

---

# Pravo samoodređenja u kontekstu pacijentova raspolaganja

## Pravno-filozofski pristup

*Karl Heinz Auer, Innsbruck*

UDK: 614.253  
179.7

Izvorni znanstveni rad

### Sažetak

*Ovaj se prilog bavi pitanjem prava samoodređenja u kontekstu pacijentova raspolaganja iz pravno-filozofske perspektive. Polazeći od konkretnih primjera u Njemačkoj i Austriji autor opisuje emancipatorsku borbu oko prava na samoodređenje bolesnika kao i pitanje naravnog trenutka smrti te etičke i pravne prosudbe popratnih pojava. Naglasak je na poštivanju osobnosti čovjeka neovisno o njegovim sposobnostima i stanju njegove svijesti. To je pravno potkrijepljeno općom klauzulom 16. paragrafa austrijskog Općeg građanskog zakonika (ABGB). U kontekstu nepovredivosti ljudskog dostojanstva (članak 1. Bonnskog zakonika, članak 1. Povelje temeljnih prava Europske Unije) i Kantove teze o čovjeku kao subjektu ćudoredne autonomije pacijentovu autonomiju treba definirati u smislu da svaki pacijent ima pravo o sebi odlučivati i sebe obvezivati. Granice prava na samoodređenje određene su pravnim poretkom i kolizijom s drugim etičkim načelima. Stoga pacijentovo raspolaganje ne može sadržavati obvezu aktivne eutanazije od strane trećih. Za liječnika je obvezujuća u pacijentovu raspolaganju anticipacijski izražena volja pacijenta u tijeku bolesti kad je on nesposoban za očitovanje. U skladu s tim valja izostaviti mjere za produženje života ili ih treba prekinuti ako one samo usporavanju trenutak smrti a tijekom se bolesti više ne može zaustaviti. U svezi s tim nužno je ograditi se od aktivne eutanazije.*

*Ograde i diferenciranja u tom smislu poduzima Ivan Pavao II. u enciklici Evangelium vitae, br. 65. U kontekstu br. 16. Gaudium et spes koji dostojanstvo čovjeka vidi u integritetu savjesti, crkveno stajalište u bitnome posve odgovara glavnoj struji današnjih pravno-filozofskih stajališta koja višim ocjenjuju pacijentovu autonomiju nego medicinsko i često paternalističko načelo skrbi. Konačno, pacijentovo raspolaganje, s jedne strane, treba pacijentu pružiti sigurnost da se njegova volja i onda poštuje kad se on više ne može očitovati, dok, s druge ono treba liječniku omogućiti da on pacijentu u procesu umiranja do smrti pomaže, ne bojeći se pravnih ili društveno-pravnih posljedica ako ne upotrijebi umjetne intenzivne medicinsko-tehničke mjere da uspori smrt, nego pacijenta pusti da dostojanstveno umre.*

“Jedna djevojka koja je bolovala od tuberkuloze koštane srži bila je protiv izričite volje svojega oca, gospodina Kleina, podvrgnuta amputaciji stopala u hamburškoj bolnici Vereinshospital am Schlump. Ta je operacija bila medicinski indicirana i stručno izvedena i dovela je do ozdravljenja. Ipak je otac podnio prijavu Državnom odvjetništvu u Hamburgu protiv odgovornoga kirurga Heinricha Waitza, s obrazloženjem, da je ovaj protiv njegove volje, kao oca, namjerno amputirao bolesno stopalo.“ Nakon oslobađajuće presude u prvome stupnju Reichsgericht (drugostupanjski sud, op. prev.) je zahvat smatrao tjelesnim oštećenjem i ukinuo prvostupanjsku presudu, no sud prvoga stupnja je u ponovnoj odluci opet donio oslobađajuću presudu.<sup>1</sup>

“Gospođa Fischer u alkoholiziranom stanju pada u kadi; i to tako nezgodno da zadobiva frakturu lubanje s akutnim subduralnim hematomom. Kronični alkoholizam gospođe Fischer je poznat. Ulazi u bolnicu u dubokom komatoznom stanju. Subduralni hematom odmah je operativno obrađen. Tijekom drugoga dana razvije se coma depasse. EEG je izoelektričan. Gospođa Fischer se izručuje za davanje organa. Uzimanje srca, pluća, jetre i bubrega uslijedilo je bez *informiranja rodbine*”.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Hamburški slučaj 1894; usp. Noack, str. 26, sl. 37.

<sup>2</sup> Wogrolly-Domej, str. 233.

“Dežurna sestra u domu za njegu alarmira mjesnu službu hitne pomoći, jer jedna od njezinih pacijentica ima sve veće poteškoće pri disanju. Liječnik hitne pomoći pri dolasku nalazi u krevetu 86-godišnju pacijenticu koja vrlo teško diše. Zbog uznapredovale demencije pacijentica je već pet godina u krevetu, a tijekom posljednjih devet mjeseci nije kontaktibilna. Hrane je pomoću PEG-sonde. Ima 35 kg i izrazite sagibne kontrakture. Za liječnika hitne pomoći to je vrlo teška situacija. Provedena je maksimalna terapija intubacijom i umjetnim disanjem te kateholamin perfuzorom i pacijentica je prenesena u jedinicu za intenzivnu njegu, gdje je sljedeća tri dana liječena i potom preminula.”<sup>3</sup>

Svrha je ovih triju primjera na samome početku izlaganja da nas uvjere kako ove situacije odviše ne odudaraju od stvarnosti. Upravo u kontekstu pacijentova raspolaganja neizbježan je pogled na ljude u iznimnim situacijama, koje su spojene s gubitkom autonomije i otežane instrumentalizirajućim i djelomično depersonalizirajućim strukturama. Prvi primjer je tzv. hamburški slučaj iz godine 1894., koji, gledano povijesno-pravno nije značajan samo zbog toga što se radilo o sukobu različitih medicinskih pristupa – djevojčin otac bio je pristaša prirodnog liječenja, te je radije dopustio da njegovo dijete umre, nego da postane bogalj – već osobito stoga što taj slučaj odražava emancipacijsku borbu za samoodređenje bolesnika prije više od stotinu godina. Odluka Reichsgerichta, da volja pacijenta ima prednost pred voljom liječnika znači prekid s njegovom dosadašnjom praksom, koja se doimala tako neprihvatljivom da je hamburški Landgericht (prvostupanjski sud, op. prev.) i u drugoj odluci donio ponovno oslobađajuću presudu.<sup>4</sup>

Drugi i treći slučaj su austrijski primjeri iz današnjeg vremena. U oba se slučaja postavlja pitanje o prirodnom času smrti, te o etičkoj i pravnoj prosudbi popratnih okolnosti.

---

<sup>3</sup> Luegner, *Ethische Aspekte der Reanimation*, u: <http://www.wagn.at/html.php?hid=164>.

<sup>4</sup> Usp. Noack, str. 29 sl. 31, sl. 37.

Dok u slučaju gospođe Fischer kriterij smrti mozga s njegovim popratnim okolnostima ima središnje značenje, u slučaju 86-godišnje dementne pacijentice značajno je pitanje opravdanosti medicinskih mjera kojima se odgodio čas smrti. U sva tri slučaja pravo samoodlučivanja pacijenata igra veliku ulogu. U hamburškom slučaju ono se očituje preko oca u okviru ovlaštenja zakonskog zastupanja, a u oba austrijska slučaja očituje se samo tada kada pacijent može izraziti svoju volju anticipirajuće, npr. putem pacijentova raspolaganja, jer nijedna od dviju žena u trenutku medicinskih mjera nije bila sposobna za očitovanje. U sva tri slučaja radi se o ljudima kao osobama, jer je osobnost čovjeku vlastita, bez obzira na njegove sposobnosti i njegovo stanje svijesti. Ta pitanja, koja se tiču medicinskog područja isto kao i teološkog, te pravne dogmatike isto kao i filozofije prava, želio bih razmotriti u dijelu koji slijedi, te ih staviti u odnos sa sadašnjim nacrtima Saveznoga zakona o pacijentovu raspolaganju.

### *Čovjek kao osoba*

Pitanje o samoodređenju nerazdvojno je povezano s pitanjem o čovjeku i njegovu shvaćanju samoga sebe. Uronjeno u društvenu i kulturno-povijesnu cijelinu, antropološko tumačenje doživljava različite naglaske. Pritom pravo i zakon podliježu specifičnostima kulture i epohe isto kao i moralna shvaćanja i njihov postanak. Dok pravo, još više nego etika, promjenu u pravilu primjećuje tek a posteriori i na nju reagira, na području prava samoodređenja posve je obratno. Ostvarenje prava samoodređenja pacijenta, naime, nije bio "deziderat liječničke ili medicinske etike, nego pravni model, odnosno model pravne prakse".<sup>5</sup> Promjena slike čovjeka vrlo je usko vezana uz promjenu povijesti. Aristotelovo poimanje čovjeka kao društvenog bića jasno se razlikuje od naglasaka na subjektivnosti i autonomiji čovjeka u prosvjetiteljstvu; srednjovjekovna slika čovjeka, označena pravima koja su

---

<sup>5</sup> Usp. *isto*, str. 205.

prožeta i nošena dužnostima, bitno je različita od slike industrijske epohe ili postmoderne. Zbog ovih posebnih projekcija o čovjeku, koje se mijenjaju, potrebno je lučiti od ostalih promjene u slici o čovjeku njezin “temeljni sadržaj općih bitnih crta”, koje “čovjeka općenito karakteriziraju” (Henkel).<sup>6</sup> Zajedničko uporište svih ovih posebnih projekcija leži u osobnosti i dostojanstvu čovjeka. U potrazi za slikom o čovjeku kao regulatoru prava od bitne je važnosti slika čovjekove osobnosti. Ona se nadovezuje na sažetak pojedinih crta vlastitih projekcija koje se mijenjaju i prolaze, a da se time ne žrtvuje osobnost čovjeka u smislu paragrafa 16 ABGB-a (Općeg građanskog zakonika, op. prev.) i ona je jezgra opće, trajne i temeljne čovjekove odrednice. Njezina je osnova dostojanstvo čovjeka, kako ono dolazi do izražaja u temeljnim pravima slobode i osobnosti, ali ta osnova sadrži i elemente normativnih, idealno-tipskih i realno-tipskih struktura čovjekove slike.<sup>7</sup> Jer je ta osnova osobna, ostaje očuvana temeljna uloga čovjeka kao subjekta i objekta prava, čovjeka kao temelja i svrhe svakog prava (Radbruch). Zbog te se osnove gleda na čovjeka kao na fenomen koji je istodobno utemeljen u bitku i podložan promjeni. Samoodređenje proizlazi u biti iz oznake čovjeka kao subjekta, što je postalo Arhimedovom uporišnom točkom ne samo ustavne države (Haberle) nego i prava općenito. To su temeljne pravno-filozofske premise za zakonsko reguliranje pacijentova raspolaganja *de lege ferenda*.

### *Zahtjev i stvarnost*

Opća klauzula paragrafa 16 ABGB-a, koja u prvoj rečenici pretpostavlja vlastitost čovjeka da ima “urođena, razumom dokučiva prava” i koja dosljedno normira da se čovjeka “mora promatrati kao osobu”, vrijedi za čitavo pravo, a ne samo za opće

---

<sup>6</sup> Usp. detaljnije o promjeni slike o čovjeku: K. H. Auer, str. 61-73.

<sup>7</sup> Usp. K. H. Auer, str. 79-95.

<sup>8</sup> Usp. Mayer-Maly, str. 41.

privatno pravo.<sup>8</sup> Ova temeljna norma shvaćanja čovjeka kao osobe protivi se svim tendencijama izravnog, neizravnog ili struk-turnog depersonaliziranja, što isto tako veže zakonodavatelja kao i one koji su podložni normi. Ona mišljenja koja shvaćaju čovjekovu osobnost kao stanje ili sposobnost koju čovjek tek mora steći i koju može ponovno izgubiti, stoje u dijametralnoj oprečnosti u odnosu na normu iz paragrafa 16 ABGB-a. Ispravno postulira Lutz-Bachmann da onaj tko veže osobnost uz aktualno stanje svijesti, uz pripisivanje interesa, ili uz stjecanje osjećaja vlastite vrijednosti, ne shvaća njezin praktični sadržaj kao manifestacije temeljne odrednice čovjekove slobode. Pisac zaključuje "s Kantom i iz perspektive međusubjektivnog teoretskog shvaćanja slobode", kako se ne može ni jednom čovjeku odreći da je subjekt, pa stoga ni da je nositelj i izvršitelj slobode. Zbog toga je svaki čovjek osoba, bez obzira na njegovo podrijetlo i spol, njegovu dob i njegove sposobnosti.<sup>9</sup> Ovdje se susreću filozofsko i znanstveno-pravno stajalište. Posljedice su jasne: čovjek je osoba i kada on ne odgovara idealnim predodžbama društva vođena kapitalom i dobiti i kada izgubi svoju djelatnu sposobnost, i onda kad je on apaličar. On je osoba cijeloga svog života, te čak i nakon smrti ima osobna prava. Da se zahtjev i stvarnost upravo na medicinskom području mogu međusobno veoma razilaziti, zorno je pokazala, među ostalim Wogrolly-Domej u svojoj studiji "Kopije Božje. Dementni, komatozni, moždano mrtvi".

Često se međusobno podudaraju stanoviti pseudo-paternalizam prurušen u liječnikov odnos prema pacijentu kao prema djetetu ili beščutno hladno ophođenje liječnika prema pacijentu, i stanovita spremnost na regresiju od strane uznemirenoga pacijenta. Posljedica je barem djelomičan gubitak autonomije, kako kod pacijenta, tako i kod liječnika suzdržanog u međuljudskom odnosu. Sklonosti prema depersonalizaciji kriju se i u liječničkom žargonu, u sve većem postvarenju, u pacijentovoj ulozi objekta, i u liječnikovoj ulozi institucijskog funkcionara.<sup>10</sup> Ovdje se ne želi tvrditi, da su na

---

<sup>9</sup> Usp. K. H. Auer, str. 166.

<sup>10</sup> Usp. Wogrolly-Domej, str. 27 sl.

području sustava zdravstva svi pacijenti depersonalizirani. Upravo suprotno, iznimni učinci i nastojanja liječnika i osoblja oko njege pacijenta kao osobe moraju se pozitivno vrednovati. Međutim, dosta je velika opasnost od postvarenja pacijenata, koje ide usporedo s gubitkom osobnosti i autonomije, kroz institucionalne strukture i depersonaliziranu funkcionalnost u bolesničkim ustanovama i domovima za njegu. Svijest da se na medicinskom području međusobno susreću ljudi koji doduše imaju različite uloge, ali uvijek kao osobe, nije samo pravni i filozofski zahtjev nego je to i most koji može pomoći da se premosti jaz između zahtjeva i stvarnosti.

### *Dostojan i autonoman*

U Njemačkoj nepovrjedivost ljudskoga dostojanstva (čl. 1, st. 1 Ustava), koje je svaka državna vlast dužna poštovati i štiti, stoji na početku Ustava i to se smatra najvišom pravnom vrijednošću<sup>11</sup> i vrhovnim ustavnim načelom (Durig). Savezni ustavni sud tumači ljudsko dostojanstvo iz čl. 1, st. 1 Ustava kao zaštitu dostojanstva čovjeka "kako on samoga sebe shvaća i kako je svjestan samoga sebe u svojoj individualnosti. Ovdje spada da čovjek može raspolagati samim sobom, da može samoodgovorno oblikovati svoju sudbinu."<sup>12</sup> I dalje: "Gdje postoji ljudski život, njemu pripada ljudsko dostojanstvo; nije presudno je li nositelj svjestan toga dostojanstva niti zna li ga čuvati."<sup>13</sup> U svojoj biti pojam dostojanstva, kako ga shvaća Savezni ustavni sud, obuhvaća i neautonomne i nerođene ljude. Njegova je svrha čovjekovo samoodgovorno postupanje. To je od temeljne važnosti upravo za ljude koji su bolesni, koji su potrebni njege, te one koji umiru. Eksplikacija pravnoga pojma dostojanstva nalazi se u konačnici – bez obzira na nesuglasicu glede Herdegenova novog komentara članka 1 Ustava – u predpozitivnom samostalnom procesu, te se može pobliže odrediti

---

<sup>11</sup> Usp. BVerfGE 45, str. 187.

<sup>12</sup> Usp. BVerfGE 49, str. 298.

<sup>13</sup> Usp. BVerfGE 39, str. 41.

jedino iz čovjekove biti. U Austriji doduše ne postoji ni u StGG-u, ni u B-VG-u ustavna odredba slična onoj iz čl. 1 Ustava ili iz čl. 7 Švicarskog saveznog ustava, ali ljudsko dostojanstvo kao opće načelo vrednovanja proizlazi iz sveukupne konstrukcije B-VG-a, premda ono tamo nije proklamirano kao vodeće načelo Saveznog ustava. Doslovno se pozivajući na F. Bydlinskoga, Ustavni sud (10. 12. 1993., G 167/92) priznaje načelo ljudskog dostojanstva kao opće vrijednosno načelo austrijskoga pravnog poretka, koje kaže da “ni jedan čovjek ne smije nikada biti smatran i tretiran kao puko sredstvo za bilo koju svrhu“. Ta negativna formulacija obveze da se čovjek poštuje kao svrha sama za sebe, posljedica je čovjekove kvalitete subjekta, koju je već Kant postulirao. Prema Kantu čovjek je subjekt čudoredne autonomije. Dostojanstvo i vrijednost čovjeka temelje se na njegovu moralnom samoodređenju, zbog čega treba poštovati autonomiju svakog čovjeka i nitko ne smije biti korišten kao puko sredstvo za bilo koju svrhu. Sloboda izbora i sposobnost samoodređenja konstitutivne su temeljne vlastitosti čovjeka u smislu moralne i pravne Kantove filozofije, ali uvijek u okviru čudorednog poretka.

Kantovo poimanje autonomije je samoodređenje čovjeka u skladu s općim načelom čudoređa, koje dolazi do izražaja u kategoričkom imperativu.<sup>14</sup> Dostojanstvo i autonomija stoje, prije svega za novovjeko shvaćanje prava, u najužoj svezi sa slobodom. Dok Kant zadaću prava vidi u omogućavanju da sloboda jednoga može postojati zajedno sa slobodom drugoga, Hegel jednostavno pravo poistovjećuje sa slobodom. U svezi s odnosom napetosti između negativnog i pozitivnog poimanja slobode – “sloboda od” i “sloboda za” - autonomija pripada prvom poimanju dok pitanja pravednosti, mogućnosti raspolaganja i korisnosti treba pripisati pozitivnom poimanju. Wolfgang Hubert razlikuje između “etike interesa”, koja polazi odatle da autonomni subjekti mogu izraziti svoje interese i usmjeriti se prema njihovu postizanju, i “etike dostojanstva”, koja u smislu kategoričkog imperativa prosvjeduje kad je

---

<sup>14</sup> Usp. Wallner, str. 52.



povrijeđeno dostojanstvo čovjeka i kada čovjek izgubi svoju sposobnost odlučivanja. Nezaobilaznu uvezanost ljudskoga dostojanstva s etičkim načelom autonomije naglašava Pieper kada kaže da je autonomija kao oznaka humanoga “temeljna značajka, koja se ne može izgubiti”, koja pripada beziznimno svakome čovjeku neovisno o tome je li on de facto sposoban sebe ostvariti kao autonomnu osobu ili nije.<sup>15</sup> Prema tome, autonomija pacijenta može se definirati tako da su autonomija i dostojanstvo vlastiti svakome pacijentu u smislu da on ima pravo “da ga se tretira ne kao puki objekt odlučivanja, nego da ga se poštuje kao biće koje može samo sebe odrediti i obvezati, pa i kada se ono u tom smislu ne može izraziti”.<sup>16</sup> Autonomija pacijenta stoga uključuje, s jedne strane, čuvanje putem zastupnika opravdanih vlastitih interesa, a s druge strane omogućuje stvaranje okvirnih uvjeta kako bi se moglo ostvariti pravo samoodređenja i samo-obvezivanja. Stoga se kakvoća zakona treba mjeriti i po tome koliko su oni stvorili te pravno-filozofski određene, a s motrišta ustavnoga prava i prava osobnosti potrebne okvirne uvjete.

### *Bit prava samoodređenja*

U kontekstu pacijentova raspolaganja pod samoodređenjem se podrazumijeva pravo da se u slučaju gubitka autonomije, u pravilu zbog bolesti ili nesretnog slučaja, može anticipativno putem izjave volje odlučiti o suglasnosti za određenu medicinsku mjeru ili o njezinu odbijanju. Uzornu definiciju pacijentova raspolaganja dali su Barta/Kalchschmid time što su točno opisali povod i uključili palijativne mjere s posljedicama koje skraćuju život:

“Pod pacijentovim raspolaganjem podrazumijeva se raspolaganje (unaprijed), kojim jedna osoba želi:

---

<sup>15</sup> Usp. *isto*, str. 52 sl.

<sup>16</sup> Usp. *isto*.

<sup>17</sup> Usp. Barta/Kalchschmid, str. 445.

- u slučaju buduće bolesti ili ozljede koja po sebi neposredno vodi smrti, ili

- u fazi ireverzibilnog teškog trajnog oštećenja mozga, ili

- trajnog prestanka životno važnih tjelesnih funkcija

odreći se stanovitih ili svih umjetnih medicinskih mjera koje produžuju život, i pri tome koristiti sve mogućnosti ublažavanja boli, bez obzira na eventualne posljedice za skraćenje života.”<sup>17</sup>

U tom je smislu pacijentovo raspolaganje jedan od oblika prava samoodređenja, a ne pravni posao, kako to Barta/Kalchschmid uvjerljivo izlažu.<sup>18</sup> U Austriji je to određeno ustavnopravno preko prava obrane iz čl. 8 EMRK-a, upravno-pravno prije svega paragrafom 5a KAKuG-a i čl. 18. Povelje pacijenta (BGBl I 1999./195), kaznenopravno paragrafom 110 StGB,<sup>19</sup> a građanskopravno općom klauzulom u paragrafu 16 ABGB. Na nadnacionalnoj razini treba spomenuti čl. 3 st. 2 Povelje o temeljnim pravima Europske Unije (GRC), koji, osloncem na Konvenciju o ljudskim pravima iz biomedicine (1997.) koju Austrija još nije ratificirala, i na njezin dopunski Protokol normira pravo nepovrjedivosti,<sup>20</sup> kao i čl. 9 Konvencije o biomedicini: “Ako u trenutku medicinske intervencije pacijent ne može očitovati svoju volju, treba uzeti u obzir želje koje je on izrazio ranije glede takve intervencije.”

Čl. 8 EMRK-a sadrži obuhvatnu zaštitu temeljnih prava privatnoga i obiteljskog života. Kao obrambeno pravo svakome je priznat zahtjev za poštivanje privatnoga i obiteljskog života; putem široko obuhvaćenog objekta zaštite čl. 8 st. 1 EMRK-a proteže se na različita pravna područja. Time je obuhvaćeno seksualno ponašanje jednako kao i lektira ili druge navike

---

<sup>18</sup> Usp. isto, str. 443 sl.

<sup>19</sup> Usp. također §§ 77 i 78 StGB koji normiraju granice samoodređenja kod kažnjavanja podrške za ubijanje na zahtjev i suradnje u samoubojstvu.

<sup>20</sup> Čl. 3, st. 2 GRC: “U okviru medicine i biologije mora se osobito paziti na sljedeće: - slobodna privola dotične osobe nakon prethodnog informiranja...-zabrana korištenja ljudskoga tijela i njegovih dijelova kao takvih za postizanje koristi”.

<sup>21</sup> Usp. Berka Rz, str. 455-464.

čovjekova slobodnog vremena, zdravstveno stanje jednako kao i tjelesni i duševni integritet. Pravo poštivanja privatnog života služi kao zaštita jedinstvene čovjekove osobnosti u njezinoj fizičkoj, duševnoj i duhovnoj egzistenciji.<sup>21</sup> Zahvati u tjelesni ili duševni integritet mogu biti dopušteni samo kad za to postoji važan interes u smislu st. 2. Prema VfSlg 11.923/1988 i uzimanje krvi osoba koje nisu pri svijesti predstavlja (u svezi s paragrafom 5 st. 6 öStVO-a, koji propisuje dužnost da se pod određenim pretpostavkama dopusti uzimanje krvi) nezakonit i stoga protuustavan zahvat u pravo poštivanja privatnoga života.<sup>22</sup> U kontekstu opsežne zaštite osobnosti koja je normirana u čl. 8 EMRK-a iz ustavnopravnog je motrišta razvidno pacijentovo raspolaganje kao oblik prava na samoodređenje. Ovo tim više što je nepoštivanje izričite volje pacijenta u okviru pacijentova raspolaganja mnogo teže od uzimanja krvi nesvjesnim osobama.

Paragraf 5a Z 9 KAKuG-a obvezuje nositelja bolesničkih ustanova da pacijentima omogući dostojanstveno umiranje, pa time implicitno sadrži i poštivanje samoodređenja u okviru pacijentova raspolaganja. Jasnije se na to osvrće čl. 18 Povelje pacijenta: "Pacijenti i pacijentice imaju pravo unaprijed dati izjave volje, kojima žele da se izostavi određena terapija ili stanovite terapijske metode u slučaju gubitka njihove djelatne sposobnosti, kako bi se kod budućih medicinskih odluka koliko je god moguće to uzelo u obzir." Kaznenopravna odredba iz paragrafa 110 StGB-a, koja kažnjava samovoljnu zdravstvenu terapiju čak i kada je ona "u skladu s pravilima medicinske znanosti", daljnja je zakonska norma iz pojedinog područja, koja se oslanja na pravo samoodređenja kao jezgru pacijentova raspolaganja.

U Njemačkoj i Austriji sada je u punom zamahu rasprava o pravnom institutu pacijentova raspolaganja, i u objema zemljama postoje nacrti zakona, odnosno na njima se radi. U SAD-u 48 država je od 1976. donijelo zakonske propise koji reguliraju pitanja prekida terapije "u beznadnim slučajevima".

Već je 30 posto Amerikanaca potpisalo pacijentovo raspolaganje. Slično je u Velikoj Britaniji, Australiji i

---

<sup>22</sup> Usp. isto, str. 464.

Nizozemskoj.<sup>23</sup> U Njemačkoj 90 posto građana nije sastavilo pacijentovo raspolaganje,<sup>24</sup> što odgovara jednoj procjeni njemačke hospicijske zaklade iz godine 2003. prema kojoj je oko sedam milijuna ljudi potpisalo pacijentovo raspolaganje.<sup>25</sup> Zbog različitih nacionalnih okvirnih zakonskih uvjeta teško je praviti usporedbe među zemljama. Ipak da se zakonski regulira pacijentovo raspolaganje svim je nacionalnim nastojanjima zajedničko sljedeće: spoznaja da postupak umiranja ovisi o medicinsko-tehničkim mogućnostima, zabrinutost zbog prekomjerne terapije s produženim umiranjem i bolovima o čemu treći odlučuju, te nastojanje da se poveća pravna sigurnost.<sup>26</sup>

### *Granice prava samoodređenja*

Dok se bitna pretpostavka samoodređenja temelji na sposobnosti osobe da slobodno odlučuje, granice su određene pravnim poretkom i sukobom s drugim etičkim načelima. Stoga sadržajem pacijentova raspolaganja ne smije biti ništa što se protivi pravnom poretku; raspolaganje osobito ne može sadržavati obvezu trećih osoba za aktivnu eutanaziju.<sup>27</sup> Obve-

---

<sup>23</sup> Usp. Ziegler i dr., *Kein 'Sterben in Würde'*, u: Deutsches Ärzteblatt 14 (2002.) A918.

<sup>24</sup> Usp. Blöß, *Patientenwille*, u: Deutsches Ärzteblatt 50 (2004.) A3390.

<sup>25</sup> Usp. *Eckpunkte zur Stärkung der Patientenautonomie*, u: <http://www.bmj.bund.de>.

<sup>26</sup> Usp. *isto*.

<sup>27</sup> I u Belgiji i Nizozemskoj, koje zauzimaju posebno stajalište, jer je prema njihovim nacionalnim zakonodavstvima pod stanovitim okolnostima i aktivna eutanazija zakonita, ne postoji dužnost pomoći za umiranje. Prema čl. 14 belgijskog Zakona o pomoći za umiranje od 28. 5. 2002. liječnika se ne smije obvezati pa pruži pomoć za umiranje, niti neku drugu osobu da u tome sudjeluje. Mogućnost da se unese u raniju izjavu liječnička pomoć za umiranje nije obvezujuća prema čl. 14 spomenutog zakona. Slično je i u Nizozemskoj, gdje prema čl. 2 niz. Zakona o kontroli okončanja života po zahtjevu i o pomoći u samoubojstvu, koji je stupio na snagu 1. 4. 2002., liječnik može udovoljiti želji pacijenta za aktivnom pomoći za umiranje.

zujuci sadržaj, stoga, može biti samo onaj sadržaj koji je u skladu s pravom. Zahtjev za terapijski besmislenim liječenjem protuslovi temeljnim etičkim načelima. Ako pojam prava općenito sadržava pravednost, pravnu sigurnost i svrhovitost kao vodeće maksime (Radbruch, F. Bydlinski), onda to posebno mora vrijediti i za pacijentovo raspolaganje. Radi toga jednako poštivanje dobara osobe (F. Bydlinski) spada u temelje pacijentova raspolaganja, kao i njihovo konkretno formuliranje i njihovo aktualno oblikovanje u eventualnoj terapijskoj situaciji.

Mayer-Maly upozorava da se pacijentova raspolaganja mnogo lakše daju u razdobljima relativna zdravlja nego u vrijeme kada teškom bolesniku život visi o koncu.<sup>28</sup> Ovome opravdanom prigovoru promjenljivosti čovjekove volje sve do samoga kraja života austrijski nacrt zakona želi izići ususret putem opozivosti u svako doba, te putem obveze obnavljanja raspolaganja svake tri godine; u njemačkom je pak nacrtu zakona doduše u svako doba moguć opoziv donesene odluke, ali nije predviđeno ograničenje roka za pacijentovo raspolaganje kao što nije određena ni njegova forma.<sup>29</sup> U smislu čovjekove samoodgovornosti u njemačkome nacrtu zakona treba dati prednost jednom novom paragrafu 1901 ABGB-a, prema kojemu izjava volje, poput oporuke, vrijedi bez ikakva roka, sve do njezina opoziva. S druge pak strane, obveza obnavljanja daje prednost veće aktualnosti. Stanovito zakonsko rješenje pruža prijedlog Barta i Kalchschmida, koji u odnosu na trajanje učinka polazi sa stajališta neograničenog trajanja valjanosti pacijentovih raspolaganja, ali osloncem na paragraf 578 ABGB-a (vlastoručna oporuka) – dodaje savjet da se pacijentova raspolaganja po mogućnosti aktualiziraju.<sup>30</sup>

Jedan drugi prigovor glede pacijentovih raspolaganja temelji se na bojazni od pritiska društva koje je orijentirano na proizvodnju, koje se često doživljava kao nehumano,

---

<sup>28</sup> Usp. Mayer-Maly, str. 38 i sl.

<sup>29</sup> Usp. *Eckpunkte zur Stärkung der Patientenautonomie*, u: <http://www.bmj.bund.de>.

<sup>30</sup> Usp. Barta/Kalchschmid, str. 449.

da se život mora dokrajčiti kada je on navodno nedostojan čovjeka. Ovdje treba spomenuti i brigu starijih ljudi da ne padnu na teret rodbine, kao i posljednjih godina usporedno vođenu raspravu o troškovima njege i o eutanaziji. Tome se može dugoročno suprotstaviti odgojem usmjerenim prema ljudskim pravima i pravima osobe, koji naglašava vrijednost života i njegovo dostojanstvo bez obzira na kakvoću života, a s druge strane sveobuhvatnom formulacijom u zakonu o pacijentovu raspolaganju koja se oslanja na individualnu slobodu raspolaganja.

### *Manipulirani čas smrti?*

Nesavršenost i konačnost spadaju u središnja iskustva ljudske egzistencije. Pa ipak se neizbježnost smrti više potiskuje negoli što se ona prihvaća kao bezuvjetan dio života. Potiskivanje nije nikakvo rješenje, pa medicinska i bio-znanstvena postignuća kriju u sebi opasnost da postanu ideologija, koja ne daje mjesta lomovima i nedostatnosti u ljudskom životu.<sup>31</sup> Ne čudi, stoga, da se čas smrti pomiče, ili dalje ili bliže. Obje varijante postavljaju pitanja i ne žele se pomiriti s prirodnim časom smrti. Dok je sve do polovice 20. stoljeća otkazivanje rada srca i krvotoka bio opće priznati čas smrti, to se stajalište radikalno promijenilo napretkom intenzivno-medicinskih tehničkih mogućnosti. Budući da tradicionalni kriteriji za definiciju smrti nisu više bili dostatni, razdvojila se "normalna smrtnost" od "smrtnosti mozga".<sup>32</sup> Konvencija o smrti mozga koju je donio ad hoc sastavljeni komitet Harvard Medical School preporučila je 1968. godine kao novu definiciju smrti ireverzibilnu komu.<sup>33</sup> Za razliku od zahtjeva da se priznaju kao mrtvi oni ljudi koji su doživjeli "smrt velikoga mozga" (teški apaličari), Konvencija kao kriterij smrti postavlja prestanak života moždanoga debla, kao središta disanja i

---

<sup>31</sup> Usp. Wallner, str. 54.

<sup>32</sup> Usp. Wogrolly-Domej, str. 11.

<sup>33</sup> Usp. ad hoc odbor iz Harvard Medical School, u: Wiesing, str. 308.

vegetativnih funkcija.<sup>34</sup> U Austriji paragraf 62a KAKuG-a u kontekstu uzimanja organa umrlih osoba radi transplantacije postavlja kriterij smrti mozga, ne označavajući poimence taj kriterij. Mayer-Maly smatra upitnim oslanjanje na smrt mozga – u pogledu interesa transplantacijske medicine.<sup>35</sup> Hans Jonas čak govori o “pragmatičnom redefiniranju” pojma smrti u korist interesa transplantacije.<sup>36</sup> Doista, transplantacijska medicina živi od što ranijeg definiranja časa smrti; nasuprot suprotnoj pravnoj situaciji u Njemačkoj, u Austriji prema paragrafu 62a-c KAKuG-a vrijedi model prigovora, prema kojemu se na prikladnim moždanim mrtvacima, koji nisu uložili prigovor protiv uzimanja organa nakon svoje smrti, provodi mnogostruka eksplantacija. Kao posljedice kriterija moždane smrti pojavljuju se i pojmovne nejasnoće i nesigurnosti. Dok dosad nije bilo nikakvog posebnog problema glede definiranja trenutka kad se tijelo preminule osobe označava kao leš, tijelo osobe koja je doživjela moždanu smrt ne može se takvim smatrati. U tome smislu istražitelj mozga Gerhard Roth kaže: “Čovjek čiji je mozak mrtav, nije leš, nego umirući. Taj se moralni konflikt mora izdržati.”<sup>37</sup> U praksi se očito ustalilo shvaćanje da se kod osobe kojoj je mozak mrtav, radi o “osobno/spoznajno umrlom, biološki umjetno živućem, dakle još ne potpuno umrlom čovjeku”.<sup>38</sup> No kako su pitanja iz područja transplantacijske medicine samo neizravno predmet ovoga rada, završavam ovaj isječak jednom kritičkom opaskom iz sažetka angažirane studije Wogrolly-Domej: “Ljudska bol, koja se može otkloniti putem transplantacije organa, ne smije se nikako ovdje omalovažiti. Ona se, međutim, ne može uzeti kao uvjerljiv argument da bi se ljude u stanju ireverzibilne kome bez pitanja i šutke iskoristilo, a da se ne uključi njihova rodbina i da im se ne pruži prilika da se pozdrave na odlasku.”<sup>39</sup>

<sup>34</sup> Usp. Wogrolly-Domej, str. 262.

<sup>35</sup> Usp. Mayer-Maly, str. 39.

<sup>36</sup> Usp. Wiesing, str. 301.

<sup>37</sup> Gerhard Roth, u: Die Welt, 17. 01. 2005., cit. u:<http://www.welt.de/data/2005/01/17/389154.html?s=1>.

<sup>38</sup> Usp. Wogrolly-Domej, str. 259.

<sup>39</sup> Isto, str. 280.

Samoodređenje u kontekstu pacijentova raspolaganja utječe u načelu i tako na čas smrti, jer sprječava pretjeranu terapijsku revnost u svezi s intenzivno-medicinskim tehničkim mogućnostima za produženje procesa umiranja, dakle naređuje da se dopusti umiranje. U svezi s odobravanjem palijativnih mjera, koje ponajprije djeluju na ublažavanje boli, a kao sporedni učinak skraćuju život, također se utječe na čas smrti, premda nenamjerno. Oboje je etički i pravno dopušteno. Liječniku je u spomenutim slučajevima zajamčena pravna sigurnost, jer on postupa sukladno izraženoj volji pacijenta, pa se ne mora pribojavati da će biti tužen zbog propuštena pružanja pomoći ili da će doći u sukob s liječničkom etikom. Liječnika obvezuje kroz pacijentovo raspolaganje anticipativno izražena volja pacijenta, koji ju je sada nesposoban izraziti. Prema tome, mjere za produženje života ne smiju se primijeniti, ili se ne smiju dalje nastaviti, ako one samo odgađaju nastup smrti, a bolest se u svome tijeku više ne može zaustaviti. Također, i onim pacijentima koji doduše još nisu na umoru, ali pred kojima je nepovoljan tijek bolesti, koji će ih prema svim predviđanjima u dogledno vrijeme dovesti do smrti, moraju se u skladu s njihovom voljom, umjesto produženja života i održavanja života, pružiti palijativne medicinske mjere i mjere njege.<sup>40</sup> Nasuprot tome, ne treba se osvrtni na želju pacijenta, izraženu u pacijentovu raspolaganju, da se prekinu mjere održavanja života, kada se prema stanju pacijenta može očekivati "povratak međuljudske komunikacije i ponovno jačanje volje za život".<sup>41</sup>

Bitno je, stoga, ograđivanje od aktivne eutanazije. Dok je neizravna pomoć za umiranje isključivo usmjerena na ublažavanje boli neizlječivim bolesnicima, uz mogućnost da se time skрати život, i dok neizravna i izravna pasivna eutanazija kod ireverzibilno bolesnih osoba ima za svrhu da se (dalje) ne zaustavlja prirodni tijek smrti i da se poštuje pravo čovjeka da ne bude ometan u svojem prihvaćenom umiranju, dotle

---

<sup>40</sup> Usp. načela Savezne liječničke komore glede liječničkog praćenja kod umiranja, u: *Deutsches Ärzteblatt* 19 (2004.) A1298.

<sup>41</sup> Usp. Barta/Kalchschmid, str. 447.



se kod izravne aktivne eutanazije rabe liječničke mjere koje izravno djeluju da se okonča život. One ostvaruju kvalifikaciju kaznenog djela ubijanja na zahtjev, u Austriji prema paragrafu 77 öStGB-a, u Njemačkoj prema paragrafu 216 dStGB-a, u Švicarskoj prema čl. 114 schwStGB-a. Godine 1999. donijela je Parlamentarna skupština Vijeća Europe preporuku 1418/1999 glede zaštite ljudskih prava i ljudskog dostojanstva smrtno bolesnih i umirućih, kojom se ozakonjenje ubijanja na zahtjev smatra nespojivim s ljudskim pravima. Ta je preporuka doduše još uvijek važeća, ali je Socijalni odbor Vijeća Europe prihvatio koncem godine 2004. godine izvješće o pomoći za umiranje, koje je podnio švicarski zastupnik Dick Marty, a kojim se predviđa znatna liberalizacija u tom pogledu. Glavna kritična točka jest nedostatak odredbe kojom bi se jasno izrazilo da pravo pacijentova samoodređenja ima svoju granicu ondje "gdje se radi o ubijanju rukom nekog drugog".<sup>42</sup> Sjednici Socijalnog odbora, upravo pred Božić, 17. prosinca 2004., bilo je nazočno samo 19 članova od ukupno njih 82, od kojih je 11 glasovalo za to kontroverzno izvješće. U tom smislu može se govoriti o manjinskom papiru usprkos formalnoj većini. Da to izvješće sada nije prihvatljivo većini, pokazalo se 27. travnja 2005. u velikim nesuglasicama za raspravu u Parlamentarnoj skupštini Vijeća Europe. Osporeno izvješće vraćeno je Socijalnom odboru, koji bi u roku od godine dana morao raspraviti brojne prijedloge za izmjenu. Ostaje činjenica kako između dopuštenja da se umre i aktivnog ubijanja leže cijeli svjetovi razlike, ne samo iz pravne, nego i iz humanoznanstvene i etičke točke motrišta.

### *Evangelium vitae*

U svjetovnim i pluralističkim društvima crkvenim se stajalištima pridaje više ili manje partikularno značenje. Raščlamba se glede ove perspektive isplati ne samo zbog kulturno-

---

<sup>42</sup> Caritas i Hospiz Österreich, apel na Vijeće Europe, u: <http://www.caritas-wien.at/index8645.htm>.

povijesnoga i duhovno-povijesnog identiteta Europe,<sup>43</sup> koji se izvodi iz kulturalne, vjerske i humanističke baštine,<sup>44</sup> nego i zbog toga što je pitanje o smislu ili besmislu bolesti, patnje i smrti manje pitanje o onome što je medicinski izvodivo, a više pitanje o osobnom i vjerskom stajalištu. U velikim religijama svijeta život se smatra vrhunskim dobrom, kojemu treba pristupati s respektom i strahopoštovanjem.<sup>45</sup> Ne naglašavaju se samo iz kršćanskog motrišta prije svega oni argumenti, koji govore o životu i o čovjekovoj zabrani raspolaganja njime. Kako u tekstovima Staroga, tako i u onima Novoga zavjeta, Biblija smatra život relacijskim pojmom – u njegovu odnosu prema Bogu. Jahve se označuje kao izvor života, kome sva živuća stvorenja zahvaljuju svoju opstojnost (Ps 18,47; 36,10; 104,30; Iz 42,5). Zabrana ubojstva u Post 4,9-15 (Kain/Abel), kao i u Deset zapovijedi (Izl 20,13; Pnz 5,17) služi zaštiti ljudskoga života. Misao o slici Božjoj (Post 1,26 i sl.) daljnje je utemeljenje zabrane ubijanja i zadatka da se očuva život. U novozavjetnom shvaćanju ocrtava se pogled na život u kontekstu spasenja i u eshatološkoj perspektivi. Uzeti u obzir ovo biblijsko motrište na život pretpostavka je da se teološki argumenti razumiju u njihovu postanku. Iz moralno-teološke perspektive život se prikazuje kao omogućivanje osobne egzistencije i slobode, neponovljive povijesti i međuljudskih odnosa. To se poštivanje života temelji na dostojanstvu ljudskoga života i ono sadrži isto pravo na život i nerođenih, duševno bolesnih i umirućih. Iz toga proizlazi dužnost “da se ovaj život očuva tako dugo koliko on može biti razumno u službi osobnog razvitka”. Sukladno tome aktivna eutanazija, kao svjesno i aktivno prouzrokovanje smrti, čudoredno je nedopuštena, ali od nje valja razlikovati neizravnu i pasivnu pomoć za umiranje.<sup>46</sup>

U br. 65 enciklike *Evangelium vitae*, koji govori o vrijednosti i nepovrjedivosti ljudskoga života, Ivan Pavao II. se osvrće na

---

<sup>43</sup> Usp. Preambulu povelje Europske Unije o temeljnim pravima.

<sup>44</sup> Usp. Preambulu ustavnog ugovora Europske unije.

<sup>45</sup> Usp. Parlament svjetskih religija, Izjava o svjetskom ethosu, 4. 9. 1993., Chicago, u: <http://www.weltethos.org/pdf-dat/br-dell.pdf>.

<sup>46</sup> Usp. Sagmeister u: Rotter/Virt, str. 422-424.

eutanaziju i razlikuje:

“Od nje (eutanazije) treba lučiti odluku da se bolesnik odrekne od “pre-velike terapijske revnosti“, to znači od stanovitih liječničkih zahvata, koji nisu više primjereni stvarnoj situaciji bolesnika, jer oni ne stoje ni u kakvoj vezi s ishodom kojemu se nadamo, ili također, jer su oni za bolesnika i njegovu obitelj odviše mukotrpnji. U ovim situacijama, kada se smrt prijeteci i neizbježno najavljuje, može se zbog razloga savjesti odreći (daljnjih) pokušaja liječenja, koji bi mogli prouzročiti neizvjesno i bolno produženje života, a da se pri tome ne propuste normalni napori koje u takvim slučajevima dugujemo bolesniku.“

Pored naglaska na dostojanstvo i nepovrjedivost ljudskoga života, koji dominira cijelim tekstom, postoji i teleološka argumentacija za pasivnu pomoć za umiranje. Br. 65 se osim toga usredotočuje na moralno stajalište osobe koja je ireverzibilno bolesna. Ona je dužna dopustiti da joj pruže njegu i liječenje, ali samo ako terapijske mjere koje su na raspolaganju stoje objektivno u prikladnom odnosu s izgledom na poboljšanje.<sup>47</sup> Jasan je zaključak glede etičke kvalitete pasivne pomoći za umiranje: “Odricanje od izvanrednih ili neprimjerenih sredstava liječenja ne smije se poistovjetiti sa samoubojstvom ili eutanazijom; to je naprotiv izraz činjenice da se prihvaća ljudski položaj u suočenju sa smrću.”<sup>48</sup> Glede neizravne pomoći za umiranje putem palijativnih mjera, ukazuje se na činjenicu, da je njih Pio XII. još 1957. godine označio dopuštenima. Enciklika se ne razlikuje u pogledu pomoći za umiranje od većine sadašnjih pravnih poredaka i njihovih etičkih implikacija, iako ne barata pojmom čovjekova prava na samoodređenje, nego je usmjerena na savjest. Prema br. 16 pastoralne konstitucije *Gaudium et spes* čovjekovo se dostojanstvo sastoji upravo u integritetu njegove savjesti. Primat savjesti pred bilo kojim heteronomnim određenjem tvori temelj čovjekove punoljetnosti i subjektivnosti. Slično kao

---

<sup>47</sup> Usp. *Evangelium vitae*, br. 65, st. 2.

<sup>48</sup> *Isto*.

i br. 65 *Evangelium vitae* glase odgovarajući ulomci (2278 i 2279) *Katekizma Katoličke Crkve* iz 1993. godine, no ipak s jasnijim naglaskom na nadležnosti pacijenta u odlučivanju: "Odluke mora donositi sam pacijent, ako je on za to sposoban i u stanju, a ako nije, tada zakonski zastupnici, pri čemu uvijek treba voditi računa o razboritoj volji i opravdanim interesima pacijenta."<sup>49</sup> Ne spominje se anticipativna odluka u smislu pacijentova raspolaganja, ali se ona ipak može izvesti iz naglaska na nadležnost u odlučivanju, razboritoj volji i opravdanim interesima, ukoliko se ne radi o namjeri da se prouzroči smrt, nego o tome da se ona prihvati, i da se, prema tome, pacijent odrekne od (daljnjih) mjera za produženje života.

### *Samoodređenje u odnosu liječnik – pacijent*

Pitanje autonomije pacijenta ne može se promatrati odijeljeno od liječničke etike i etike pacijenta. Prva ima za sadržaj odnos liječnika prema pacijentu, prema medicinskoj znanosti, prema državi i društvu i odražava se u njegovu činjenju i propuštanju kao liječnika, u njegovim motivacijama i u njegovim nastojanjima da služi dobru pacijenta i da poštuje njegovu nadležnost za samoodređenje. Gotovo kao odraz na zrcalu etika pacijenta sadržava njegov odnos prema liječniku i bolesničkom osoblju, da glede medicinske znanosti, prema državi i društvu, osobito prema njegovoj bolesti i načinu kako se on kao informirani pacijent s bolešću ophodi, odnosno hoće ophoditi. On može doživjeti pravo samoodređenja kao nešto što ga oslobađa od heteronomnog skrbništva, ali i kao odgovornost koja ga teško pritišće.

Liječnički ethos se najprije sastoji u tome da se pomoću mjera profilaktične, kurativne ili palijativne naravi pomogne pacijentu, da se prema najboljem znanju i savjesti djeluje protiv njegove bolesti ili oštećenja. Taj ethos od davnine djeluje prema vodećim načelima *primum nil nocere* i *bonum facere*. Iz toga proizlazi za dobrobit pacijenta obvezujuće

---

<sup>49</sup> *Katekizam Katoličke Crkve*, br. 2278.

načelo skrbi "salus aegroti suprema lex", koje ide usporedno s Hipokratovom etikom i nosi paternalističke crte.<sup>50</sup> Hipokratova prisega, koja je navodno nastala prema novijim istraživanjima u 4. stoljeću prije Krista u jednoj pitagorijskoj skupini liječnika, i koja je tijekom povijesti bila stavljena na početak najvažnije antičke medicinske zbirke tekstova, *Corpus hippocraticum*, dobila je tek u kršćanskoj i islamskoj kulturi srednjega vijeka veće značenje. Ona sadrži pravila ponašanja liječničkog ceha, načelo skrbi, zapovijed o izbjegavanju štete, kao i neke druge zapovijedi i zabrane za liječničko djelovanje, među inima zabranu ubijanja na zahtjev, zabranu stanovitih oblika pobačaja, kao i seksualne zlorabe žena i muškaraca, slobodnjaka i robova.<sup>51</sup> Samoodređenje, dužnost informiranja i zabrana diskriminacije nisu predmet Hipokratove prisege. Godine 1948. nadovezuje se ženevski liječnički zavjet izravno na prisegu i dopunja je novinom o zabrani diskriminacije radi ravnopravnog tretiranja svih pacijenata. Paternalističko razmišljanje, koje je došlo do izražaja u primatu dobrobiti pacijenta uz istodobno neobaziranje na volju pacijenta, proteže se kroz povijest još do sredine 20. stoljeća, da bi tada bilo potisnuto pravima pacijenta koja se temelje na individualnim ljudskim pravima. Još na prijelazu iz 19. u 20. stoljeće budući liječnici su bili školovani u duhu isključivosti načela skrbi:

"Neka liječnik bude određen i siguran u svojim nalogima, neka zapovijeda, i što je kraća zapovijed, time se ona točnije može izvršavati, time će liječnik uliti pacijentu više pouzdanja."<sup>52</sup> Zahvaljujući pravosuđu u Sjedinjenim Američkim Državama i u Njemačkoj, koje Noack označava kao stjegonoše ovog razvoja,<sup>53</sup> danas se pravo samoodređenja pacijenta sa pravnog i etičkoga motrišta smatra kao *common sense*, premda postoje ograničenja u pojedinim slučajevima, koja moraju biti točno definirana i obrazložena. U ta ograničenja spadaju npr. situacije kada pacijentova želja ne proizlazi iz njegove slobodne

---

<sup>50</sup> Usp. Stellamor, str. 261.

<sup>51</sup> Usp. Wiesing, str. 24.

<sup>52</sup> Citat u: Stellamor, str. 3.

<sup>53</sup> Usp. Noack, str. 205.

volje, nego je izraz faze bolesti u kojoj se mijenjaju osobnost i identitet.

Nakon što je liječnička etika dugo vremena bila označena načelom skrbi "salus aegroti suprema lex esto", sada se iz perspektive etike pacijenta – uz podršku sudske prakse – afirmiralo načelo autonomije "voluntas aegroti suprema lex esto". Spomenuta načela, međutim, u dijametralnoj su oprečnosti samo onda kada ih se smatra apsolutnima. U dobrom odnosu između liječnika i pacijenta oba motiva imaju svoju opravdanost i osobito se dobro nadopunjuju kada pacijent, nakon utemeljene informiranosti glede dijagnoze, mogućnosti terapije i njezinih rizika, donese odluku o poduzimanju ili nepoduzimanju stanovite mjere. U toj se situaciji liječnik ne mora toliko obazirati na tehničko-pravnu sigurnost, koliko, da pruži kompetentan savjet koji stvara razumijevanje i pouzdanje,<sup>54</sup> potpuno u smislu skrbi, ali ne u starateljskom duhu, nego u duhu poštivanja pacijentova prava na samoodređenje. Usprkos svim naglascima na pacijentovoj nadležnosti za odlučivanje, kako je ona formulirana u Povelji pacijenta BGBl-a I 1999./195, ne smijemo se zavaravati glede neravnoteže u odnosu liječnik-pacijent. Pacijent ima po naravi stvari slabiju poziciju: on je bolesnik koji je upućen na pomoć i kompetentnost liječnika. On je u pravilu medicinski laik koji je podređen liječniku kao stručnjaku. On je taj koji je zbog karakteristika imanentnih strukturi, i zbog funkcionalističkog načina postupanja – u bolnicama više nego u ordinacijama - izložen opasnosti da regredira i da dopusti da se nad njim prelije medicinska obrada. Već iz same perspektive asimetrije u odnosu između liječnika i pacijenta, mora se visoko cijeniti značenje samoodređenja u njegovoj etičkoj implikaciji i pravnom oblikovanju. Treba više cijeniti autonomiju pacijenta nego medicinsko načelo skrbi. Autonomija se temelji na subjektivnosti pojedinca i na jedinstvenoj osobnosti svakog čovjeka u njegovoj fizičkoj, duševnoj i duhovnoj egzistenciji.<sup>55</sup> Činjenica da samoodređenje ima prednost, ne isključuje odnos

---

<sup>54</sup> Usp. Stellamor, str. 4.

<sup>55</sup> Usp. Berka Rz, str. 457.

povjerenja prema liječniku, nego je ona čak i jest za pozitivan postupak ozdravljenja. S druge strane, pretpostavka za odnos povjerenja između pacijenta i liječnika jest poštovanje pacijentova prava na samoodređenje. Na taj način liječnik i pacijent susreću jedan drugoga kao ljudi svaki sa svojom posebnom kompetencijom i odgovornošću.

“Informirano razumijevanje” pretpostavlja od strane pacijenta u svim slučajevima sposobnost da razumije i odlučuje, kao i liječnikovo razjašnjenje, koje objašnjava relevantne informacije, preporučuje odgovarajuću terapijsku metodu i provjerava je li pacijent shvatio informacije. Tek se tada može govoriti o “informiranom razumijevanju”.<sup>56</sup> U praksi će se morati pronaći ostvarive mogućnosti, u odnosu na težinu bolesti i duševno opterećenje pacijenta, koje podjednako uzimaju u obzir autonomiju kao i najbolje medicinske mjere. Informativni model odnosa liječnik-pacijent, koji se, poštujući pravo samoodređenja, temelji na objašnjenju i suglasnosti, ima prednost kako pred paternalističkim modelom s njegovom skrbničkom liječničkom brigom, tako i pred obrambeno-medicinskim ugovornim modelom, kojim liječnik prebacuje cijeli teret medicinskih činjenica na pacijenta, da bi se zaštitio od mogućih enormnih zahtjeva za naknadu štete, osobito u SAD-u.<sup>57</sup>

### *Obvezujuće i rasterećujuće*

Pravo pacijentova samoodređenja oblikuje i rasterećuje odnos između liječnika i pacijenta ne samo onda kad je pacijent autonoman i sposoban izraziti svoju volju, nego i onda kada je pacijent zbog nesretnog slučaja ili bolesti, koji

---

<sup>56</sup> Usp. Beauchamp/Faden u: Wiesing, str. 96.

<sup>57</sup> Usp. Stellamor, str. 10.

<sup>58</sup> Treba prigovoriti shvaćanju Stellamora da bi pacijentovo raspolaganje moglo biti do tada valjano, do kada je pacijent pri potpunoj svijesti (usp. isto, str. 22). Ovim bi se taj pravni institut doveo ad absurdum, jer za vrijeme dok je pacijent pri potpunoj svijesti nije potrebno nikakvo raspolaganje.

uvode u proces umiranja, izgubio svoju autonomiju, i kada postaje djelotvorna pacijentova izjava volje u okviru njegova prijašnjeg raspolaganja. Anticipativna, slobodna i svjesna izjava volje pacijenta da će se u slučaju budućeg gubitka autonomije zbog bolesti ili ozljede koja neposredno vodi u smrt, ili zbog ireverzibilnog teškog i trajnog oštećenja mozga, odreći stanovitih ili svih umjetnih medicinskih mjera koje produžuju život, i da će tada koristiti sve palijativne mjere za ublažavanje boli, za liječnika i rodbinu istodobno je obvezujuća i rasterećujuća. Obvezujuća, jer je i anticipativna izjava volje izraz prava na samoodređenje i zaštićena je člankom 8 EMRK, paragraf 5a KAKuG-a, čl. 18 Povelje pacijenta, paragraf 110 StGB-a i općom klauzulom iz paragrafa 16 ABGB-a; rasterećujuća, jer čini nepotrebnim napor oko saznanja predmnijevane volje pacijenta što je spojeno uz mnogo nesigurnosti. Obvezatnost pacijentova raspolaganja, ako se ono kreće u okviru pravno dopuštenoga u nacionalnom pravnom poretku, apsolutna je, ukoliko konkretna situacija odgovara onoj koju je pacijent naveo u svome raspolaganju, i ukoliko ne postoji spoznaja o razlozima za naknadnu izmjenu volje.<sup>58</sup> Tako je u njemačkom nacrtu zakona za pacijentovo raspolaganje predviđeno da ono "vrijedi ako ne postoje konkretni razlozi da bi ga on opozvao".<sup>59</sup> Tako je u njemačkom nacrtu zakona o raspolaganju pacijenta predviđeno "da raspolaganje pacijenta tako dugo vrijedi dok za to ne postoje konkretna uporišta da ih je pacijent opozvao".<sup>60</sup> Ta se odredba čini osmišljenijom negoli austrijska varijanta, koja doduše polazi od toga, da je "pacijentovo raspolaganje djelotvorno do opoziva", ali istodobno normira njegovu nedjelotvornost otpustom iz medicinske ustanove, ako je pacijentovo raspolaganje bilo sastavljeno intramuralno (u prostoru ustanove, op. prev.), odnosno u slučaju ekstramuralnog (izvan prostora ustanove, op.

---

<sup>59</sup> Usp. Načela Savezne liječničke komore, u: Deutsches Ärzteblatt 19 (2004.) A1298.

<sup>60</sup> Usp. Klinkhammer, *Verbindlichkeit bekräftigt*, u: Deutsches Ärzteblatt 46 (2004.) A3076.



prev.) nastanka raspolaganja predviđa, da se ono mora obnoviti svake tri godine.<sup>61</sup>

Kao jednostrana izjava volje pacijentovo raspolaganje ne zahtijeva suglasnost neke druge strane. Ono je najviši osobni izraz prava na samoodređenje i odgovara načelu autonomije, koje ima prednost pred starateljskim načelom skrbi.<sup>62</sup> U austrijskom nacrtu zakona o pacijentovu raspolaganju, prema mojemu mišljenju, malo se vodilo računa o ovoj misli. Taj pojam se ne rabi ni u tekstu, niti se nalazi neizravno u pojedinim normama, što bi se moralo očekivati s obzirom na njegovo temeljno značenje za pacijentovo raspolaganje. Umjesto toga u poteškoćama, koje se ukazuju u restriktivnim formulacijama glede zahtjeva forme, glede trajanja valjanosti i glede obveznog učinka, pojavljuje se jedan paternalistički pristup, koji bi morao biti nadvladan. Odredba paragrafa 13 PvG-a nacrta, koja neobvezatnim raspolaganjima pacijenta, što će upravo biti prouzročena navedenim restriktivnim odredbama, daje karakter orijentacijske pomoći, bila bi nepotrebna, da su umjesto toga normirane odredbe kako za sastavljanje, tako i za trajanje valjanosti i za učinak obvezatnosti, koje odgovaraju slici čovjeka kao osobe, a time i biti samoodređenja i koje se odriču liječnikova starateljstva.

Konačno, pacijentovo bi raspolaganje moralo s jedne strane dati pacijentu sigurnost, da će njegova volja biti poštovana i uzeta u obzir i onda kada je on više ne može očitovati. S druge pak strane, ono bi moralo biti liječniku pomoć da ostane uz pacijenta u postupku umiranja sve do njegove smrti, a da se ne mora bojati pravnih ili liječničko-staleških posljedica u slučaju kad ne uporabi umjetne intenzivno-medicinske tehničke mjere kako bi odgodio smrt. Obje se ove stvari tiču umiranja u dostojanstvu.

S njemačkog preveo: *Branimir Lukšić*

---

<sup>61</sup> Usp. paragrafi 8 i 9 PvG nacrta.

<sup>62</sup> Usp. Barta/ Kalchschmid, str. 445, 452.

## Das Selbstbestimmungsrecht im Kontext der Patientenverfügung

Ein rechtsphilosophischer Zugang

### *Zusammenfassung*

Der vorliegende Beitrag erörtert der Frage nach dem Selbstbestimmungsrecht im Kontext der Patientenverfügung aus rechtsphilosophischer Perspektive. Ausgehend von konkreten Fallbeispielen aus Deutschland und Österreich wird der emanzipatorische Kampf um das Selbstbestimmungsrecht des Kranken gleichermaßen aufgezeigt wie die Frage nach dem natürlichen Todeszeitpunkt und nach der ethischen und rechtlichen Beurteilung der Begleitumstände. Immer ist das Personsein des Menschen zu beachten, unabhängig von seinen Fähigkeiten und seinem Bewusstseinszustand. Dies ist durch die Generalklausel des § 16 österreichischen Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches (ABGB) rechtlich untermauert. In Verbindung mit der Unantastbarkeit der menschlichen Würde (Artikel 1 Bonner Grundgesetz, Artikel 1 Grundrechtscharta der Europäischen Union) und Kants These vom Menschen als Subjekt sittlicher Autonomie ist Patientenautonomie dahingehend zu definieren, dass jeder Patient das Recht hat, sich selbst zu bestimmen und zu verpflichten. Die Grenzen des Selbstbestimmungsrechts sind durch die Rechtsordnung und durch die Kollision mit anderen ethischen Prinzipien determiniert. Von daher kann eine Patientenverfügung keine Verpflichtung von Dritten zu aktiver Euthanasie beinhalten. Die von einem einwilligungsunfähigen Patienten antizipativ in einer Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachte Willenserklärung ist für den Arzt bindend. Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens müssen dementsprechend unterlassen oder dürfen nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todeszeitpunkt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann. In diesem Zusammenhang ist die Abgrenzung zur aktiven Euthanasie unerlässlich.

Abgrenzungen und Differenzierungen in diesem Sinn nimmt auch Johannes Paul II. in Artikel 65 *Evangelium vitae* vor. In Verbindung mit Artikel 16 *Gaudium et spes*, der die Würde des Menschen in der Integrität des Gewissens sieht, entspricht die kirchliche Position im Wesentlichen durchaus dem mainstream gegenwärtiger rechtsphilosophischer Positionen, die die Patientenautonomie höher bewerten als das medizinische und oftmals paternalistische Fürsorgeprinzip. Letztlich soll die Patientenverfügung einerseits dem Patienten die Sicherheit geben, dass sein Wille auch dann respektiert und geachtet wird, wenn er sich nicht mehr äußern kann. Andererseits soll sie dem Arzt eine Hilfestellung sein, dem Patienten im Sterbeprozess bis zum Tod beizustehen, ohne rechtliche oder standesrechtliche Konsequenzen fürchten zu müssen, wenn er nicht künstliche intensivmedizinisch-technische Maßnahmen setzt, um diesen Hinauszuzögern. Beides hat mit Sterben in Würde zu tun.

Literatura:

- K. H. AUER, *Das Menschenbild als rechtsethische Dimension der Jurisprudenz*, Wien, 2005.
- BARTA, *Platons Plädoyer für Gesetzespräambeln. Dargestellt anhand der Arzt-Patienten-Beziehung*, u: *Juridicum* 4 (2003.), str. 214-216.
- BARTA/KALCHSCHMID, *Die "Patientenverfügung" in Europa*, u: *Wiener klinische Wochenschrift* 116/13 (2004.), str. 442-457.
- BERKA, *Die Grundrechte*, Wien, 1999.
- Eckpunkte zur Stärkung der Patientenautonomie. Presseinformation*, Izdanje Saveznog ministarstva pravosuđa, Berlin, 5. 11. 2004. (PDF-Ansicht:<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/zusatz.asp?id=44219>).
- Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung*, u: *Deutsches Ärzteblatt* 19 (2004.) A1298 sl.
- Mayer/Maly, *Rechtsphilosophie*, Wien, 2001.

NOACK, *Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Juristische Entscheidungen, Politik und ärztliche Positionen 1890-1960*, Frankfurt/Main, 2004.

STELLAMOR, *Handbuch des österreichischen Arztrechts*, svezak II., Arzt und Ethik, Wien, 1999.

Rotter/Virt, *Neues Lexikon der christlichen Moral*, Innsbruck-Wien, 1990.

WAIBL, *Grundriß der Medizinethik für Ärzte, Pflegeberufe und Laien*, Münster, 2004.

WALLNER, *Ethik im Gesundheitssystem*, Wien, 2004.

WIESING (izd.), *Ethik in der Medizin. Ein Reader*. Stuttgart, 2000.

Wogrolly-Domej, *Abbilder Gottes. Demente, Komatöse, Hirntote*, Graz, 2004.