Το ζήτημα της νομοθετικής αποδοχής των διαθηκών ευθανασίας στην Αυστρία, τη Γερμανία και την Ελλάδα

ΒΟΥΛΤΣΟΣ ΠΟΛΥΧΡΟΝΗΣ[1], ΤΣΟΥΓΚΑΣ ΜΑΤΘΑΙΟΣ[2]
[1]Ιατρός- Πνευμονολόγος/ Νομικός- Δρ. Ποινικού Δικαίου
[2]Αν. Καθηγητής Ιατροδικαστικής – Τοξικολογίας Ιατρικού Τμήματος Α.Π.Θ.

Περίληψη: *Το ζήτημα των λεγόμενων διαθηκών ευθανασίας συσχετίζεται άμεσα με τον σεβασμό στην αυτονομία του ασθενούς και στο δικαίωμα του για αυτοκαθορισμό. Η διαδικασία για την επίτευξη νομοθετικής αποδοχής των διαθηκών ευθανασίας και ιδίως του δεσμευτικού των χαρακτήρα αντιμετωπίζει δυσχέρειες ακόμη και σε ευρωπαϊκές χώρες όπως η Αυστρία και η Γερμανία οι οποίες είναι γνωστές για τον ιδιαίτερο σεβασμό που αποδίδουν στις αρχές του φιλελευθερισμού. Δυσχέρειες, οι οποίες φαίνονται να είναι μεγαλύτερες για τη χώρα μας η οποία ανήκει στην μεσογειακή βιοηθική ζώνη, η οποία διακρίνεται για τον κοινωνικό της χαρακτήρα. Αυτό δεν αποκλείει την δυνατότητα νομοθετικής αποδοχής, ιδίως μετά την εφαρμογή του νέου Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ν. 3418/2005).*

Λέξεις ευρετηρίου: *διαθήκες ευθανασίας, ιατρική νομοθεσία*

Η επιθανάτια αρωγή είναι ένα από τα λίγα ζητήματα που απασχόλησαν την ιατρική ηθική και δίκαιο από τους αρχαίους χρόνους του ιπποκρατικού Όρκου. Κομβικής σημασίας ζήτημα -ιδίως σε πρακτικό επίπεδο- αποτελεί η επιμέρους προβληματική των λεγόμενων Διαθηκών Ευθανασίας (Δ.Ε.).

Με την Δ.Ε. ο ασθενής δηλώνει τη βούληση του με την οποία αρνείται μια ιατρική αγωγή, η δήλωση του όμως αυτή θα ενεργοποιηθεί σε μελλοντικό χρονικό σημείο, όταν κατά την εφαρμογή της εν λόγω ιατρικής αγωγής δεν θα είναι πλέον ικανός πνευματικά να αποφασίζει και να εκφράζεται. Πρόκειται για οριακή συναινετική άρνηση της ενδεικνυόμενης ιατρικής επέμβασης και σαν τέτοια βρίσκεται στα όρια της έννοιας της παθητικής ευθανασίας (η ορθοτερα του «εγκαταλείπειν εις τον θάνατον»[14]) στην οποία εντάσσεται.

Στο βαθμό που γίνεται νομικά δεκτή η ύπαρξη των Δ.Ε. επίμαχο παραμένει το ζήτημα του εάν μπορεί να έχουν αυτές δεσμευτικό χαρακτήρα ή εάν απλώς γίνονται σεβαστές σαν θεμέλιο για την στοιχειοθέτηση της εικαζόμενης συναίνεσης του ασθενούς εκ μέρους του θεράποντος ιατρού (στον οποίο αναγνωρίζεται από τους γερμανούς νομικούς ευρεία διακριτική αποφασιστική ευχέρεια η οποία επιδέχεται μόνον αρνητικό έλεγχο της καταχρηστικής της άσκησης[1]). Την τελευταία δεκαετία η ανώτατη (και ανώτερη) γερμανική νομολογία[2] η οποία πάγια δεικνύει ιδιαίτερο σεβασμό στην αυτοδιάθεση του ασθενούς αναγνωρίζει στην εικαζόμενη συναίνεσή του ευρύ οριοθετικό ρόλο ως προς το ιατρικό καθήκον όταν ο ασθενής οριστικά και αμετάκλητα βρίσκεται σε απώλεια της συνείδησης του και η πρόγνωση είναι «μάταια». Κεφαλαιώδους σημασίας αποφάσεις επ' αυτού είναι οι BGH 13-9-1994, OLG Frankfurt 15-7-1998 καθώς και οι πρόσφατες BGH 17-3-2003(Lübecker) και BGH 8-6-2005 (Traunsteiner).

Στην γερμανική νομική επιστήμη υποστηρίχθηκε από μεγάλη μερίδα ο δεσμευτικός χαρακτήρας των Δ.Ε. αν και η κρατούσα άποψη τις θεωρεί θεμέλιο εικαζόμενης συναίνεσης. Πρόσφατα (2005) η Γερμανική Επιτροπή Βιοηθικής[1] (Γ.Ε.Β.) στις Παραδοχές που διατύπωσε δέχθηκε στην πλειοψηφία της τον δεσμευτικό ρόλο των Δ.Ε. (IV,4).[9,14].

Τίθεται βέβαια το ερώτημα εάν είναι αναγκαία η νομοθετική ρύθμιση του ζητήματος των Δ.Ε. Στην θέση ότι ένας τέτοιος νόμος είναι αναγκαίος, αντιπαρατίθεται η άποψη ότι μπορεί το ζήτημα να ρυθμιστεί από την επιστήμη και τη νομολογία επαρκώς, ενώ ενδεχόμενη ρύθμιση μπορεί αντιθέτως να συμπιέσει την ατομική αυτονομία και να κηδεμονεύσει τον ιατρό, ώστε να υφίσταται κίνδυνος αμυντικής άσκησης της ιατρικής σε βάρος τελικά του ασθενούς. Στην κατεύθυνση αυτή κινήθηκε μερίδα της αυστριακής νομικής διανόησης[10,11].

Όσο πιο σεβαστή γίνεται η ατομική αυτονομία του ασθενούς και το δικαίωμα του για αυτοκαθορισμό από την εκάστοτε έννομη τάξη, τόσο πιο πιθανή είναι η αποδοχή των Δ.Ε. Στα ευρωπαϊκά πλαίσια παρατηρείται διάσταση όσον αφορά το θεμελιώδες βιοηθικό ζήτημα του σεβασμού στον αυτοκαθορισμό του ασθενούς ανάμεσα στα πιο φιλελεύθερα βόρειο –ή κέντρο–ευρωπαϊκά δίκαια και σε εκείνα των χωρών της λεγόμενης μεσογειακής βιοηθικής ζώνης- όπου ανήκει και η χώρα μας- όπου η ατομική αυτονομία συμπιέζεται από την κοινωνική θεώρηση του ατόμου- πολίτη ως συν-κοινωνού. Άλλωστε και σε ηθικό-θεολογικό επίπεδο, η προτεσταντική θεολογία συνηγορεί υπέρ του ενισχυμένου ρόλου της αυτοδιάθεσης και του αυτοκαθορισμού του ασθενούς. Από την Ανάσταση του Κυρίου συνάγεται η ιδιότυπη σχετικοποίηση της ζωής. Η Αγάπη είναι ισχυρότερη από τον θάνατο, η φυσική ύπαρξη δεν είναι απόλυτη αξία[12].

Βέβαια, με την Σύμβαση του Oviedo (1997) όπου βαίνει ενισχυμένος ο ρόλος της ατομικής αυτονομίας του ασθενούς τίθεται πιο φιλελεύθερο νομικό θεμέλιο για όλες τις χώρες που συνεβλήθησαν.

Στο γερμανικό δίκαιο ο σεβασμός στο δικαίωμα του ασθενούς για αυτοκαθορισμό και αυτοδιάθεση θεμελιώνεται όχι στον νόμο άλλα στην νομική επιστήμη και την νομολογία του Συνταγματικού Δικαστηρίου και του Ανωτάτου Ακυρωτικού Δικαστηρίου (BGH) [2,13]. Γίνεται δεκτή η άποψη (όπως και στην Αυστρία) ότι μπορεί να αρνείται ο ασθενής έγκυρα τη μόνη σωτήρια της ζωής του ενδεικνυόμενη ιατρική επέμβαση[2] (αν βεβαίως υπάρχει χρόνος για διαπίστωση της ύπαρξης τέτοιας άρνησης, άλλως ισχύει το αξίωμα in dubio pro vita)[14]. ⇨

Η υποχώρηση του σεβασμού στο δικαίωμα αυτοκαθορισμού (όπως συμβαίνει όταν δεν αναγνωρίζεται η δεσμευτικότητα των Δ.Ε.) θεωρείται ότι μετατρέπει το θεμελιώδες συνταγματικό δικαίωμα του ασθενούς στη ζωή σε ανεπίτρεπτη υποχρέωση του για να ζει, ώστε να περιορίζεται έτσι πατερναλιστικά ο αυτοκαθορισμός υπέρ του ετεροκαθορισμού (Γ.Ε.Β., 2.3.1).

Στην Γερμανία παρ' όλη την έντονη κινητικότητα σχετικά με το ζήτημα τα τελευταία έτη, δεν ρυθμίστηκε ακόμη νομοθετικά το ζήτημα των Δ.Ε. Ο αυστριακός νομοθέτης που υιοθετεί ανάλογες απόψεις ήταν λιγότερο συντηρητικός. Πρόσφατα προέβη σε νομοθετική ρύθμιση (PatVG) που τέθηκε σε ισχύ από 1-6-2006, παρ' ότι το δικαίωμα του ασθενούς για αυτοκαθορισμό βρίσκει ρητή αναγνώριση στον νόμο (αρ. 16 Allg. BGB και αρ. 110 StGB σύμφωνα με το οποίο απαγορεύεται η αυτόγνωμη ιατρική παρέμβαση). Κρίθηκε αναγκαία η ύπαρξη σχετικής νομοθετικής ρύθμισης, έστω και αν το ζήτημα της δεσμευτικότητας των Δ.Ε. ήδη ρυθμιζόταν προηγουμένως νομοθετικά (αλλά με ασάφεια) όπως είχε θεωρηθεί ερμηνευτικά από την νομική επιστήμη σε σχέση με την προϋπάρχουσα νομοθεσία (§ 10 Abs 1 Z 7 KAKuG) [12].

Ο νέος αυστριακός νόμος για τις Δ.Ε. (PatVG) αναγνωρίζει τον δεσμευτικό τους χαρακτήρα με αυστηρές όμως τυπικές και ουσιαστικές προϋποθέσεις (2 Abs. PatVG). Εάν δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις αυτές τότε απλώς οι Δ.Ε. χαρακτηρίζονται ως «σεβαστές» και συνιστούν θεμέλιο για την διάγνωση της εικαζόμενης συναίνεσης του ασθενούς (3Abs. PatVG). Η σχετικά φιλελεύθερη θέση του αυστριακού νομοθέτη διευρύνεται από το γεγονός ότι δεν περιορίζεται η εφαρμογή των Δ.Ε. μόνον στην επιθανάτιο φάση μιας αναπότρεπτα θανατηφόρας νόσου αλλά σε οποιοδήποτε στάδιο αυτής. Η θέση αυτή (η οποία υιοθετείται και στις Παραδοχές της Γ.Ε.Β. στην πλειοψηφία της, IV.5) εξυπηρετεί και ιατρονομικούς σκοπούς. Ο ασθενής είναι δυνατόν να πάσχει από πολλές νοσηρές καταστάσεις, η καθεμία από τις οποίες όμως δε συνιστά αναπότρεπτα θανατηφόρο νόσο, η γενική κατάσταση του όμως κρίνεται βαριά. Γεννάται τότε σαφώς το ερώτημα τι χαρακτηρίζεται ως προς τον συγκεκριμένο ασθενή σαν «πλησίον στον θάνατο».

Σύμφωνα με τις Παραδοχές της Γ.Ε.Β. (2005)- όχι όμως και με τον αυστριακό νόμο- ο ασθενής μπορεί όχι μόνο να αρνηθεί αλλά και να ζητήσει δια των Δ.Ε. την εφαρμογή μιας συγκεκριμένης ενδεικνυόμενης ιατρικής επέμβασης όταν ο ίδιος δε θα είναι πλέον ορίστικά σε θέση να εκφράσει την πραγματική του βούληση (IV.2). Αυτό εξυπηρετεί την ασφάλεια του δικαίου αφού μια τέτοια ιατρική επέμβαση θα βασιζόταν στην εικαζόμενη συναίνεση.

Τυπική προϋπόθεση του δεσμευτικού χαρακτήρα των Δ.Ε. κατά τον αυστριακό νόμο είναι η σύνταξη των με τη μορφή συμβολαιογραφικού εγγράφου (επ' αυτού οι Παραδοχές της Γ.Ε.Β., IV. 10, δέχονται και άλλη μορφή οριζόμενη από τον νόμο όπως λήψη video κ.ά.). Άλλη τυπική προϋπόθεση είναι η παροχή προηγούμενης ιατρικής και νομικής συμβουλής στον ασθενή. Οι Γερμανικές Παραδοχές δεν θέτουν τέτοια τυπική προϋπόθεση (συνιστούν πιο φιλελεύθερη θέση). Με την προϋπόθεση αυτή εξασφαλίζεται ο ασθενής (από τον ίδιο του τον εαυτό), όμως η καταβολή αμοιβής στους ιατρούς ή τους νομικούς περιορίζει την ίδια την ατομική αυτοδιάθεση την οποία ο νόμος εξυπηρετεί. Η καταβολή του χρηματικού ποσού επαναλαμβάνεται σε κάθε ανανέωση της Δ.Ε., ανά πενταετία.

Είναι επίσης απαραίτητο να πιστοποιείται ιατρικά ότι ο ασθενής κατά την σύνταξη της Δ.Ε. είχε την πνευματική ικανότητα να εκτιμήσει τις συνέπειες αυτής και το περιεχόμενο της δήλωσης του, καθώς και η αιτία αυτής του της ικανότητας (από όπου αντλεί την εμπειρία αυτή: π.χ. από προσωπικές νοσηρές καταστάσεις, από συγγενικό πρόσωπο κ.ά., 2Abs.§5PatVG). Όμως, δε θα πρέπει να ασκείται αυτή η ιατρική πιστοποίηση καταχρηστικά (ιατρικός πατερναλισμός). Ορθότερο είναι για μια φιλελεύθερη έννομη τάξη να κρίνεται ανεξάρτητο το από πού έχει τέτοιες εμπειρίες ο ασθενής αφού οποιαδήποτε βούληση του ασθενή είναι «φρόνιμη» και άρα σεβαστή, στα πλαίσια της δικής του κοσμοθεωρίας[12]. Τέτοια θέση όμως δύσκολα μπορεί να υιοθετηθεί σε χώρες όπως η δική μας, της λεγόμενης μεσογειακής ευρωπαϊκής ζώνης. Η δυνατότητα να συντάσσεται δεσμευτική Δ.Ε. μόνον στην προοπτική συγκεκριμένης νόσου την οποία ήδη βιώνει ο ασθενής, φαίνεται πιο εφικτή[2]. Πάντα βέβαια ισχύει το αξίωμα in dubio pro vita.

Δυνατότητα άσκησης ιατρικού πατερναλισμού παρέχει και η ερμηνεία όρων της Δ.Ε., ιδίως αξιολογικού χαρακτήρα. Προτείνεται ορθά (Παραδοχές της Γ.Ε.Β., IV.6) η δυνατότητα ορισμού δια της διαθήκης (ή δια άλλου συμβολαιογραφικού εγγράφου όχι τόσο αυστηρών τυπικών προϋποθέσεων) πληρεξουσίου ή νομίμου αντιπροσώπου ο οποίος θα ερμηνεύει την Δ.Ε. Περιορίζεται έτσι το ενδεχόμενο πατερναλιστικής ιατρικής συμπεριφοράς. Επί διαφωνίας ανάμεσα στον αρνούμενο την ιατρική υποστήριξη πληρεξούσιο ή νόμιμο αντιπρόσωπο και τον ιατρό, ορθόν είναι να επιλαμβάνεται το δικαστήριο. Τη δικαστική επικύρωση όχι σε κάθε περίπτωση - όπως προτείνεται - αλλά μόνον επί ερμηνευτικών διαφωνιών υποστηρίζουν οι Παραδοχές της Γ.Ε.Β. (§4.2). Και ορθά γιατί άλλως υφίσταται κίνδυνος κρατικής και γραφειοκρατικής χειραγώγησης του ασθενούς (ανεπίτρεπτος πατερναλισμός).

Ουσιαστική προϋπόθεση του δεσμευτικού χαρακτήρα των διαθηκών ευθανασίας κατά τον αυστριακό νόμο είναι να περιγράφεται συγκεκριμένα η επιθυμία του ασθενούς ή να προκύπτει σαφώς από τα συμφραζόμενα η ιατρική επέμβαση η οποία είναι το αντικείμενο της άρνησης του ασθενούς.

Η Δ.Ε. είναι ελεύθερα ανακλητή (4Abs.§10(2) PatVG). Ο ασθενής ενημερώνεται πλήρως για την δυνατότητα του αυτή. Ανανεώνεται δε η Δ.Ε. ανά πενταετία. Η Δ.Ε. καθίσταται ανενεργής: 1) αν είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης, απειλής (ελαττωματικής βούλησης), 2) αν υφίσταται σύγκρουση με τις διατάξεις του ποινικού κώδικα για την ανθρωποκτονία με συναίνεση ή τη συμμετοχή σε αυτοκτονία, 3) αν έχουν μεταβληθεί ουσιαστικά τα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης σε σχέση με το περιεχόμενο της Δ.Ε. (4Abs§10(1) PatVG).

Εκτός από την ανάκληση εκ μέρους του ασθενούς, υπάρχει η περίπτωση ο ασθενής να «αφήνει να γίνει γνωστό» ότι θα επιθυμούσε την ανάκληση της (4Abs§10(2)PatVG). Επί αμφιβολιών σχετικά, κρίνει το δικαστήριο. Σημεία τέτοιας επιθυμίας του ασθενούς για παραμονή στην ζωή μπορεί να υπάρχουν σε καταστάσεις όπως η νόσος του Alzheimer ή το βαθύ κώμα. Σχετικά με το ζήτημα αυτό ο αυστριακός νόμος παρουσιάζει κάποιο κενό. Οι Παραδοχές της Γ.Ε.Β. ορίζουν (IV,13) ότι σε τέτοιες περιπτώσεις παραμένει ο δεσμευτικός χαρακτήρας των Δ.Ε. εφ' όσον: α) είναι αρκετά συγκεκριμένη η περιγραφή της κατάστασης, β) ορίζονται συγκεκριμένα οι βουλητικές αυτές εκδηλώσεις και αποκλείονται σαν κριτήρια λήψης σχετικής απόφασης, γ) έχει συνταχθεί η Δ.Ε. έγκυρα (γραπτά ή άλλως νομίμως), δ) έχει προηγηθεί ιατρική ενημέρωση (τυπική προϋπόθεση για την δεσμευτικότητα κατά τον αυστριακό νόμο). Η δεσμευτικότητα της Δ.Ε. κατά την ορθότερη άποψη οριοθετεί την «βασική φροντίδα» του ασθενούς στον βαθμό που αυτή θεωρείται ιατρικό μέσον

όπως γίνεται δεκτό κατά τον αυστριακό νόμο (αρ. 84 (4) GuKG).

Ενδέχεται ο ιατρός να προβάλλει ένσταση συνείδησης στην εφαρμογή της δεσμευτικής Δ.Ε. Στην περίπτωση αυτή οφείλει να παραπέμψει τον ασθενή σε άλλον συνάδελφο. Ανάλογα τοποθετήθηκε και πρόσφατα η ανώτατη γερμανική νομολογία (BGH 8.6.2005, υπόθεση Traunsteiner). Στην ιατρική ένσταση συνείδησης αναφέρεται και ο νέος ελληνικός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Κ.Ι.Δ., ν.3418/2005) στο άρθρο 2§5.

Στην Ελλάδα υποστηρίχθηκε ευρέως ο ιατρικός πατερναλισμός σε βάρος του δικαιώματος του ασθενούς για αυτοδιάθεση, με γνώμονα το αντικειμενικό συμφέρον του ασθενούς ο οποίος θεωρείται όχι ατομικά αλλά σαν μέλος της κοινωνίας[5]. Ευρέως άλλωστε στον ποινικό χώρο υποστηρίχθηκε η θέση ότι η έγκυρη συναίνεση του ασθενούς απλώς είναι αναγκαία για να μην θεωρείται η θεραπευτική επέμβαση (η οποία είναι νόμιμη αρχικά πράξη) έγκλημα του 330ΠΚ[6,7] και προσβολή της προσωπικότητας, ενώ η άλλη άποψη που υποστηρίχθηκε ιδιαίτερα στην Γερμανία θεωρεί ότι η συναίνεση του ασθενούς αίρει τον κατ' αρχήν άδικο και παράνομο χαρακτήρα της ιατρικής πράξης η οποία συνιστά κατ' αρχήν σωματική βλάβη (308ΠΚ)[13]. Η άποψη αυτή η οποία φαίνεται να μειοψηφεί στην ελληνική νομική διανόηση[3] προσδίδει στην συναίνεση του ασθενούς ιδιαίτερη «ειδική βαρύτητα». Άλλωστε υποστηρίχθηκε στο ποινικό δίκαιο ότι είναι επιτρεπτή η αυτόγνωμη ιατρική επέμβαση όταν διεξάγεται για το συμφέρον του ασθενούς και είναι επιτυχημένη, ενώ ο ρόλος της συναίνεσης του ασθενούς περιορίζεται μόνον σε κινδυνώδεις επεμβάσεις[8].

Σύμφωνα με τον νέο Κ.Ι.Δ. αναβαθμίζεται μεν ρητά ο ρόλος της ενημέρωσης (αρ. 11) και συναίνεσης (παρ. 12) του ασθενούς της οποίας πλέον η έλλειψη συνιστά αυτοτελή δικαστικό ισχυρισμό. Το προηγούμενο νομικό πλαίσιο ήταν ασαφές και βασιζόταν κυρίως στην νομική ερμηνεία. Ο Κ.Ι.Δ. υιοθετεί τις διατάξεις της Σύμβασης του Oviedo η οποία έχει πλέον αυξημένη τυπική ισχύ στην χώρα μας. Όμως, σύμφωνα με τον Κ.Ι.Δ. το δικαίωμα του ασθενούς για αυτοκαθορισμό οριοθετείται στενά. Όταν ο ασθενής είναι ικανός να συναινεί, η δυνατότητα παροχής συναίνεσης συμπιέζεται καθώς συνδέεται με την ικανότητα για δικαιοπραξία (αρ. 12§2β επ). Περιορίζεται ο ώριμος ανήλικος (π.χ. δεκαεπτάχρονος) μόνο στην έκφραση της γνώμης του[4]. Σε περίπτωση ανικανότητας του ασθενούς για παροχή συναίνεσης, δεν έχει κυρίαρχο ρόλο η εικαζόμενη συναίνεση του (όπως αυτή θα διαγνωστεί από τον ιατρό σε συνεργασία με τους οικείους) αλλά αποφασίζουν τρίτα πρόσωπα: ο δικαστικός συμπαραστάτης -αν έχει ορισθεί- ή οι οικείοι ο κύκλος των οποίων ορίζεται απαράδεκτα ευρύς (αρ. 1§4β) θέτοντας ουσιαστικά τον ασθενή σε ανεπίτρεπτο ετεροκαθορισμό.

Επί αρνήσεως μάλιστα των οικείων και αν ενδείκνυται άμεση ιατρική παρέμβαση «προκειμένου να αποτραπεί κίνδυνος για την ζωή ή την υγεία του ασθενή» μπορεί ο ιατρός να επέμβει αυτόγνωμα χωρίς προηγούμενη εισαγγελική άδεια (όπως ίσχυε με το παλαιότερο καθεστώς). Διευρύνεται έτσι και ο ετεροκαθορισμός του ασθενούς και ο ιατρικός πατερναλισμός. Ενδεχομένως θα πρέπει να εξεταστεί η συνταγματικότητα τέτοιων διατάξεων, αφού η συναίνεση του ασθενούς έχει αυστηρά προσωπικό χαρακτήρα και το δικαίωμα για αυτοκαθορισμό συνταγματική θεμελίωση (αρ. 2§1Σ, 5§1Σ).

Από τον ίδιο όμως τον Κ.Ι.Δ. και από την Σύμβαση του Oviedo (1997) κρίνεται αναγκαίος ο σεβασμός στις προηγούμενες επιθυμίες του ασθενούς (αρ29§2). Σε συνδυασμό με ερμηνευτική παραδοχή του ισχυρού ρόλου της βούλησης του ασθενούς και με στενή ερμηνεία της έννοιας της πράξης που στοχεύει στην επίσπευση του θανάτου σε ασθενή τελικού σταδίου (αρ. 29§3), μπορεί να ανοίξει στην Ελλάδα ο δρόμος για την νομιμοποίηση των Δ.Ε. Βέβαια, δεδομένου ότι από την ιστορία και το γράμμα του αυστριακού νόμου προκύπτει ότι η πορεία προς αυτόν απεδείχθη μακρά[12], στην Ελλάδα αναμένεται ακόμη μακρύτερη, αφού βαίνει συμπιεσμένο ασφυκτικά το δικαίωμα του ασθενούς για αυτοδιάθεση.

Πάντως, και οι αρτιότερες νομοτεχνικά διατάξεις δεν μπορούν να αποφύγουν ούτε την «γκρίζα ζώνη» ανάμεσα στο «σκοτώνω» και στο «αφήνω να πεθάνει» ούτε τον κλονισμό της εμπιστοσύνης των ασθενών στον ιατρικό κόσμο.

Ούτε μπορουν να εξαλείψουν τον κίνδυνο να υπάρχει στον συντάκτη της Δ.Ε. καλυμένη κατάθλιψη ή το αίσθημα ότι γίνεται «βάρος» στον περίγυρό του. Όμως, η νομοθετική ρύθμιση των Δ.Ε. εκτός του ότι στηρίζει την ατομική αυτονομία, παρέχει ασφάλεια δικαίου και διαφάνεια για όλα τα εμπλεκόμενα μέρη (ιατρό, πληρεξούσιο, οικείους, κ.ά.) καθώς και σαφή οριοθέτηση – ιδίως όταν έχει ποινική βάση - από τις εγκληματικές πράξεις της ανθρωποκτονίας με συναίνεση και της συμμετοχής σε αυτοκτονία ώστε σε συνδυασμό με το αξίωμα in dubio pro vita προστατεύεται η ανθρώπινη ζωή.

Summary

The legalization of living wills in Austria, Germany and Greece

The subject of the so-called living wills is strongly related to the respect of the patients' autonomy and their right to self-determination.

The process of reaching legal acceptance of the living wills especially in their binding nature faces difficulties even in European countries (Austria, Germany) which are known to show greater respect for liberal principles and privacy. This particular process seems to be even more difficult as far as our country is concerned. The mediterranean zone in which Greece is part of has distinct social character. This does not rule out the possibility of being legally accepted, especially after the recent law (n. 3418/2005, Code of Medical Deontology) has been into effect.

Key words: *Living wills, medical legislation*

Βιβλιογραφία

1. Eser A., Ιατρικό καθήκον διατηρήσεως της ζωής και διακοπή θεραπείας (μετ. Βασιλακόπουλου- Ζιώγα-Σακκά), ΠΟΙΝΙΚΑ 23, 1985, 9επ, 32επ.
2. Βούλτσος Π., Η ποινική προβληματική της ευθανασίας, 2006, 302επ, 768επ
3. Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, 2003, 174επ.
4. Φουντεδάκη Κ., Η «συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς» σύμφωνα με το νέο κώδικα ιατρικής δεοντολογίας (ν. 3418/2005), σε Ο νέος κώδικας ιατρικής δεοντολογίας (ν. 3418/2005): Βασικές ρυθμίσεις (νομική, ιατρική και κοινωνιολογική προσέγγιση), ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΑΤΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΚΑΙ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ 1, 2006, 13-38.
5. Μανωλεδάκης Ι., Παρατηρήσεις στην Διατ. Εισ. Εφ. Θεσ/νικης 25/72, Αρμ. 1972, 468επ.
6. Ανδρουλάκης Ν., Ποινικόν Δίκαιον. Ειδικόν Μέρος, 1974, 116 επ.
7. Ψαρούδα- Μπενάκη Α., Το ιατρικό καθήκον διαφωτίσεως του ασθενούς ως προϋπόθεσις της συναινέσεως του, Ποιν. Χρ. ΚΔ΄, 641 επ.
8. Μπέκας Γ., Η προστασία της ζωής και της υγείας στον ποινικό κώδικα, 2004, 67επ (73).
9. Nationaler Ethikrat, Patientenverfügung. Ein Instrument der Selbstbestimmung. Stellungnahme, Berlin, 2005, 9-36.
10. Kopetzki Chr (Hg.), Antizipierte Patientenverfügungen. «Patiententestament» und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten (Schriftenreihe Recht der Medizin Bd. 10), Wien 2000.
11. Kerschner F., Arzthaftung bei Patientenverfügungen, RdMS, 1998, 131-134.
12. Körtner Ulr, Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Entstehungsgeschichte, Inhalt, Bewertung, ZEE 50, 3/2006, 65-71.
13. Laufs A./ Uhlenbruck W., Handbuch des Arztrechts, 2. Aufl. 1999, §62 επ.
14. Nationaler Ethikrat, Self-determination and care at the end of life. Opinion, Berlin, 2006, 45 επ., 90,91.