m.in. z teorią tzw. „świadomego zezwolenia”, według której „każda dorosła istota ludzka (*human being*) o zdrowym umyśle ma prawo do decydowania, co będzie się działo z jej ciałem”.⁴

Drugi z przytoczonych wyżej podziałów eutanazji opiera się na założeniu możliwości popełnienia czynu zarówno przez działanie jak i przez zaniechanie. W związku z tym wyróżnia się eutanazję czynną (aktywną) i bierną (pasywną). Eutanazja aktywna to takie działanie, które bezpośrednio zmierza do przerwania życia chorego pacjenta. Za eutanazję pasywną uważa się zaprzestanie stosowania środków leczniczych podtrzymujących życie pacjenta.⁵

Mając tak uporządkowane podstawowe pojęcia, można przejść do kwestii karnoprawnego uregulowania tej problematyki na przykładzie Republiki Federalnej Niemiec.

Autorzy zachodnioniemieccy⁶ przyjmują na ogół, że państwo lub jego porządek prawny, mając na względzie tworzenie warunków do humanitarnego życia, nie powinny przekreślać prawa

² Daniel W. Meyers: *The Human Body and The Law*, „Edinburgh University Press”, 1933, s. 139–159.

³ Levin and Levin, DNR: *An Objectionable View of Euthanasia*, U. Cin. L. Rev. 567 (1980); Morris, *Voluntary Euthanasia*, 45 Wash. L. Rev. 239 (1970).

⁴ Mustafa D. Sayid: *Euthanasia* (...), s. 538.

⁵ Cannon: *The Right to Die*, 7 Hous. L. Rev. 654 (1970).

⁶ Podaję na podstawie nie publikowanych wykładów prof. dra H. J. Rudolph'ego: *Das Recht auf einen natürlichen Tod* (wykład ten wygłoszony został na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Wrocławskiego w dniu 5.X.1984 r.) oraz prof. dra Klause Rolińskiego: *Granice dopuszczalnej eutanazji w prawie karnym RFN oraz propozycje jego reformy* (wykład ten wygłoszony został na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Wrocławskiego w dniu 2.X.1988 r.).

do decydowania o własnym życiu i własnej humanitarnej śmierci. Takie postawienie sprawy pozostaje w konflikcie z ideą absolutnej ochrony życia. Konflikt ten może wystąpić m.in. w dwóch następujących postaciach:

1) jako konflikt zasady bezwarunkowej ochrony życia z ograniczeniem prawa lub obowiązku leczenia wobec przypuszczalnego pragnienia śmierci pacjenta (na tym tle wyłania się problem pomocy w umieraniu przez zaniechanie dalszego stosowania środków leczniczych);

2) jako konflikt zasady bezwarunkowej ochrony życia z prawem pacjenta do decydowania o własnym życiu.⁷

W zakresie eutanazji aktywnej autorzy przyjmują też zwykle następujące założenia:

A. Absolutna ochrona życia przez prawo karne powoduje, że każde, nawet nieznaczne skrócenie życia jest zabronione.

B. Zakaz aktywnej eutanazji (aktywnego skrócenia życia) nie może być naruszony nawet przez prawo pacjenta do decydowania o własnym losie. Według bowiem § 216 StGB aktywne skrócenie życia na wyraźne żądanie chorego pacjenta jest karalne.

C. Ponieważ według zachodnioniemieckiego prawa karnego przesłanką przestępstw przeciwko życiu jest pozbawienie życia innego człowieka, przeto samobójstwo nie jest zabronione. Mają tu też znaczenie reguły odpowiedzialności (§§ 26 i 27 StGB), według których jeśli nie ma czynu głównego, to nie ma również udziału lub współudziału w czynie. Z tego punktu widzenia nie jest zabroniony aktywny udział czy współudział w wolnym i w pełni odpowiedzialnym samobójstwie.⁸

Z tak sformułowanych założeń autorzy wyprowadzają następujące stwierdzenia.

Oczekiwana pomoc lekarska wobec umierającego sprowadza się do łagodzenia bólu, co oznacza zdaniem niektórych autorów, że umieranie w cierpieniach należy — bez skracania życia — przekształcić w umieranie łagodne. Takie działanie nie powoduje naruszenia żadnego przepisu karnego zakazującego aktywnego zabijania. Tu jednak pojawia się problem polegający na tym, że w wielu wypadkach trudno jest odgraniczyć nie skracającą życia eutanazję (pomoc w umieraniu) od problematycznej formy eutanazji, bo lekarz, pomagając umierającemu, podaje mu także takie środki, które mogą skrócić życie. Z punktu widzenia prawa karnego takie działania lekarskie można zakwalifikować jako zabójstwo i w konsekwencji powoduje ono odpowiedzialność karną.⁹

⁷ Zob. przypis 6.

⁸ Zob. przypis 6.

⁹ Zob. przypis 6.

Wypowiadając się w tej kwestii, H. J. Rudolphi uważa, że w tych ostatnich wypadkach wyjątkowo ważne znaczenie ma prawo pacjenta do decydowania o własnym życiu. Problem dopuszczalności omawianej działalności lekarza zależy bowiem nie tylko od rzeczywistej lub co najmniej przypuszczalnej woli pacjenta, ale również od tego, czy lekarz wywiązał się ze swego obowiązku poinformowania pacjenta o jego rzeczywistym stanie zdrowia.¹⁰

Jednakże jeśli stosowane przez lekarza środki nie tylko łagodzą ból, ale również z całą pewnością skracają życie, to działanie lekarza kwalifikowane jest jako zabójstwo, przy czym okoliczność, że działał on na wyraźne i stanowcze żądanie pacjenta, nie ma znaczenia dla kwalifikacji prawnej. Wynika to nie tylko ze sformułowania § 216 StGB, ale również z wypowiedzanego i powszechnie uznanego poglądu, że aktywne zabójstwo nie jest właściwym ani odpowiednim środkiem do uwolnienia chorego od jego cierpień. Mimo więc zakazu eutanazji, w praktyce zauważalna jest wyraźnie trudność w określeniu granicy między dopuszczalnym jeszcze, choć skracającym życie, zmniejszeniem cierpień a już zakazaną eutanazją. To zróżnicowanie zależy więc od stwierdzenia, czy działanie lekarza prowadzi do przedwczesnego zakończenia życia pacjenta tylko ewentualnie, czy też z całą pewnością.

Pojawiają się też poglądy, że skoro prawnie dopuszczalne jest wspieranie przy samobójstwie dokonywanym przez w pełni odpowiedzialnego pacjenta, to tym samym powinna być prawnie dopuszczalna pomoc w umieraniu udzielona przez lekarza pacjentowi, który życzy sobie własnej śmierci.¹¹ Jak już wspomniano, w zachodnioniemieckim prawie karnym przyjęta jest niekaralność podżegacza i pomocnika w samobójstwie, ale nie można tu również tracić z pola widzenia faktu, że na ogół trudno odróżnić niekaralny udział w samobójstwie od karalnego udziału w zabójstwie.

Co się tyczy eutanazji biernej, to według prawa karnego RFN kluczowym zagadnieniem jest tu kwestia, czy lekarz ma obowiązek — lub co najmniej prawo — rozpocząć bądź też prowadzić zabiegi przedłużające życie umierającego pacjenta. Zgodnie z zachodnioniemieckim porządkiem prawnym lekarz nie może przymusowo leczyć pacjenta. Obowiązany jest szanować prawo pacjenta do decydowania o własnym życiu i zdrowiu. Zabiegi lecznicze mogą być w zasadzie podjęte tylko na podstawie wyraźnej lub co najmniej przypuszczalnej woli pacjenta. Przeprowadzenie zabiegu bez lub nawet w b r e w wyrażonej albo przy-

¹⁰ Zob. przypis 6.

¹¹ Mustafa D. Sayid: *Euthanasia (...)*, jw., s. 533—562.

puszczalnej woli pacjenta powoduje odpowiedzialność lekarza za uszkodzenie ciała — niezależnie od skutków leczenia. Takie właśnie stanowisko zostało przyjęte przez Sąd Najwyższy.¹² Zgodnie z tym lekarz obowiązany jest przerwać leczenie na życzenie pacjenta także wtedy, gdy stan chorego nie ulega zmianie lub się pogarsza.

Wyrażany jest też pogląd, że jeśli niepodjęcie zgodnie z wolą pacjenta lub przerwanie leczenia mogłoby oznaczać niebezpieczeństwo lub też pewną śmierć, to takie zachowanie lekarza mogłoby prowadzić do przypisania mu popełnienia zabójstwa przez zaniechanie. Dlatego reprezentanci takiego stanowiska wypowiadają pogląd, że lekarz ma nie tylko prawo, ale i obowiązek (którego naruszenie pociąga za sobą odpowiedzialność karną) leczenia pacjenta nawet przymusowo, tzn. wbrew jego woli. W ramach interpretacji rozszerzającej § 216 StGB przyznawałby przewagę rozsądkowi lekarza nad wolą pacjenta uprawniającego, a nawet w niektórych wypadkach zobowiązując go do przeforsowania lekaarskiego rozstrzygnięcia nawet przemocą.¹³

Przeciwnicy takiego poglądu wywodzą, że taka wykładnia § 216 StGB naruszałaby sens i cel tego przepisu. Pacjent bowiem jest tak dalece uprawniony do decydowania o własnym życiu, że ma prawo odrzucić wszelkie środki, które przedłużają życie.¹⁴ Stanowisko takie wywołuje następujące konsekwencje.

Po pierwsze: jeżeli pacjent, znając dokładnie swój stan zdrowia i prognozy wyleczenia i mając pełnię władz umysłowych, odmówi zgody na stosowanie bądź przerwanie stosowania środka przedłużającego jego życie, to lekarz nie jest ani uprawniony, ani też obowiązany prowadzić leczenie lub je kontynuować.

Po drugie: jeśli pacjent zażąda od lekarza stosowania takiego środka, który przedłużałby życie pacjenta choćby tylko na krótki czas, to lekarz ma obowiązek działania zgodnie z wolą pacjenta.

Po trzecie: sytuacje problematyczne mogą wystąpić wtedy, gdy brak jest prawnie skutecznego przejawu woli pacjenta. Zdaniem niektórych autorów powstające w takich sytuacjach dylematy należy rozstrzygać zastępczo w imieniu pacjenta, z tym jednak zastrzeżeniem, że rozstrzygnięcia takiego lekarz nie może podejmować według swego subiektywnego uznania, ale powinien to czynić na podstawie przypuszczalnej woli chorego. Oznacza to, że podejmując taką decyzję, lekarz musi uwzględnić wszystkie okoliczności oraz znane mu dające się poznać przekonania pacjenta, które pozwoliłyby na podjęcie takiej decyzji, jaką podjąłby sam pacjent, gdyby był obeznany z faktyczną sytuacją. Chodzi więc w tym wypadku o dokonanie oceny prawdopodobnej

¹² Zob. przypis 6.

¹³ Mustafa D. Sayid: *Euthanasia (...)*, jw., s. 533—562.

¹⁴ Zob. przypis 13.

woli chorego, przy czym należy wyraźnie zastrzec, że nie może być mowy o ustaleniu tego, co obiektywnie jest rozsądne lub co odpowiada etyce lekarskiej, a jedynie o ustalenie, czego by sobie życzył sam pacjent, gdyby można go o to zapytać z uwzględnieniem wszystkich jego cech indywidualnych.

W tym miejscu wyłania się dalsza kwestia o znaczeniu zasadniczym, a mianowicie jakie działanie ma podjąć lekarz wtedy, gdy brak jest jakichkolwiek punktów odniesienia do ustalenia przypuszczalnej woli pacjenta. Sytuacje te są nierzadkie, a wynikają one przede wszystkim z anonimowości pacjentów w wielkich szpitalach dużych ośrodków miejskich XX wieku. H. J. Rudolphi wypowiedział pogląd,¹⁵ że w sytuacjach, gdy brak jest danych do ustalenia woli pacjenta, lekarz może wydać swoje rozstrzygnięcie tylko w taki sposób, żeby chroniło ono jak najlepiej rozumiane interesy pacjenta. W wypadkach takich obiektywne rozważenie znajdujących się w konflikcie interesów wysuwa się na plan pierwszy i wówczas lekarz rozstrzyga według obiektywnych kryteriów, czy obowiązek przedłużenia życia ustępuje obowiązkowi skracania cierpień, czy też — odwrotnie.

¹⁵ Zob. przypis 6.

ROZMOWA O KONSTYTUCJI 3 MAJA I ADWOKATACH

Wszystko wzięło się stąd, że jeden z kolegów zobowiązał się napisać artykuł o udziale adwokatów przy tworzeniu Konstytucji 3 Maja, ale zobowiązania swego nie wykonał. Twierdził, że problem jest zbyt kontrowersyjny. Później w „Klubie Adwokata”, wywodził, że w ogóle nie warto pisać na ten temat. „Jak to?” — spytali koledzy. — „To jest tak — odpowiedział — jak w tym zdarzeniu w nowojorskim metro”. — „O jakim znowu metro mowa?” — zapytali chórem. — „Otóż, ciągnął niedoszły autor artykułu historycznego, w nowojorskim metro jedzie Żyd i nagle spostrzega, że obok niego siedzi Murzyn i czyta gazetę pisaną po hebrajsku. Zaciekawiony pyta: „Przepraszam, szanowny Pan też Żyd?” Po odpowiedzi twierdzącej wzdycha i mówi: „To już naprawdę bardzo źle. Nie tylko Żyd, ale do tego jeszcze Murzyn”. Otóż tak samo z tym tematem artykułu: to już naprawdę bardzo źle, bo nie tylko Konstytucja 3 Maja, ale do tego jeszcze adwokaci.

Ten żart mający usprawiedliwić nienapisanie artykułu wywołał dyskusję. Przy stoliku siedzieli czterej adwokacji, jeden aplikant adwokacki oraz piszący niniejszą relację i jednocześnie obsługujący magnetofon. Ponieważ chcemy dać nagranie magnetofonowe tekstu tej dyskusji w całości, a zachodzi obawa, że nie