

Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, Στρασβούργο, 13.6.2024
Προσφυγή αρ. 32312/23
DÁNIEL KARSAI κατά ΟΥΓΓΑΡΙΑΣ

Παρατηρήσεις

Καλλιρρόης Δ. Παντελίδου

Καθηγήτριας Αστικού Δικαίου, Νομική Σχολή Δ. Π. Θράκης

Η ποινική απαγόρευση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας δεν συνιστά παραβίαση των άρθρων 8 (δικαίωμα σεβασμού της ατομικής και οικογενειακής ζωής) και 14 (απαγόρευση των διακρίσεων) της ΕΣΔΑ

**Δημοσιεύθηκε στο νομικό περιοδικό Ελληνική Δικαιοσύνη, τ.3/2026, σ. 953-957
(Η απόφαση στο ίδιο τεύχος, σ. 921-953)**

I. Ιστορικό της υπόθεσης και περιεχόμενο της απόφασης

Ο προσφεύγων δικηγόρος (γενν. το 1977 στη Βουδαπέστη), διαγνώστηκε με μυοατροφική πλευρική σκλήρυνση (ALS) τον Αύγουστο του 2022 και όταν το Δικαστήριο έκρινε την υπόθεση, βρισκόταν σε προχωρημένο στάδιο αυτής της νόσου. Η ALS είναι μια ανίατη προοδευτική νευροεκφυλιστική νόσος (μια μορφή νόσου των κινητικών νευρώνων), με θανατηφόρα έκβαση. Ο θάνατος λόγω αναπνευστικής παράλυσης επέρχεται σε τρία έως πέντε χρόνια. Ο προσφεύγων ισχυρίστηκε ότι σύντομα θα παραλύσει τελείως και δεν θα μπορεί να επικοινωνήσει. Επιθυμούσε να τερματίσει, ή να συντομεύσει στο ελάχιστο, αυτή τη φάση της ασθένειάς του, εκμεταλλευόμενος κάποια μορφή θανάτου με ιατρική βοήθεια. Ωστόσο, ούτε η ευθανασία ούτε η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι νόμιμες στην Ουγγαρία.

Το Δικαστήριο αναφέρεται στα άρθρα 20-23 του νόμου περί υγειονομικής περίθαλψης της Ουγγαρίας, σχετικά με το δικαίωμα άρνησης ιατρικής περίθαλψης που προβλέπουν μεταξύ άλλων τα εξής : *Οι παρεμβάσεις διατήρησης της ζωής ή σωστικές παρεμβάσεις μπορούν να απορριφθούν, επιτρέποντας έτσι στην ασθένεια να ακολουθήσει τη φυσική της πορεία, εάν ο ασθενής πάσχει από σοβαρή ασθένεια η οποία, σύμφωνα με την τρέχουσα κατάσταση της ιατρικής επιστήμης, θα οδηγήσει σε θάνατο σε σύντομο χρονικό διάστημα ακόμη και με επαρκή υγειονομική περίθαλψη και είναι ανίατη.*

Το Δικαστήριο τονίζει ότι ο νόμος περί υγειονομικής περίθαλψης **δεν επιτρέπει** την υποβοηθούμενη αυτοκτονία ή την ευθανασία. Ο ίδιος νόμος προβλέπει για την ανακουφιστική φροντίδα. Επίσης το Δικαστήριο αναφέρθηκε στον Κώδικα Δεοντολογίας του Ουγγρικού Ιατρικού Επιμελητηρίου, σύμφωνα με τον οποίο, *Οποιαδήποτε ενέργεια με σκοπό τον τερματισμό της ζωής ενός ατόμου είναι ασυμβίβαστη τόσο με το ιατρικό επάγγελμα όσο και με την ιατρική δεοντολογία και αποτελεί επίσης κατάφωρα σοβαρό ηθικό αδίκημα. Η τελική παρηγορητική ιατρική δεν είναι το ίδιο με την ευθανασία. Δεν θεωρείται ευθανασία όταν ο ασθενής αρνείται θεραπεία διατήρησης της ζωής αφού λάβει επαρκείς πληροφορίες –και υπό τις προϋποθέσεις που ορίζει η νομοθεσία– διότι έτσι ο θάνατος επέρχεται ως αποτέλεσμα της φυσικής πορείας της νόσου. Δεν θεωρείται ευθανασία εάν χορηγήσουμε τη μικρότερη αποτελεσματική δόση ενός φαρμάκου σε έναν πάσχοντα ασθενή που έχει φτάσει στο τελικό στάδιο της*

νόσου και αν η ταλαιπωρία αυξηθεί, αυξάνουμε σταδιακά τη δόση, ακόμη και σε βαθμό που πιθανότατα θα φέρει την ώρα του θανάτου πιο κοντά, γιατί καθήκον μας είναι να ανακουφίσουμε τον πόνο και δεν έχουμε πρόθεση να προκαλέσουμε το θάνατο του ασθενούς.

Κατά την άποψη του Δικαστηρίου, προκύπτουν δύο συμπεράσματα : Πρώτον, η απόφαση ενός ασθενούς σε τελικό στάδιο να μην ζήσει μέχρι τον φυσικό θάνατό του για να συντομεύσει τον πόνο και τον πόνο, ή για οποιονδήποτε άλλο λόγο, και η σχετική **άρνηση** χορήγησης συγκατάθεσης για ιατρική παρέμβαση που είναι απολύτως απαραίτητη για να τον κρατήσει εν ζωή, **αποτελούν μέρος του δικαιώματός** του στην αυτοδιάθεση, η άσκηση του οποίου μπορεί να περιοριστεί – αλλά όχι να εμποδίζεται.

Δεύτερον, η επιθυμία ενός ασθενούς σε τελικό στάδιο να τερματιστεί η ζωή του όχι απλώς με την άρνηση μιας σωτήριας ιατρικής παρέμβασης, **αλλά μέσω της ενεργού βοήθειας ενός γιατρού, δεν μπορεί να θεωρηθεί,** ως αναπόσπαστο μέρος του δικαιώματός του στην αυτοδιάθεση σχετικά με τη ζωή ή τον θάνατο κάποιου που δεν υπόκειται σε περιορισμό –ή ακόμη και πλήρη απαγόρευση– από το νόμο, προς το συμφέρον της προστασίας οποιουδήποτε άλλου θεμελιώδους δικαιώματος.

Το Δικαστήριο αναφέρεται επίσης στην Επιτροπή Βιοηθικής (DH-BIO) του Συμβουλίου της Ευρώπης που ετοίμασε έναν Οδηγό για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με την ιατρική περίθαλψη σε καταστάσεις στο τέλος της ζωής. Μεταξύ των ζητημάτων, είναι και η χρήση της καταστολής για υπαρξιακή αγωνία στην καταληκτική φάση της ασθένειας. Ο στόχος της καταστολής δεν είναι, επομένως, να συντομεύσει τη ζωή. Ωστόσο, η συζήτηση επικεντρώνεται σε δύο σημεία: Χρήση καταστολής όχι για την ανακούφιση των σωματικών συμπτωμάτων (όπως η δύσπνοια), αλλά για την ανακούφιση ψυχολογικού ή υπαρξιακού πόνου και χρήση καταστολής με δευτερεύοντα κίνδυνο μείωσης του χρόνου που απομένει για τη ζωή.

Το Δικαστήριο εξήτασε επίσης δύο ειδικούς Ιατρούς, τον καθηγητή Régis **Aubry** και την καθηγήτρια Judit **Sándor**. Ο πρώτος κατέθεσε τα εξής:

Όσον αφορά τους όρους, ο όρος PAD είναι ο υποβοηθούμενος από ιατρό θάνατος - physician-assisted dying - εφεξής «**PAD**», ενώ ο όρος παθητική ευθανασία, αναφέρεται στην άρνηση ή απόσυρση παρέμβασης διατήρησης της ζωής (refusal or withdrawal of life-sustaining intervention - εφεξής «**RWI**»). Ο καθηγητής Aubry διευκρίνισε ότι το PAD αναφέρεται στο γεγονός ότι ο θάνατος ενός ατόμου προκλήθηκε από ιατρική παρέμβαση και καλύπτει τις έννοιες της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της ευθανασίας. Ο καθηγητής Aubry ανέφερε ηθικές ενστάσεις από την πλευρά των ιατρών, που δεσμεύονταν από τον όρκο του Ιπποκράτη, και σημείωσε ότι αυτές ήταν ιδιαίτερα έντονες όσον αφορά την ευθανασία, στην οποία οι ιατροί ανέλαβαν το ρόλο των ενεργών συμμετεχόντων. Επιπλέον, κατά τη γνώμη του, το PAD συνδέθηκε με κίνδυνο κατάχρησης σε σχέση με άτομα που βρέθηκαν σε κατάσταση μεγάλης ευπάθειας. Υπήρχε συχνά ένας ορισμένος βαθμός αμφιθυμίας, ο οποίος αυξανόταν όσο προχωρούσε η ασθένεια. Αυτό που επιθυμούσαν οι άνθρωποι στην αρχή της ασθένειας, δεν ήταν απαραίτητα το ίδιο με αυτό που επιθυμούσαν αργότερα. Η δεύτερη κατέθεσε μεταξύ άλλων τα εξής :

Η τάση που μπορούσε να παρατηρηθεί στην Ευρώπη προς μια ευρύτερη αποδοχή του PAD είχε εμφανιστεί σε τρία στάδια. Πρώτον, υπήρξε ένα ανατριχιαστικό αποτέλεσμα μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο λόγω των ευγονικών πρακτικών και των προγραμμάτων ευθανασίας των Ναζί. Μετά το 1980 εμφανίστηκε ένα ισχυρό κίνημα για τη βιοηθική και τα δικαιώματα των ασθενών, ακολουθούμενο από τη νομιμοποίηση ορισμένων μορφών PAD στις χώρες της Μπενελούξ και το δικαίωμα στην ανακουφιστική καταστολή στις χώρες της Μπενελούξ και στη Γαλλία. Το τρίτο κύμα ήρθε μετά την πανδημία COVID-19, όταν χώρες

όπως η Πορτογαλία, η Ισπανία και, σε κάποιο βαθμό, η Αυστρία νομιμοποίησαν το PAD, μερικές φορές μέσω πολύ λεπτομερούς νομοθεσίας.

Σύμφωνα με τις πληροφορίες που διαθέτει το Δικαστήριο, η θεραπευτική απόσυρση (διακοπή της θεραπείας διατήρησης της ζωής που οδηγεί σε φυσικό θάνατο) επιτρέπεται υπό όρους σε 27 κράτη μέλη. Η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι νόμιμες ως μορφές PAD σε πέντε κράτη μέλη: Βέλγιο, Λουξεμβούργο, Ολλανδία και, πιο πρόσφατα, την Ισπανία (το PAD επιτρέπεται από το 2021) και την Πορτογαλία. Το PAD τιμωρείται συνεπώς ποινικά στην πλειονότητα των κρατών μελών του Συμβουλίου της Ευρώπης. Όσον αφορά τις Ηνωμένες Πολιτείες, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι νόμιμη σε έντεκα δικαιοδοσίες (Καλιφόρνια, Κολοράντο, Όρεγκον, Ουάσιγκτον, Βερμόντ, Νιου Τζέρσεϊ, Νέο Μεξικό, Μείν, Μοντάνα, Κολοράντο και Χαβάη, καθώς και στην Περιφέρεια της Κολούμπια). Τα τελευταία χρόνια το PAD έχει γίνει νόμιμο και διαθέσιμο σε όλες τις πολιτείες της Αυστραλίας και στη Νέα Ζηλανδία. Στον Καναδά, τόσο η ευθανασία όσο και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία νομιμοποιήθηκαν μετά την απόφαση του Καναδικού Ανώτατου Δικαστηρίου στην υπόθεση Carter κατά Καναδά.

Το Δικαστήριο θεωρεί ότι η παρούσα καταγγελία πρέπει να εξεταστεί ως προς μια πτυχή του δικαιώματος του προσφεύγοντος για σεβασμό της ιδιωτικής του ζωής κατά την έννοια του άρθρου 8 της ΕΣΔΑ. Η κυβέρνηση (Ουγγαρία) πρότεινε ότι υπήρχε ασυνέπεια στο να επιτραπεί το PAD στο όνομα της προσωπικής ελευθερίας και στη συνέχεια να περιοριστεί μόνο σε ανίατους ασθενείς ή άτομα με σωματική αναπηρία. Η Κυβέρνηση αμφισβήτησε την ιδέα ότι το PAD ήταν ο μόνος τρόπος για έναν αξιοπρεπή θάνατο. Η Κυβέρνηση υποστήριξε επίσης ότι οποιαδήποτε προηγούμενη εξουσιοδότηση από τις αρχές για εκτέλεση PAD στο εξωτερικό θα ήταν αντίθετη με τις απαιτήσεις του Άρθρου 2 της Σύμβασης. (υποχρέωση προστασίας της ζωής).

Επομένως, το Δικαστήριο δεν μπορεί παρά να σημειώσει ότι επί του παρόντος εμφανίζεται μια ορισμένη τάση προς την **αποποινικοποίηση** της αυτοκτονίας με ιατρική βοήθεια, ιδίως όσον αφορά τους ασθενείς που πάσχουν από ανίατες παθήσεις. Ωστόσο, και ακόμη κι αν η πρόσβαση στο PAD συζητήθηκε πρόσφατα ή συζητείται στα κοινοβούλια ορισμένων άλλων κρατών μελών, **η πλειονότητα των κρατών μελών συνεχίζει να απαγορεύει και να διώκει τη βοήθεια σε περίπτωση αυτοκτονίας, συμπεριλαμβανομένου του PAD.** Λαμβάνοντας υπόψη τα προαναφερθέντα και σημειώνοντας ότι αυτό το θέμα εξακολουθεί να είναι ένα θέμα που εγείρει εξαιρετικά ευαίσθητα ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα και ένα θέμα στο οποίο οι απόψεις στις δημοκρατικές χώρες συχνά δίστανται βαθιά, πρέπει να παραχωρηθεί στα κράτη **ένα σημαντικό περιθώριο εκτίμησης. Το άρθρο 2 δεν εμποδίζει οι εθνικές αρχές να επιτρέπουν ή να παρέχουν PAD,** υπό τον όρο ότι το τελευταίο συνοδεύεται από κατάλληλες και επαρκείς διασφαλίσεις για την πρόληψη της κατάχρησης και, συνεπώς, για την εξασφάλιση του σεβασμού του δικαιώματος στη ζωή. Οι ευρύτερες κοινωνικές επιπτώσεις και οι κίνδυνοι **κατάχρησης και λάθους** που συνεπάγεται η παροχή της PAD βαρύνουν σε μεγάλο βαθμό κατά την αξιολόγηση εάν και πώς πρέπει να ικανοποιηθούν τα συμφέροντα εκείνων που επιθυμούν να λάβουν βοήθεια στο θάνατο. Η υψηλής ποιότητας **παρηγορητική φροντίδα**, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης σε αποτελεσματική διαχείριση του πόνου, είναι σε πολλές περιπτώσεις –και αναμφίβολα σε αυτήν του προσφεύγοντος– απαραίτητη προϋπόθεση για την εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς τέλους ζωής. Το Δικαστήριο δεν μπορεί να δεχτεί το επιχείρημα της ταλαιπωρίας του ασθενούς ως επιχείρημα που συνηγορεί υπέρ της υποχρέωσης βάσει του άρθρου 8 της Σύμβασης να νομιμοποιήσει το PAD. Έχοντας υπόψη τα ανωτέρω και λαμβάνοντας υπόψη το σημαντικό περιθώριο εκτίμησης του

κράτους, το Δικαστήριο **δεν θεωρεί ότι η ποινική απαγόρευση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας**, συμπεριλαμβανομένης της αίτησής της σε οποιοδήποτε πρόσωπο που βοηθάει τον προσφεύγοντα να καταφύγει στο εξωτερικό, ήταν **δυσανάλογη**.

Το Δικαστήριο κρίνει, με ψήφους 6 κατά και 1 κατά, ότι **δεν υπήρξε παραβίαση του Άρθρου 8** της ΕΣΔΑ, ούτε **παραβίαση του Άρθρου 14** σε συνδυασμό με το Άρθρο 8 της Σύμβασης.

II. Παρατηρήσεις

Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΔΔΑ) που σημειώνεται παραπάνω ως **Δικαστήριο** αναφέρεται στο άρθρο 8 (προστασία της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής), στο άρθρο 14 (απαγόρευση διακρίσεων) και στο άρθρο 2 (προστασία της ζωής).

Το Δικαστήριο έκρινε στην πολυσέλιδη απόφασή του ότι **δεν προσκρούει στην ΕΣΔΑ** η ποινική απαγόρευση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, ότι πρέπει το κάθε Κράτος να έχει **ένα σημαντικό περιθώριο εκτίμησης**, αλλά και ότι το Κράτος δεν εμποδίζεται να αποποινικοποιήσει την υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

Ως προς τη μη παραβίαση των άρθρων 8 και 14 ΕΣΔΑ η απόφαση, πρέπει να **επικροτηθεί** για τους εξής λόγους:

Καταρχάς, σχετικώς με την ορολογία, οι όροι *ιατρικώς υποβοηθούμενος θάνατος* και *ενεργητική ευθανασία* πρέπει να θεωρηθούν ταυτόσημοι. Για τον υποβοηθούμενο από ιατρό θάνατο - physician-assisted dying - χρησιμοποιείται η συντομογραφία «PAD». Σύμφωνα με το ελληνικό δίκαιο (άρθρο 300 ΠΚ), η βοήθεια προς αυτόν που πάσχει από ανίατη ασθένεια και ζητεί επίμονα το θάνατο θεωρείται ανθρωποκτονία, αλλά τιμωρείται ελαφρότερα. Επίσης αυτός που παρέχει βοήθεια στον ίδιο ασθενή που αποπειράται να αυτοκτονήσει, τιμωρείται με φυλάκιση (άρθρο 301 ΠΚ). Η βοήθεια που τιμωρείται ποινικά μπορεί να συνίσταται και στην παράλειψη παροχής βοήθειας.

Επειδή το έννομο αγαθό που προσβάλλεται με την ενεργητική ευθανασία και τον υποβοηθούμενο θάνατο είναι η ίδια η ζωή, και τα δύο **απορρίπτονται** νομικά και ηθικά. Πρόκειται για ετεροπροσβολή που δεν έχει σχέση με την αυτοδιάθεση του πάσχοντος. Εξάλλου από το άρθρο 2 § 1 Συντ για την προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, δεν προκύπτει και δικαίωμα στο θάνατο ούτε πολύ περισσότερο να δικαίωμα επέμβασης στο θάνατο άλλου προσώπου. Η προστασία και ο σεβασμός της ζωής βαρύνει όλους και ιδιαιτέρως τους ιατρούς (άρθρο 2 § 4 Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ν. 3418/2005 ή αλλιώς ΚΙΔ)).

Εξάλλου κατά το άρθρο 29 ΚΙΔ (Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής), *1. Ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή. Του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενή προς αυτήν την κατεύθυνση. Σε κάθε περίπτωση, συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπειά του μέχρι το σημείο αυτό.*

2. Ο ιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν, κατά το χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει.

3. Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου.

Συνεπώς, δεν υπάρχει **καμία υποχρέωση θέσπισης του ιατρικώς υποβοηθούμενου θανάτου και της ενεργητικής ευθανασίας** όπως τόνισε η σχολιαζόμενη απόφαση. Το συμπέρασμα αυτό αρμόζει πλήρως και στο ελληνικό δίκαιο.

Το δικαστήριο θεωρεί ότι η επιθυμία ενός ασθενούς σε τελικό στάδιο να τερματιστεί η ζωή του όχι απλώς με την άρνηση μιας σωτήριας ιατρικής παρέμβασης, αλλά μέσω της ενεργού βοήθειας ενός γιατρού, δεν μπορεί να θεωρηθεί, ως αναπόσπαστο μέρος του δικαιώματός του/της στην αυτοδιάθεση σχετικά με τη ζωή ή τον θάνατο κάποιου που δεν υπόκειται σε περιορισμό –ή ακόμη και πλήρη απαγόρευση– από το νόμο... **Η πλειονότητα των κρατών μελών συνεχίζει να απαγορεύει και να καταδιώκει τη βοήθεια σε περίπτωση αυτοκτονίας, συμπεριλαμβανομένου του PAD....** Οι ευρύτερες κοινωνικές επιπτώσεις και οι κίνδυνοι **κατάχρησης και λάθους** που συνεπάγεται η παροχή της PAD βαρύνουν σε μεγάλο βαθμό κατά την αξιολόγηση εάν και πώς πρέπει να ικανοποιηθούν τα συμφέροντα εκείνων που επιθυμούν να λάβουν βοήθεια στο θάνατο. Η υψηλής ποιότητας **παρηγορητική φροντίδα**, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης σε αποτελεσματική διαχείριση του πόνου, είναι σε πολλές περιπτώσεις –και αναμφίβολα σε αυτήν του προσφεύγοντος– απαραίτητη προϋπόθεση για την εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς τέλους ζωής. Το Δικαστήριο δεν μπορεί να δεχτεί το επιχείρημα της ταλαιπωρίας του ασθενούς ως επιχείρημα που συνηγορεί υπέρ της υποχρέωσης βάσει του άρθρου 8 της Σύμβασης να νομιμοποιήσει το PAD. Έχοντας υπόψη τα ανωτέρω και λαμβάνοντας υπόψη το σημαντικό περιθώριο εκτίμησης του κράτους, το Δικαστήριο **δεν θεωρεί ότι η ποινική απαγόρευση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας**, συμπεριλαμβανομένης της αίτησης σε οποιοδήποτε πρόσωπο παρέχει βοήθεια στον ενδιαφερόμενο για να καταφύγει προς PAD στο εξωτερικό, ήταν **δυσανάλογη**. Τελικώς το δικαστήριο έκρινε με μόλις μία ψήφο αντίθετη ότι **δεν υπήρξε παραβίαση του Άρθρου 8** (προστασία ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής) **ούτε του άρθρου 14** (αποφυγή των διακρίσεων) της Σύμβασης.

Σημαντικό είναι ότι η απόφαση τονίζει τον κίνδυνο κατάχρησης και λάθους που συνδέεται με τον υποβοηθούμενο θάνατο, αλλά και το ότι η ταλαιπωρία του ασθενούς δεν παρέχει επιχείρημα υπέρ της νομιμοποίησης της ενεργητικής ευθανασίας. Από την άλλη μεριά, το Δικαστήριο τονίζει ορθά το αντίβαρο, δηλαδή την αξία της **παρηγορητικής φροντίδας** ως **απαραίτητης προϋπόθεσης για την εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς τέλους ζωής**. Την **παρηγορητική αγωγή ως υποχρέωση του ασθενούς τονίζει το άρθρο 29 § 1 ΚΙΔ**. Το ίδιο άρθρο τονίζει ότι ο ιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες του ασθενούς (§ 2), αλλά οι επιθυμίες αυτές δεν δικαιολογούν την επίσπευση του θανάτου από τον ιατρό (§ 3).

Επομένως, η απάντηση στο σπουδαίο από την άποψη του σεβασμού της αξίας του ανθρώπου ερώτημα της ιατρικής αντιμετώπισης του ανίατου/θανατηφόρου πόνου, είναι η παρηγορητική και ανακουφιστική αγωγή. Μεγάλη σημασία έχει επίσης, ότι ακόμη και αν κριθεί αναγκαία η καταστολή, ο στόχος της καταστολής δεν είναι να συντομεύσει τη ζωή, ακόμη και αν έχει ως **δευτερεύοντα κίνδυνο τη μείωση** του χρόνου που απομένει για τη ζωή.

Διαφωνία με τη σχολιαζόμενη απόφαση θα είχα ως προς το ότι το Κράτος **δεν εμποδίζεται** να αποποινικοποιήσει την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. **Αυτό αποτελεί αντίφαση με το ότι η ποινική απαγόρευση δεν συνιστά προσβολή της ΕΣΔΑ**. Το Δικαστήριο τόνισε βεβαίως ότι αυτό πρέπει να συνοδεύεται από κατάλληλες και επαρκείς διασφαλίσεις για την πρόληψη της κατάχρησης και της εξασφάλισης του σεβασμού του δικαιώματος στη ζωή. Τέτοιες διασφαλίσεις δεν είναι όμως δυνατές, διότι η ίδια η αποποινικοποίηση αποτελεί κατάχρηση και προσβολή του σεβασμού της ζωής.

Δυσχερέστατο θέμα είναι εξάλλου η διακοπή της τεχνητής παράτασης της ζωής, η οποία μπορεί να θεωρηθεί και παθητική ευθανασία. Κάθε ιατρική πράξη προϋποθέτει την συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς (άρθρο 12 ΚΙΔ) και ο ιατρός δεν μπορεί να

προχωρήσει σε ιατρική πράξη όταν μετά την ενημέρωση αρνείται την παροχή θεραπείας, π.χ. δεν επιθυμεί να εγχειρισθεί. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις στην ίδια διάταξη, που η συναίνεση δεν είναι έγκυρη, όπως όταν είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής ή είναι αντίθετη στα χρηστά ήθη ή και περιπτώσεις στις οποίες δεν απαιτείται συναίνεση, όπως σε επείγουσες περιπτώσεις και απόπειρες αυτοκτονίας. Επίσης ενδέχεται από τη διακοπή θεραπείας να υπάρχουν συνέπειες όπως η πείνα, η δίψα ή μια λοίμωξη, οι οποίες οδηγούν στη μη αποδοχή της διακοπής.

III. Συμπέρασμα

Η σχολιαζόμενη απόφαση **ορθά** έκρινε ότι η ποινική αντιμετώπιση της υποβοήθησης στην αυτοκτονία, η οποία προβλέπεται και στο ελληνικό δίκαιο, ούτε παραβιάζει την προστασία της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής ούτε συνιστά διάκριση (άρθρα 8 και 14 ΕΣΔΑ). Ορθά επίσης τόνισε την αξία της παρηγορητικής φροντίδας και τη συμβολή της στην εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς τέλους ζωής.