

DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS

dr. Juhász György

Debrecen
2024

**DEBRECENI EGYETEM
MARTON GÉZA ÁLLAM- ÉS JOGTUDOMÁNYI
DOKTORI ISKOLA**

**A GYÓGYÍTÓ TEVÉKENYSÉG ÉS A
FOGLALKOZÁS KÖRÉBEN ELKÖVETETT
VESZÉLYEZTETÉS PÁRHUZAMÁNAK
FEJLŐDÉSE A MAGYAR BÜNTETŐJOGBAN**

Készítette:

dr. Juhász György

Témavezető:

Dr. habil. Madai Sándor PhD
tanszékvezető egyetemi docens

A doktori program címe: Az állam és a jog változásai Közép- és Kelet-
Európában

A doktori iskola vezetője: dr. Szabadfalvi József egyetemi tanár

A kézirat lezárva: 2024. augusztus 26.

**DEBRECEN
2024**

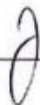
NYILATKOZAT

Alulírott, dr. Juhász György, büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a Debreceni Egyetem Marton Géza Állam- és Jogtudományi Doktori Iskolában a doktori fokozat megszerzése céljából benyújtott, „*A gyógyító tevékenység és a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés egyes aspektusai*” című értekezésem saját önálló munkám, a benne található, másoktól származó gondolatok és adatok eredeti lelhelyét a hivatkozásokban (lábjegyzetekben), az irodalomjegyzékben, illetve a felhasznált források között hiánytalanul feltüntettem.

Kijelentem, hogy a benyújtott értekezéssel azonos tartalmú értekezést más egyetemen nem nyújtottam be tudományos fokozat megszerzése céljából.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben részben vagy egészben sajátomként mutatom be más szellemi alkotását, vagy az értekezésben hamis, esetleg hamisított adatokat használok, és ezzel a doktori ügyben eljáró testületet vagy személyt megtévesztem vagy tévedésben tartom, a megítélt doktori fokozat visszavonható, a jogerős visszavonó határozatot az egyetem nyilvánosságra hozza.

Debrecen, 2024. június 10.


aláírás

Témavezetői ajánlás
Juhász György: A gyógyító tevékenység és a foglalkozás körében elkövetett
veszélyeztetés egyes aspektusai
c. doktori értekezéséhez

Az olvasó hiánypótló munkát tart kezében. Talán kevés olyan komplex vizsgálódást igénylő kutatási terület van, mint a gyógyító tevékenység büntetőjogi kérdései. Már önmagában az komoly kihívás elé állítja a kutatót, hogy milyen sarokpontok mentén kerüljön sor – szerteágazó jellege miatt – a téma alapos feldolgozására. A szerző általános orvos és jogász végzettsége megfelelő alapot szolgáltatott a kettős aspektusú kutatáshoz.

A dolgozat témája szorosan kötődik a sokak által „orvosi műhibá”-nak nevezett fogalomhoz. A szerző ezért nem nélkülözhetette a fogalom kialakulásának és tartalmi változásainak áttekintését. Ekörben olyan új kutatási eredményeket tud felmutatni, amelyek hazánkban mindeztáig egyedülállóak; értve ezalatt egyfelől a nemzetközi vonatkozású fogalomtörténeti kérdések – korábbi paradigmától eltérő – új megvilágításba helyezését, részben a hazai fogalomfejlődés koncentrált és kritikus áttekintését.

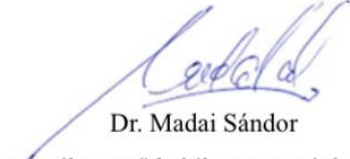
A dolgozatnak eléggé nem hangsúlyozható nívója a gyógyító tevékenységet végző személy büntetőjogi felelősségének hazai előképeit bemutató rész is. Az értekezés átfogó és részletes elemzést nyújt a gyógyító tevékenységgel kapcsolatos felelősség korai előzményeitől kezdve egészen a modern korig. A hazai szakirodalmat illetően nincs tudomásunk arról, hogy olyan átfogó történeti elemző-értékelő munka született volna, amely az említett témakört olyan komplex alaposítással tárta volna fel, mint ahogyan azt a szerző teszi. A szabályozás háttérében meghúzódó jogpolitikai indokok változása, a büntetőjogi szemlélet változásai, és mindezekből következően a büntetőjogi értékelés hangsúlyai példamutató alaposítással kerültek feltárásra. A változások bemutatása nélkülözhetetlen annak megértéséhez, hogy a jogalkotó milyen út eredményeként jutott el a napjainkban is hatályos normaszöveg kialakításához. A kutatás eredményeként olyan források is a dolgozat alapjául szolgáltak, amelyeket a XX. századi, illetőleg jelenkori hazai szakirodalom ezidáig egyáltalán nem, vagy csupán periférikusan tárgyalt.

A történeti és összehasonlító módszer alkalmazása mellett elméleti és gyakorlat-orientált elemzésre egyaránt törekszik a szerző. Ez a megközelítés a disszertáció egészét végigkíséri, s

egyfelől a gyógyító tevékenységet végző büntetőjogi felelősségének változó alakjaira is rámutat, másfelől a tradicionális hazai büntetőjogi dogmatika kereteit szétfeszítő, de legalábbis feszegető cselekmények tekintetében helyes tudományos válaszokat ad, valamint kiváló érzékkel jelzi a módosítások szükségességét, azokhoz megfelelő irányokat is javasolva. Szintén kiemelkedő jelentőségű a munkában a korszakonként bemutatott tekintélyes számú eseti döntés feldolgozása, továbbá – napjainkban a gyógyító tevékenységben is egyre inkább előtérbe kerülő specializáció okán – a teamfelelősséggel kapcsolatos kérdések vizsgálata.

A Ph.D. dolgozat a tartalmi és formai követelmények betartásával megírt színvonalas munka.

Debrecen, 2024. június 10.



Dr. Madai Sándor
tanszékvezető habil. egyetemi docens,
témavezető

TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETÉS.....	1
I. AZ ORVOSI MŰHIBA FOGALMA	6
I.1. Az orvosi műhiba fogalmának nemzetközi megjelenése	7
I.1.1. Rudolf Virchow műhiba fogalma	11
I.1.2. Otto v. Oesterlen kritikája.....	12
I.2. Az orvosi műhiba fogalmának hazai megjelenése	13
I.2.1. A Közegészségügyi törvénycikk.....	14
I.2.2. A későbbi irányzatok	16
I.3. Az orvosi műhiba fogalmának gyakorlati érvényesülése: a kezdetek	19
I.4. A fogalom kritikája	21
II. AZ ORVOS BÜNTETŐJOGI FELELŐSSÉGÉNEK ELŐKÉPEI HAZÁNKBAN	22
II.1. A hazai orvoslás rövid története	22
II.2. A büntetőjogi felelősség alapjai, korai előzmények.....	24
II.2.1. A borbély felelőssége	25
II.2.2. A Constitutio Criminalis Carolina 134. cikke	25
II.3. Az 1795. évi büntetőkódex-tervezet	26
II.3.1. A nem megfelelően elkészített orvosság árusítása, méregkeverés	27
II.3.2. Az orvos közrehatása, mint enyhítő körülmény	29
II.3.3. A véletlen emberölés, mint büntethetőséget kizáró ok	29
II.3.3.1. A bűnösség kérdése.....	30
II.3.3.2. A gondatlanság.....	32
II.3.3.3. A szándékosság.....	33
II.4. Az első magyar nyelvű erdélyi büntető törvénykönyv-tervezet.....	34
II.4.1. A titokban szülés	34
II.4.2. A kuruzslás előképe.....	35
II.4.3. Az orvos segítségnyújtási és tájékoztatási kötelezettsége, felelőssége.....	36
II.4.4. A halottvizsgálattal kapcsolatos szabályok	37
II.4.5. A dajkákkal kapcsolatos rendelkezések.....	38
II.5. Az 1843. évi büntető anyagi jogi javaslat	38
II.5.1. Az orvosi beavatkozás, mint büntethetőséget kizáró ok	39
II.5.2. Az emberölés vétkes vigyázatlan alakzata.....	39
II.5.3. A súlyos testi sértés	41
II.5.4. A bűnösséggel kapcsolatos szabályok	42
II.5.4.1. A szándékosság.....	43
II.5.4.2. A vétkes vigyázatlanság.....	44
II.5.4.3. A szándékon túli eredményért való felelősség.....	45
II.5.5. A javaslat sorsa.....	46
II.5.6. Pauler Tivadar: Büntetőjogtan.....	47
II.5.7. Az osztrák büntető törvény, a Straf-Gesetzblatt	47

II.6. Szemelvények a gyakorlatból	48
II.7. A Csemegi-kódex	50
II.7.1. A bűnösséggel kapcsolatos sajátos kérdések	51
II.7.1.1. A szándékosság	52
II.7.1.2. A gondatlanság	53
II.7.2. A gondatlanság különös foka, az „ipari culpa”	54
II.7.3. A tényállások tükrében	55
II.7.3.1. A gondatlan emberölés minősített esete, mint az orvos büntetőjogi felelősségének alapja	55
II.7.3.2. A gondatlan súlyos testi sértés minősített esete, mint az orvos büntetőjogi felelősségének alapja ..	56
II.7.4. A „foglalkozás” értelmezése	58
II.7.5. A „veszély” fogalma	59
II.7.6. A magánjogi és büntetőjogi felelősség elhatárolása	60
II.7.7. Szemelvények a gyakorlatból	60
III. ÚTON AZ 1961. ÉVI BÜNTETŐ KÓDEXIG	64
III.1. A harmadik büntetőnovella megalkotásának körülményei	64
III.1.1. Előzmények: a szovjet második Btk.	64
III.1.2. A bűnösség kérdése a Btá. szerint	66
III.2. A 3. BN.: Az élet vagy testi épség veszélyeztetése a foglalkozási szabályok megszegése által ..	67
III.2.1. A tényállás	68
III.2.2. A védett jogi tárgy	68
III.2.3. Az elkövetési magatartás	69
III.2.4. Az eredmény: közvetlen veszélyhelyzet	70
III.2.5. Okozati összefüggés	71
III.2.6. A bűncselekmény alanya	71
III.2.7. A bűnösség kérdése	71
III.2.8. Minősítő körülmények	73
III.2.9. A tényállás megalkotásának oka	73
III.2.10. Szemelvények a gyakorlatból	74
IV. AZ 1961. ÉVI V. TÖRVÉNY	77
IV.1. A tényállás megalkotásának oka, a tudatosság problematikája	77
IV.2. A tényállás	79
IV.3. A védett jogi tárgy	79
IV.4. Az elkövetési magatartás	80
IV.4.1. Az általános értelemben vett foglalkozási szabályszegés	80
IV.4.2. Az orvosi foglalkozás szabályai	81
IV.5. Az eredmény: közvetlen veszély	83
IV.6. Az okozati összefüggés	84
IV.7. A bűncselekmény alanya	85
IV.7.1. Az orvos, mint a bűncselekmény alanya	85
IV.8. A bűnösség kérdése	86

IV.8.1. A gondatlanság.....	87
IV.8.2. A szándékosság.....	88
IV.9. Minősítő körülmények	89
IV.10. Szemelvények a gyakorlatból.....	89
V. ÚJABB TENDENCIÁK: AZ 1978. ÉVI ÉS A 2012. ÉVI BÜNTETŐ TÖRVÉNYKÖNYVEK KORSZAKA	98
V.1. Az 1978. évi IV. törvény	98
V.1.1. Az előzmények.....	98
V.1.2. Az Országgyűlés által elfogadott foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállása .	99
V.1.3. A Kodifikációs Bizottság vitája a tényállással kapcsolatban.....	100
V.1.4. A tényállás elemzése	103
V.1.4.1. A védett jogi tárgy.....	103
V.1.4.2. Az elkövetési magatartás.....	104
V.1.4.3. Az eredmény: közvetlen veszély.....	106
V.1.4.4. Az okozati összefüggés	108
V.1.4.5. A stádiumok.....	109
V.1.4.6. A bűncselekmény alanya, „foglalkozása” szabálya.....	109
V.1.4.7. A bűnösség kérdése	111
V.1.4.8. A minősítő körülmények.....	113
V.1.4.9. Az elhatárolás kérdése	114
V.1.5. Életvégi kérdések	114
V.1.6. A diagnosztikus tévedés	115
V.2. A 2012. évi C. törvény.....	116
V.2.1. A változás állandósága	117
V.2.2. Az orvosi foglalkozás szabályai, azok „kaotikus helyzete”	118
V.3. A büntetőjogi és polgári jogi felelősség eltérő aspektusai.....	123
V.4. Szemelvények a gyakorlatból.....	125
V.4.1. Precedensképes határozatok.....	125
V.4.2. Egyéb határozatok	134
V.4.3. Diagnosztikus tévedéssel kapcsolatos határozatok.....	147
VI. A TÁRSADALOMRA VESZÉLYESSÉGET KIZÁRÓ OKOK ÉS A GYÓGYÍTÓ TEVÉKENYSÉG.....	157
VI.1. Történeti előzmények	157
VI.2. A társadalomra veszélyesség a hatályos büntetőjogban	158
VI.3. A társadalomra veszélyességet kizáró körülmények	159
VI.3.1. Az orvosi tevékenység és a megengedett kockázat.....	160
VI.3.1.1. Problémafelvetés.....	160
VI.3.1.2. A kockázat fogalma.....	161
VI.3.1.3. A veszély fogalma	163
VI.3.1.4. A kockázat megengedettsége általában.....	165
VI.3.1.5. Az orvosi tevékenység kockázata.....	166
VI.3.1.6. A gyógyító tevékenység és a megengedett kockázat	167

<i>VI.3.1.7. A kockázat büntetőjogi vonatkozásai</i>	170
VI.3.2. A sértett beleegyezése	172
<i>VI.3.2.1. A beteg tájékoztatáshoz való joga</i>	174
<i>VI.3.2.2. Az orvos tájékoztatási kötelezettsége</i>	178
<i>VI.3.2.3. A beteg tájékoztatási kötelezettsége</i>	179
<i>VI.3.2.4. A beteg önrendelkezési joga</i>	179
<i>VI.3.2.5. Az életfenntartó beavatkozások visszautasításának joga</i>	182
VII. A TEAM FELELŐSSÉGE	183
VII.1. Az orvoslás divergálódása	183
VII.2. Problémafelvetés	184
VII.3. A team felelősségével kapcsolatos irányzatok	186
VII.3.1. A vezető felelőssége	187
VII.3.2. Az abszolút bizalom elve	188
VII.3.3. A korlátozott bizalom elve	188
ÖSSZEFOGLALÁS	191
FELHASZNÁLT IRODALOM	201

BEVEZETÉS

A büntetőjogi normák esszenciális jelentőségük mind az individuuum sorsa, személyi szabadsága, vagyona, mind a társadalom egészségének védelme érdekében,¹ hazánkban azonban az orvos büntetőjogi felelősségének nincs régre visszanyúló, több évszázados gyökere. Ezen tény talán legfőképp arra vezethető vissza, hogy hazánkban az orvosi hivatás és foglalkozás megjelenése, valamint elkülönülése a sebészet, bába, felcser és borbély tevékenységi köreitől csak az újabb kori fejlődés eredménye, amely magyarázható részben az orvosok csekély számával, részben a hazai orvostudomány hiányával is. Egyes szerzők az aránylag későn megjelent felelősségi szabályozást azon körülményből vezetik le, hogy az ősközösségekben a varázsló, illetve a sámán tevékenysége jelentette a gyógyítást, ami véleményük szerint magyarázattal szolgálhat arra a társadalmi beidegződésre, illetve paradigmára – amely a paternalista szemléletben² is megjelent –, hogy a gyógyító személy kiválasztott, társai közül ki van emelve, így tevékenységével kapcsolatban nem tartozik felelősséggel.³

Általánosan elfogadott nézet, hogy a gyógyítás történelmi időszakoktól függetlenül a társadalmak érdeklődésének egyik központi témáját jelentette. Hazánkban azonban az orvosi tevékenységen alapuló betegellátás csak az újabb kori fejlődés eredményének tekinthető, hiszen míg Nyugat-Európában már a XIII. században körülbelül egy tucat városban folyt az orvostudomány,⁴ addig hazánkban az első kórház és orvosi kar felállítására egészen a XVIII. század végéig kellett várni.⁵ Érthető módon tehát a hazai jogtudományban a gyógyító tevékenység büntetőjogi felelősségének alapjai is viszonylag későn jelenhettek meg, hiszen ahhoz, hogy egy tevékenység és az azzal kapcsolatos felelősség a jogi szabályozás érdeklődési körébe kerüljön, feltétele, hogy a társadalom körében is széleskörű érdeklődésnek örvendjen.

¹ HAJDU Lajos: *Az első (1795) magyar büntetőkódex-tervezet*, KJK Kiadó, Budapest, 1971, 21.

² „A náci orvosperek elrettentő tapasztalatai alapján szakítottak az orvosnak a korábban kialakult, felelősség nélküli „nagy fehér varázsló” képével. In: JOBBÁGYI Gábor: *Orvosi Jog Hippokratésztől a klónozásig*, Szent István Társulat, Budapest, 2008, 13.

³ LOMNICZI Zoltán: *Az orvoslás joga Kommentár a gyakorlat számára*, Lélekben Otthon Kiadó, Győr, 2009, 3-4.

⁴ MAYER Ferenc Kolos: *Az orvostudomány története*, Eggenberg-féle Könyvkereskedés, Budapest, 1927, 136-137.

⁵ DADAY András: *Kuriózumok az orvostudomány magyarországi történetéből*, Akadémiai Kiadó, Budapest, 2002, 160.

A késői szabályozás okát tehát magyarázhatja azon tény is, hogy a jogi szabályozás általában a társadalmi élethelyzetek változásaira adott válaszként jelenik meg.⁶ Hiszen míg a fejlett nyugati orvoslással kapcsolatban már a XVI. században megfogalmazódott az orvos büntetőjogi felelőssége a *Constitutio Criminalis Carolina* 134. cikkében,⁷ addig hazánkban az orvoslás térhódítását követően relatíve rövid késedelemmel annak büntetőjogi vonatkozásai is megjelentek a felvilágosodás kori büntetőjogi kódextervezetekben. Ezt igazolja az a körülmény is, hogy hazánkban az orvos büntetőjogi felelősségével kapcsolatos szabályai a felvilágosodás kori reformok eredményeként kezdetben a kódextervezetekben, majd végül a Csemegi-kódexben a jogtudomány által az „*ipari culpa*”-nak⁸ vagy „*iparszerű culpának*”⁹-nak nevezett deliktumokkal, azaz a gondatlan emberölés és gondatlan testi sértés minősített eseteivel, mint a szakfoglalkozások – például orvosi tevékenység – szabályainak gondatlan megszegéséből adódó káros eredményt okozó magtartásokat megjelentek.¹⁰ Tehát Magyarországon, ahogyan maga az orvoslás, úgy annak büntetőjogi megítélése is csak relatíve későn jelent meg.

Az orvostudomány és a büntetőjog közös pontjának tekinthető, hogy mindkettő – a maga sajátos eszközeivel – az emberi élet, egészség, testi épség védelmét szolgálja, hiszen míg a büntetőjog az emberi élet ellen irányuló támadásokat pönalizálja,¹¹ addig az orvosi tevékenység az élet és egészség megőrzését, annak helyreállítását hivatott szolgálni.¹²

⁶ KOVÁCS Gábor – NÉMETH Imre – GELLÉR Balázs: *Az egészségügyi beavatkozás, az orvostudomány kutatás rendje és az egészségügyi önrendelkezés elleni bűncselekmények szabályozására az új büntető törvénykönyvben*, Büntetőjogi Kodifikáció 2005. 1, 8.

⁷ „*Ha egy orvos a szorgalom vagy a tudás hiánya miatt szándékán kívül, valakit a kezelésével megöl, akkor képzett és a gyakorlatban jártas szakértők vizsgálják ki, hogy könnyelműen és hanyagul járt el, vagy nem megfelelő gyógymódot alkalmazott, illetve nem megfelelő kezelésnek vetett alá valakit, amellyel annak halálát okozta. Ha a tények és körülmények feltárása, illetve a szakértők tanácsa alapján az illetőt büntetni kell, ez esetben figyelemmel kell lenni arra, hogy az orvosláshoz értő ember könnyelműen, de nem szándékosan okozta a bajt. Ha azonban az orvos szándékosan okozta a halált, akkor mint gyilkost büntessék.*” In: HENKE Adolph: *Lehrbuch der gerichtlichen Medicin*, Bei Ferdinand Dümmler, Berlin, 1838, 430-431.

⁸ FEHÉRVÁRY Jenő: *Magyar anyagi büntetőjog kistükre*, Budai Nyomda, Budapest, 1936, 143.

BURSICS Zoltán: *A Magyar anyagi büntetőjog rövid összefoglalása*. Grill Károly Könyvkiadó Vállalata, Budapest, 1947, 260.

⁹ MADAI Sándor: *Foglalkozási szabály vagy közlekedési szabály? A közlekedési veszélyeztető bűncselekmények és a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés elhatárolási kérdéséhez*, In: MADAI Sándor (szerk.), *Sic itur ad astra: Ünnepi kötet a 70 éves Blaskó Béla tiszteletére*, Ludovika Egyetemi Kiadó, Budapest, 2020, 326.

¹⁰ BALOGH Jenő - BERNOLÁK Nándor: *A büntető törvények és a büntető novella*. Grill Károly Könyvkiadóvállalata, Budapest, 1908, 270.

¹¹ HORVÁTH Tibor – VISKI László: *A biológia és az orvostudományok fejlődésének hatása a büntetőjogra*, Állam- és Jogtudomány 1969. 4, 622.

¹² FABER Viktor: *Az ún. orvosi műhibáról és orvosszakértői véleményezéséről*, Honvédervos 1962. 1, 4.

A jog az emberi élet, testi épség és egészség védelmét mindig is kiemelt jelentőségűnek tekintette, hiszen az emberi létezés és testi integritás ellen irányuló deliktumokat már az ősidőkben, a szokáson alapuló társadalmi normák is szankcionálták. Ezen normák azonban a már bekövetkezett sértő eredményt, vagy arra irányuló magatartást rendelték büntetni, a pusztán veszélyeztető cselekményeket a büntetőjog kezdetben még nem pönalizálta, így ezen magatartásokkal szemben a jog nem biztosított oltalmat. Az ipari forradalmak következtében végbement társadalmi és gazdasági fejlődés, modernizáció eredményeként az előnyök mellett – szükségszerűen – a veszélyforrások száma is megnövekedett, ami szükségszerűen a prevenció előtérbe helyezését eredményezte.¹³

A dolgozat tárgya a gyógyító tevékenység és a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés párhuzamának fejlődése a magyar büntetőjogban, egyes lényegi aspektusainak vizsgálata. A tényállás rövid, háromnegyed évszázados múltra tekint vissza, hiszen közvetlen előképének a veszélyeztetés tényállása tekintendő,¹⁴ amelyet a büntetőtvények egyes fogyatékoságainak megszüntetéséről és pótlásáról szóló 1948. évi XLVIII. törvény 20. §-a alkotott meg.¹⁵ A veszélyeztető cselekmények pönalizálásával a jogalkotó célja a büntetőjog védelemi vonalának „előre helyezése” volt¹⁶, amellyel *expressis verbis* oltalmat kívánt nyújtani az ugyan még kifejezett sérelmet, azaz testi sértést vagy halált nem okozó, de a társadalomra mégis veszélyes foglalkozási szabályszegéssel okozott közvetlen veszélyhelyzetekkel szemben is.¹⁷ A fokozott védelem abban nyilvánul meg, hogy a jogalkotó a sérelem bekövetkezésének veszélyét előidéző magatartásokat is büntetni rendeli,¹⁸ hiszen a veszélyhelyzetből nagy valószínűséggel következhet be valós sérelem.¹⁹ Ezen kevesebb, mint egy évszázadnyi idő alatt a szóban forgó tényállás több, kisebb-nagyobb mértékű változáson ment keresztül. Összességében megállapítható, hogy a veszélyeztető cselekmények kriminalizálásának a célja, hogy a büntetőjog – *Székel*y szavaival élve – ne csupán

¹³ FONYÓ Antal: *Magyar Büntetőjog Különös Rész*, BM Könyvkiadó, Budapest, 1981, 113-114.

¹⁴ BM Tanulmányi és Módszertani Osztálya: *Büntetőjogi Tankönyv II. (Különös rész)*, Zrínyi Nyomda, Budapest, 1959, 433.

¹⁵ MADAI [2020] *i.m.* 327.

¹⁶ HORVÁTH Tibor: *Az élet, testi épség, egészség büntetőjogi védelme*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1965, 424.

¹⁷ DEZSŐ László: *Polypragmasia és büntetőjog*, Orvosi Hetilap 1971. 19, 1090.

¹⁸ ZÁKÁNY Judit: *Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozásának vázlata különös tekintettel a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállására*, Debreceni Jogi Műhely 2012. 2, 71.

¹⁹ BUSCH Béla (szerk.): *Büntetőjog Különös Rész*, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft, Budapest, 2009, 123.

„kullogjon” a beállt károk nyomában, megvárva azok bekövetkezését, hanem megelőzve azokat, már a veszélyeztető magatartásokkal szemben is fellépjen.²⁰

Az egészségügyi vonatkozású, foglalkozás körében elkövetett veszélyeztető cselekmények, bár az élet elleni deliktumok csekély hányadát képezik, mégis jelentős relevanciával bírnak, hiszen az Alaptörvény szerint mindenkinek joga van mind a testi és lelki egészséghez, amely érvényesülését az egészségügyi ellátás megszervezése is biztosítja, elősegíti.²¹ A hatályos védelem alapját az Alaptörvényben megfogalmazott emberi méltósághoz való jog,²² kiteljesedését pedig maga a büntető törvény szóban forgó tényállása szolgáltatja.

Az értekezés megírásának célja az orvos gyógyító tevékenységével összefüggő büntetőjogi felelősség honi büntető-jogtörténeti előzményeinek áttekintése, a változások egységes keretbe foglalása, amely a fejlődés ívének bemutatását, az egyes állomások szerepének megértését szolgálja. Különösen a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállásának megalkotásával, egyes módosításaival kapcsolatos állomások bemutatása, valamint a hatályos normaszöveg elemzése a cél, továbbá a téma aktuális kérdéseinek ismertetése, a vonatkozó elméleti és gyakorlati problémák összefoglaló vizsgálata.

A témában való elmélyülés érdekében nélkülözhetetlen számos olyan kapcsolódó körülmény megismerése, amelyek részletes áttekintése külön-külön is önálló disszertáció alapját képezhetné. E körben külön említést érdemel például a veszély, veszélyhelyzet, a kockázat, a foglalkozási szabályon meghatározásának, megszegésének problémáján túl akár az egyes elhatárolási kérdések vizsgálata is. Az előbbiekre figyelemmel az értekezés nem törekszik ezen elemek részetekbe menő vizsgálatára, csupán a hangsúlyosnak tartott problémák bemutatására, azok felvetésére fókuszál, mintegy áttekintő jelleggel; s elsősorban a változások fejlődési ívét kívánja megrajzolni.

A dolgozat ezen célok elérése érdekében a történeti módszer segítségével próbálja feltárni a hazai büntetőjog történeti fejlődéséből a vonatkozó szabályokkal kapcsolatos változásokat, a normarendszer fejlődéstörténetét, a tényálláshoz kapcsolódó alapfogalmak kialakulását és az azokkal kapcsolatos problémákat is, különös hangsúlyt

²⁰ SZÉKELY János: *Egyes veszélyeztető bűncselekményekről*, Jogtudományi Közlöny 1954. 4, 150.

²¹ Magyarország Alaptörvénye XX. cikk

²² Magyarország Alaptörvénye II. cikk

helyezve a büntetőkódex tervezetek és a Csemegi-kódex, valamint az ezt követő szabályozás elemzésére. A vizsgálódás során elengedhetetlen a jogalkalmazás elemzése, amelyre az egyes részek esetén külön-külön, a vonatkozó bírói gyakorlat bemutatásával kerül sor.

Tekintettel arra, hogy a tényállás lényegi részét a foglalkozási szabályok megszegése szolgáltatja, így nemcsak az eltérő szabályokkal, hanem a szakmai regulákkal kapcsolatosan is, összehasonlító módszer alkalmazására is sor kerül. A kutatás során adatgyűjtés, adatfeldolgozás, forráselemzés, jogesetfeldolgozás és összehasonlító elemzés, mint alkalmazott módszerek felhasználására került sor.

A kutatás során azon hipotéziseket állítottam fel, hogy téves azon nézet miszerint egyes hazai szerzők az orvosi tevékenységgel kapcsolatos felelősségi szabályok késői megjelenését részben a paternalista személettel magyarázzák, azaz a gyógyító személy – hasonlóan a varázslóhoz – kiválasztottként való tisztelete okán nem tartozott felelősséggel tettéért. Téves azon állítás, amely szerint az orvosi műhiba fogalom *Rudolf Virchow* nevéhez köthető. A hazai orvosszakmai szabályok helyzete, elérhetősége összevetve a külföldi rendszerrel kaotikus, amely nemcsak a betegellátást, hanem a jogbiztonságot is veszélyezteti. Aggályos azon bírói gyakorlat, amely a veszélyhelyzet fenntartását vagy tovább fokozását is tényállásszerűnek tekinti, hiszen az 1961. évi V. törvény hatálybalépése óta valamennyi büntető törvénykönyv szerint a veszélyhelyzet kialakítása vagy a testi sértés okozása tekinthető csak tényállásszerűnek.

Végül a hazai szabályozás történeti és gyakorlati elemzésének, valamint az összehasonlító vizsgálat eredményeként lehetőség adódik olyan, de lege ferenda javaslatok megfogalmazására, amelyek kiszámíthatóbbá tehetik az igazságszolgáltatást, s ezáltal segíthetik a jogbiztonságot is.

I. AZ ORVOSI MŰHIBA FOGALMA

Az orvoslás fejlődése elválaszthatatlan a társadalmi formák és a tudomány prosperálásától, hiszen a felvilágosodás, majd az ipari forradalom kora az orvostudomány számára is megteremtette a robbanásszerű fejlődés lehetőségét. A modernizáció eredményeként megjelenő rohamosan haladó orvoslás kezdetben reményt formált a társadalomban, hiszen hosszú idő után számos problémára és betegségre sikerült megoldást és gyógyírt találni. Az ezen reményt éltető társadalomban a kezdeti, talán csodának számító eredmények okán esetleg még fel sem merült az egészségügyi innovációval járó veszélyek lehetősége, így az orvosi beavatkozásokkal kapcsolatos károk lehetősége sem fogalmazódhatott meg a társadalom széles körében.²³ A fejlődést jól szemlélteti, hogy míg a XVIII. század végi sebészetet durva, brutális, sokszor sikertelen, halálos kimenetellel járó eljárások jellemezték, addig az 1846. évben, *Morton* által felfedezett narkózissal kezdetét vette a modern, precíz sebészet alapjainak megteremtése, majd körülbelül egy évszázaddal később, az 1960-as években már sikeresen hajtották végre az első, az emberi szervezet immunológiai hátterének figyelembevételével végzett vesetranszplantációt.²⁴

Az orvostudomány robbanásszerű fejlődésével természetesen a gyógyítható betegségek körének és azok lehetséges kezelési módjainak megsokszorozódásával az azokból adódó kockázatok száma is multiplikálódott,²⁵ valamint az újonnan felfedezett gyógymódok, műtéti beavatkozások, és védőoltások alkalmazása akár az adott személyek életét és egészségét kisebb-nagyobb veszélynek is kiteheti, amely azon egyszerű tényből következik, hogy az orvosi beavatkozás tárgya maga az élő szervezet.²⁶ Az emberi élet és egészség megóvására irányuló orvosi beavatkozások során annak sikerességét szem előtt tartva, olykor nem kerülhető el egy szükséges szintű, megengedett kockázat vállalása sem, amelyhez, ha a jogosult hozzájárulását adja, úgy a kockázat vonatkozásában – a lege artis végzett beavatkozás mellett - fel sem merülhet az orvos felelőssége. Végül a

²³ BÉKY Ágnes Enikő: *Az orvostudomány elméleti, gyakorlati eredményei és a büntetőjog kapcsolata*, Debreceni Jogi Műhely 2013. 2, 1.

²⁴ GAÁL Csaba: *Sebészet*, Medicina, Budapest, 2016, 7.

²⁵ DÓSA Ágnes: *Az orvos kártérítési felelőssége*, HVG-ORAC, Budapest, 2010, 23.

²⁶ Természetesen az orvosi tevékenységhez kapcsolódhat még az egészségügyi beavatkozás és kutatás rendje elleni bűncselekmények köre is, lásd: MADAI Sándor: *Az egészségügyi beavatkozás és kutatás rendje elleni*

bűncselekmények. In: MADAI Sándor (szerk.): *Büntetőjogi ismeretek - Tananyag egészségügyi szakemberek részére*, Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ, Budapest, 2016, 77-82.

tudomány fejlődésének eredményeként a modern természettudományi alapokra helyezett orvostudomány nemcsak társadalmi és gazdasági hatásokkal járt, hanem kihatott a jogtudományra is,²⁷ hiszen kidolgozásra kerültek az orvosi felelősséggel kapcsolatos jogi szabályok is.

1.1. Az orvosi műhiba fogalmának nemzetközi megjelenése

A hazai jogtudomány álláspontja szerint az orvosi műhiba fogalma, mint egzakt definíció nem rendelkezik régre visszanyúló múlttal, hiszen az általánosan elfogadott nézet szerint annak definiálása körülbelül másfél évszázaddal ezelőttre datálható és *Rudolf Virchow* nevéhez köthető.²⁸ Azon tény, hogy azonban, hogy az orvoslás alapjául szolgáló, általános értelemben vett gyógyító tevékenység már az ősközösségekben megjelent nem vitatható, hiszen *Pavlov* véleménye szerint az az első emberek megjelenéséig vezethető vissza.²⁹ Szintén axiómának számít, hogy az emberi tevékenységek szükségszerűen velejárója a tévedés, a hiba lehetősége is,³⁰ tehát a foglalkozásokkal, így az orvosi foglalkozással kapcsolatos hibák sem lehetnek kizárólag a modern kor „*találmányai*”, ezért azoknak az adott szakma megjelenésével egyidősnek kell lenniük.³¹ Egy adott deliktum jogi szabályozását nagyban befolyásolja az adott társadalom fejlettségi foka is, amelyet igazol, hogy az Óbabiloni Birodalomban, *Hammurabi* király diorit köre vésett kiemelkedő jelentőségű törvénykönyvének 215-225. §-ai az orvosi műtétek szabályait meghatározták. Ezen normákra a represszív, azaz megtorló jelleg volt jellemző, hiszen szigorú büntetéseket tartalmaztak függetlenül az orvos bűnösségének a fokától, csupán a káros eredmény beállta képezte a büntetés alapját, ezért a szakmai szabályok megsértése még nem került a vizsgálat tárgyává.³² Megállapítható tehát, hogy maga az orvos

²⁷ BÉKY *i.m.* 1.

²⁸ KOVÁCS Gábor: *A jogi felelősség aktuális kérdései az egészségügyi intézményekben*, BONCZ Imre (szerk.): *Gazdálkodás és menedzsment az egészségügyi intézményekben*, Medicina, Budapest, 2019, 116.

²⁹ SZÉKELY Sándor: *Az orvostudomány története*, Medicina, Budapest, 1961, 13. o.

³⁰ lásd: KOVÁCS Gábor: *Az ítéletalkotás csapdái*, In: MADAI Sándor (szerk.), *Sic itur ad astra: Ünnepi kötet a 70 éves Blaskó Béla tiszteletére*, Ludovika Egyetemi Kiadó, Budapest, 2020, 285-294.

³¹ HOFER Hans-Georg: *Medizin. Macht. Fehler. Zur historischen Verortung einer aktuellen Diskussion*, In: *Jahrbuch Ethik in der Klinik*, Band 6: Fehler und Ethik in der Medizin: Neue Wege für Patientenrechte hg. von Andreas Frewer et al., Würzburg, 2013, 24.

³² 215. §. Ha az orvos nehéz sebet ejt valakin bronz késével s az illetőt megmenti avagy valakinek könnyesatornáját bronzkésével megnyitja s az illető szemét megmentei: X sekel ezüstöt kap.

216. §. Ha az illető felszabadult ember fia volt: V sekel ezüstöt kap.

217. §. Ha másnak a rabszolgája volt: a rabszolga gazdája az orvosnak II sekel ezüstöt ad.

büntetőjogi felelőssége egyidősnek tekinthető az írott joggal, annak első írott szabályai már i.e. 1700. év körül jelent megjelentek.³³ Az ókori Egyiptomban nemcsak az orvoslás, hanem annak felelősségi szabályai is fejlettek voltak, hiszen a gyógyító nem felelt, ha az adott betegséggel kapcsolatos, ismert szabályok szerint járt el. A kezelés szabályainak betartása azonban komoly felelősséget jelentett, mivel attól eltérő megoldás alkalmazása esetén az orvos felelősséggel tartozott a káros következményekért.³⁴ Tehát az egyiptomi orvoslás nemcsak a kultúra szerves részét képezte és nagy társadalmi megbecsülésnek örvendett, hanem annak gyakorlása komoly felelősséggel járt,³⁵ ugyanis nemcsak a fáraó gyógyítója, hanem a szabálytól eltérő orvos sikertelensége esetén akár életével is felelhetett. A mezopotámiai és egyiptomi szabályokkal ellenben azonban sem a görög, sem a római jog nem tartalmazott szigorú szabályokat, amelyet alátámaszt, hogy *Hippokratész „De Lege”* című művében kiritkával illette a görög bíraskodást az orvosi hibákkal szembeni enyhe fellépésük miatt.³⁶ A római *Lex Aquilia* ugyan tartalmazott rendelkezéseket, amelyben megjelent a téves gyógyszerelés miatti gondatlan – culpa - emberölésért való felelősség, büntetésként akár száműzés vagy halál is kiszabható volt a tudatlan - imperitia - orvossal szemben.³⁷ Azonban *Caius Plinius Secundus* római természettudós a *Természet Históriaja* XXIX. számú, „*A gyógyszerek felfedezőiről és a többi állatokból nyert gyógyszerekről*” című kötetében³⁸ a halálos eredményű orvosi kísérletekkel kapcsolatban megfogalmazta, hogy nincs olyan törvény, amely ezen

218. §. Ha az orvos valakin nehéz sebet ejt bronzkésével s az illető halálát okozza avagy valakinek könnyesatornáját bronzkésével megnyitva, az illető szemét tönkreteszi: kezét vágják le.

219. §. Ha az orvos nehéz sebet ejt bronzkésével a felszabadult ember rabszolgáján s ezzel halálát okozza: rabszolgát, a rabszolgához hasonlót, köteles megtéríteni.

220. §. Ha könnyesatornáját bronzkésével megnyitotta s a szemét tönkretette: vételárának félösszegét fizeti.

221. §. Ha az orvos valakinek csontját, töröttet helyreállítja, avagy beteg sebet meggyógyítja: a seb tulajdonosa az orvosnak V sekel ezüstöt ad.

222. §. Ha az illető felszabadult fia volt: III sekel ezüstöt fizet.

223. §. Ha valakinek a rabszolgája volt: a rabszolga gazdája az orvosnak II sekel ezüstöt ad.

224. §. Ha ökrön- avagy számarorvos akár ökrön, akár számaron nehéz sebet ejt s ezzel megmenti: az ökör vagy a számar gazdája jutalom gyanánt 1/6 sekelt ad az orvosnak.

225. §. Ha ökrön vagy számaron nehéz sebet ejtve elhullásukat okozza: vételáruk 1/5-ét köteles megadni az ökör vagy számar gazdájának. In: KMOŠKÓ Mihály (ford.): *Hammurabi Törvényei*, Az Erdélyi Múzeum-Egyesület Jog- és Társadalomtudományi Szakosztálya, Kolozsvár, 1911, 9, 55-56.

³³ WAGNER H.-J.: *Zur historischen Entwicklung des Begriffs „Ärztlicher Kunstfehler”*, International Journal of Legal Medicine 1981. 86, 303.

³⁴ BELLI Melvin M.: *The Evolution of Medical Malpractice Law*, In: VEVAINA James R., BONE Roger C., KASSOFF Edwin, *Legal Aspects of Medicine*, Springer, New York, 1989, 3.

³⁵ DUIN Nancy – SUTCLIFFE Jenny: *Az orvoslás története az ősidőktől 2020-ig*, Medicina, Budapest, 1993, 12.

³⁶ MALLACH H.J., WEISER A: *Der sogenannte Kunstfehler*, In: BERG S., *Unerwartete Todesfälle in Klinik und Praxis*, Spinger-Verlag, Heidelberg, 1992, 245.

³⁷ BELLI i.m. 3.

³⁸ VÁCZY Kálmán (ford.): *C. Plinius Secundus, A természet története*, Kriterion Könyvkiadó, Bukarest, 1973, 5.

esetekben a felelősséget megalapozhatná.³⁹ A Nyugati gótok, vagy vizigótok törvényei között található még a gyógyítók felelősségével kapcsolatos rendelkezés, hiszen előírták, hogy azt a sebészt, akinek a vérlebocsátásra irányuló tevékenysége közben a beteg életét veszti, az elhunyt családjának kell átadni, akik belátásuk szerint járhattak el a halálos eredményt okozó szakemberrel szemben.⁴⁰ A késő középkor végén és az újkor elején az orvosi tevékenységgel kapcsolatos hibák ismét az érdeklődés középpontjába kerültek, hiszen több olasz orvos, például *Giovanni Antonio Siccó*, *Leonardo Botallo* és *Paolo Zacchias* eseteírások segítségével szemléltették a felelősség alapját képező hibákat, amelyek véleményük szerint keletkeztek a vizsgálat, a diagnózis felállítása vagy akár a kezelés során is.⁴¹

Az orvos büntetőjogi felelősségével kapcsolatos első részletes szabályt az 1532. évi regensburgi birodalmi gyűlésen *V. Károly* császár által került elfogadásra a *Constitutio Criminalis Carolina*⁴² 134. cikke, amely elrendelte azon esetek orvosszakértő általi kivizsgálását, amelyek során a beteg az orvos nem megfelelő tudása, vagy szorgalmának hiánya miatt életét veszítette. Amennyiben pedig az orvos felelőssége megállapítható volt, de a bekövetkezett eredményre szándéka nem terjedt ki, a törvény büntetés kiszabását rendelte. Abban az esetben pedig, ha az orvos szándéka a káros eredményt átfogta, az emberölés általános szabályai szerint felelt. A norma nemcsak egységesítette az orvosi kötelességszegéssel kapcsolatos büntetőjogi szabályokat, hanem újdonságként fogalmazta meg azon esetekért való felelősséget is, amely az orvos lelkiismeretének vagy hozzáértésének a hiányából adódott, továbbá rendelkezett egy olyan akadémiai orvosokból áll bizottság felállításáról, amely a szakmai kérdésekkel kapcsolatban foglalt állást. Összességében a *Carolina* ezáltal megteremtette azon orvosi kezelésekkal kapcsolatos büntetőjogi felelősségre vonás alapját, amelyek során a beteg halála a kezelőorvos képzettségének hiánya, tapasztalatlansága vagy gondatlansága miatt következett be.⁴³

³⁹ „Ausserdem ist kein Gesetz vorhanden, welches die Unwissenheit bestraft ... Sie lernen durch unsere Gefahren und machen ihre Versuche auf Leben und Tod; und nur der Arzt geht ungestraft dafür aus, wenn er einen Menschen umgebracht hat. Ja, diese Ungestraftheit geht noch weiter bis zu den Vorwürfen: Mann wird der Unmaessigkeit geziehen und die Verstroben werden ihrerseits beschuldigt..” In: MALLACH *i.m.* 245.

⁴⁰ „ein Wundarzt, der einen Menschen durch ein Versehen beim Aderlassan getötet hatte, dessen Verwandten übergeben wurde, um mit ihm zu machen was sie wollten” In: MALLACH *i.m.* 246.

⁴¹ HOFER *i.m.* 25.

⁴² BÉLI Gábor: *Magyar jogtörténet. A tradicionális jog*, Dialóg Campus Kiadó, Budapest, 2014, 91.

⁴³ HOFER *i.m.* 25.

A Constitutio Criminalis Carolina 134. cikke a következőképpen rendelkezett: *„Ha egy orvos a szorgalom vagy a tudás hiánya miatt szándékán kívül, valakit a kezelésével megöl, akkor képzett és a gyakorlatban jártas szakértők vizsgálják ki, hogy könnyelműen és hanyagul járt el, vagy nem megfelelő gyógymódot alkalmazott, illetve nem megfelelő kezelésnek vetett alá valakit, amellyel annak halálát okozta. Ha a tények és körülmények feltárása, illetve a szakértők tanácsa alapján az illetőt büntetni kell, ez esetben figyelemmel kell lenni arra, hogy az orvosláshoz értő ember könnyelműen, de nem szándékosan okozta a bajt. Ha azonban az orvos szándékosan okozta a halált, akkor mint gyilkost büntessék.”*⁴⁴

Maga a „*Kunstfehler*”, mint műhiba fogalmának definiálása *Johann Christoph Fahner* vidéki orvos nevéhez köthető, aki az 1797. évben a törvényszéki orvostani témájú művében⁴⁵ határozta meg azt. A definíció a következőképpen rendelkezett: *„Olyan műhibát, ami az orvoslás tanárai által megbízhatónak tartott és a gyógyításban általánosan elismert szabályoktól való eltérést jelenti, többé-kevésbé ugyan minden, gyógyítást végző személy elkövet, de ezek nem mindegyike olyan jellegű, hogy annak büntetőjogi következménye legyen; csak akkor helyénvaló a törvényes felelősség felvetése és a büntetés, ha törvény által meghatározott módon bizonyítható, hogy az orvos nem tett meg mindent, amit hivatása, a körülmények és a tőle elvárható ismeretek szerint megtehetett volna és meg kellett volna tennie.”*⁴⁶

A műhiba fogalmának *Fahner* általi definiálását követően körülbelül másfél évtizeddel, a XIX. század elején Poroszországban, egy elmeorvosintézetben orvosi kezelés során bekövetkezett sajnálatos haláleset, azaz a *Horn* ügy kapcsán merült fel az orvos

⁴⁴ „So ein Arzt aus Unfleife oder Unkune, und doch unfürsetzlich mit seiner Arzeney tödtet, erfind sich dann durch die Gelehrten und Verstaendigen der Arzney, dals er die Arzeney leichtfertiglich und unverwegentlich missbraucht, oder sich ungegründeter und unzulaessiger Arzeney, die ihm nicht geziemen hat, unterstanden, und damit einem zum Tod Ursach geben, der soll nach Gestalt und Gelegenheit der Sachen und nach Rath der Verstaendigen gestraft werden: und in diesem Fall allermeist Achtung gehabt werden auf leichtfertige Leut, die sich Arzeney understehen, und mit keinem Grund gelernt haben: Haett aber ein Arzt solche Tödtung williglich gethan, so waere er als ein fürsetzlicher Mörder zu strafen.” In: HENKE i.m. 430-431.

⁴⁵ HOFER i.m. 25.

⁴⁶ „*Kunstfehler*, das ist, Vergehungen gegen die von der Lehrern der Arzneikunst als zuverlässig und allgemein angenommenen Regeln der gesammten Arzneikunst, werden zwar von allen Medizinalpersonen mehr und weniger begangen aber nicht alle sind von der Art, dass sie eine gerichtliche Ahndung verdienen; nur dann, wenn aud eine gesetzliche Art erwiesen werden kann, dass der Arzt das nicht getan hat, was er, seinem Amte, den Umständen und den von ihm erwarteten Kenntnissen nach, hatte tun sollen und können, hat eine gerichtliche Verantwortung and Strafe statt.” In: FAHNER Johann Christoph: *Vollständiges System der gerichtlichen Arzneikunde*, Zweiter Band, Franzen und Groffe, Stendal, 1797, 162.

büntetőjogi felelősségével kapcsolatos szabályok aktualizálásának igénye. A haláleset kapcsán indult eljárás végül nem állapította meg a kezelőorvos felelősségét, de az ügy nagy felháborodást keltett. Az orvos büntetőjogi felelősségével kapcsolatos problémára *Ludwig Julius Caspar Mende* törvényszéki orvos hívta fel a figyelmet, amely következtében a tudomány és a közélet is intenzíven foglalkozott a műhiba gyakorlati és elméleti kérdéseivel. *Caspar* véleménye szerint nem engedhető meg olyan orvosi eljárás, amely ellentétes vagy teljesen eltérő a kor orvosai által alkalmazott általános gyakorlattól, ezért annak bűncselekménnyé minősítését ajánlotta. Javaslatát a kortárs törvényszéki orvos kollégái és gyakorló orvosok is elutasították, véleményük szerint egy hasonló tartalmú szabály ellehetetleníteni a fejlődést, az új eljárások alkalmazását.⁴⁷

I.1.1. Rudolf Virchow műhiba fogalma

Az orvosi műhiba, azaz az „*ärztliche Kunstfehler*” fogalmát *Rudolf Virchow* kórboncnok az 1870. évben, a Porosz Büntető Törvénykönyv előkészítése során, mint a Deputáció tagja, a *Kunstfehler der Ärzte* című tanulmányban⁴⁸ határozta meg. A fogalom a következőképpen redelkeett:⁴⁹ „Azok a gyakorlati tevékenységükben engedélyezett gyógyító-személyek, akik hivatásuk gyakorlása során a szükséges figyelmesség vagy óvatosság hiánya folytán a gyógyítás általánosan elismert szabályai ellenében cselekvésükkel vagy mulasztásukkal a kezelésükre bízott személy egészségét megkárosítják, büntetendők”.⁵⁰ Maga a műhiba, azaz a „*Kunstfehler*” a „*Heilkunst*” szóból származtatható, utóbbi eredete arra vezethető vissza, hogy a kortárs orvostudomány számos alakja az orvoslást röviden csak a szóban forgó kifejezéssel jellemezte, véleményük szerint ugyanis maga az orvoslás nem más, mint a gyógyítás művészete, annak mesterei tudása.⁵¹

Az orvosi műhiba fogalmának elemzése során nem hagyható figyelmen kívül azon tény, hogy *Virchow* fogalmát csupán orvosi szempontból kívánta meghatározni és azt nem a

⁴⁷ KALISCH M.: *Kunstfehler Der Ärzte*, Verlag von Veit, Leipzig, 1860, 122-137, 146.

⁴⁸ DEZSŐ László: *Az orvos büntetőjogi felelőssége*, BM Könyvkiadó, Budapest, 1979, 185.

⁴⁹ TAG Brigitta: *Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis*, Springer, Heidelberg und Mannheim, 2000, 205.

⁵⁰ LOMNICI Zoltán: *Az orvoslás joga*, Lélekben Otthon, Budapest, 2009, 188.

⁵¹ LOMNICI i.m. 188.

jogi felelősséggel kapcsolatos definíciónak szánta,⁵² hiszen értelmezésében például a bűnösség kérdése fel sem merült.⁵³ A definíció megalkotása során pedig kiindulópontként a *Constitutio Criminalis Carolina* 134. szakaszát használta fel,⁵⁴ a fogalom meghatározás kapcsán pedig kijelentette, hogy számos nehézségbe ütközött a definiálás során, hiszen az emberi szervezet egyrészt egyedi, másrészt véleménye szerint az orvostudomány az egyik leggyorsabban változó tudományág. Végül mégis arra az álláspontra helyezkedett, hogy meghatározható néhány olyan szabály, amelyek ellen irányuló cselekvések gyűjtőfogalmát képezheti maga az orvosi műhiba definíciója. Ilyen általános szabályként kívánta például meghatározni a gyógyszerek alkalmazható maximális dózist, vagy például a sérült bélszakasz hasüregbe történő visszahelyezésének tilalmát a fertőzésveszély elkerülése érdekében, azaz összességében olyan alapvető szabályokat kívánt lefektetni, amelyekhez nem szükséges szakértő bevonása. Mindezen körülményekre figyelemmel *Virchow* az orvoslás szabályainak megszegésére alapozva határozta meg az orvosi műhiba fogalmát,⁵⁵ hiszen véleménye szerint műhibát olyan, az orvosi szabályok ellen irányuló magatartás idézhet elő, amely az adott orvosi tevékenység során nyújtott szükséges figyelem és óvatosság hiánya következtében állhat be, magát az orvoslás szabályait pedig a gyakorlat által felismert és elfogadott normák szolgáltatják.⁵⁶

1.1.2. Otto v. Oesterlen kritikája

A *Virchow* által megalkotott fogalmat élesen bírálta kortársa, *Otto v. Oesterlen*, aki a „*Kunstfehler der Ärzte und Wundärzte*” című munkájában az orvosi műhiba fogalmát az építészetre vonatkozó szabályok megszegéséből eredő következményekkel vetette össze. Véleménye szerint a különbséget az szolgáltatja, hogy míg az építészeti szabályok könnyen megismerhetők, addig az orvoslást nem uralják olyan általános érvényű, állandónak tekinthető szabályok, mint az építészetet. Álláspontja szerint ilyen szabályok megalkotása egyenesen lehetetlen, amelyet arra alapozva fogalmazott meg, hogy a gyógyítás szabályai a folyamatos fejlődés következtében képlékenyek, hiszen napról-

⁵² SÓTONYI Gergely: *Az orvosi műhiba fogalmának és jogi értékelésének történeti vizsgálata*, Orvosi Hetilap 2005. 2, 86-87.

⁵³ Dezső *i.m.* 185. o.

⁵⁴ Lomnici *i.m.* 188. o.

⁵⁵ LANDI Balázs: *Az orvosi műhiba fogalmáról*, Magyar Jog 2002. 6, 345.

⁵⁶ TAG *i.m.* 205-206.

napra új kezelési módok jelennek meg, valamint nem elhanyagolandó azon körülmény sem, hogy nincs két egyforma beteg és betegség,⁵⁷ továbbá az orvostudomány területén az adott vétséget sokkal nehezebb felismerni, mint az építészet kapcsán.⁵⁸ *Oesterlen* véleménye szerint maga a tévedés, mint az orvosi hivatás szabályai elleni vétség önmagában nem feltétlenül büntetendő, hiszen a hivatások közül az orvoslás során a legközelebbi a tévedés veszélye, és abban az esetben, ha a hiba „*megbocsátható*”, akkor az annak alapjául szolgáltató cselekmény azzal a feltétellel lehet megengedhető, ha azt nem egy durva hiba előzte meg. Összességében *Oesterlen* tehát a helyes felismerés ellenére való téves kezelést, valamint a téves diagnózisból kiinduló tevékenységet határozta meg a fogalom alapjaként.⁵⁹

I.2. Az orvosi műhiba fogalmának hazai megjelenése

Az orvosi műhiba fogalmának hazai kialakulása a XIX. század végére datálható. A definíció részben megjelenik a tudományban, részben a gyakorlatban is. Miként a későbbiekben látni fogjuk, a fogalmak – a tudományban, illetőleg a gyakorlatban – már ebben az időszakban sem voltak egységesek, ugyanakkor feltétlenül szükségesnek mutatkozott a fogalomalkotás, pontosabban a megalkotásra való törekvés. Ennek – a külföldi hatásokon túl – magyarázata az is, hogy az 1876. évben hatályba lépett közegészségügyi törvénycikk tartalmazta, ám nem definiálta az orvosi műhiba fogalmát, és ezen hiányt maga a törvény indokolása sem pótolta. Bár maga a törvény egy rendkívül korszerű és egyben előremutató normának tekintendő, ugyanakkor a fogalom beemelése a normaszövegbe szükségszerűen azzal járt, hogy értelmezési problémákat generált a gyakorlat számára, ezért a tudomány sem mellőzhette az ezzel való törődést.

⁵⁷ LANDI *i.m.* 345-346.

⁵⁸ BORBÉLY Zita: *Az orvosi műhiba polgári jogi kérdései*, *Studia Juvenum* 2009. 1, 97.

⁵⁹ LANDI *i.m.* 345-346.

I.2.1. A Közegészségügyi törvénycikk

Hazánkban az orvosi műhiba – mint jogalkotó által használt kifejezés – először⁶⁰ az 1876. évi XIV. tc. 47. és 174. §-ban jelent meg és a következőképpen rendelkezett: „47. § *A gyakorlatra jogosított orvos a gyógymód alkalmazásában nem korlátoltathatik, működésére nézve azonban az állam ellenőrködése alatt áll, és az általa elkövetett műhibákért felelős.*⁶¹ 174. § *Az országos közegészségi tanács a belügyminister alatt áll s közvetlen ezzel, állategészségi és szabadalmi ügyekben a kereskedelmi ministerrel orvostörvényszéki felülvélemények, valamint az orvosi műhibák véleményezése tárgyában pedig az illető kir. bíróságokkal érintkezik. Az ügymenetet és a tanácskozás rendjét a tanács maga határozza meg s a belügyministerhez felterjeszti.*”⁶² Vitathatatlan, hogy a közegészségügyi törvénycikk a saját korában haladó szemléletűnek számított⁶³, hiszen a műhiba fogalmát csupán hat évvel a törvény hatálybalépése előtt definiálta *Rudolf Virchow* kórboncnok. Továbbá a progresszivitást igazolja még azon körülmény is, hogy *Arthur N. Taylor* new yorki ügyvéd a műhiba fogalmát a magyar közegészségügyi törvénycikk hatályba lépését követően négy évvel, az 1890. évben definiálta: „*Rendelkezzék a tudás, ügyesség, és tapasztalat kellő mértékével, gyakorlatában fejtse ki a szükséges gondosságot és szorgalmat, kétes esetben legjobb meggyőződése szerint járjon el.*”⁶⁴

Az orvosi műhiba fogalmával kapcsolatban a törvényi indokolás a felelősség alapítását azzal magyarázta, hogy a kezelőorvos szabad gyógymódválasztási joga – „*szenvető emberiség érdekében*” – mellett szükséges bizonyos szintű ellenőrzés gyakorlása.⁶⁵ Ezen megállapításból következik, hogy az orvosi tevékenység felett a törvény hatálybalépése előtt rendszerszintű ellenőrzés nem létezett, tehát a szabályozás aktualitása egyértelmű volt. A fogalom meghatározás és annak tartalommal való kitöltése *Grósz Emil* véleménye szerint is időszerűvé vált, hiszen a XIX. század végére már maga a közvélemény is sokkal

⁶⁰ HIDVÉGINÉ Adorján Livia - SÁRINÉ Simkó Ágnes: *Műhibák és kártérítési perek az egészségügyben*, Medicina, Budapest, 2013, 13.

⁶¹ SÓTONYI Péter: *Orvosi felelősség*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006, 2.

⁶² 1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről 47., 174. §

⁶³ KASSAI Béla - SZÖKE Sándor: *Az orvos felelőssége*, Grill Károly Könyvkiadóvállalata, Budapest, 1938, 11.

⁶⁴ “He must have a reasonable degree of knowledge skill and experience: he must exercise ordinary care and diligence; he will use his best judgment in all cases of doubt.” In: SÓTONYI Péter *i.m.* 2.

⁶⁵ TÓTH László: *Az orvosi jogszabályok magyarázatos gyűjteménye*, Novák Rudolf és Társa Tudományos Könyvkiadó Vállalata, Budapest, 1941, 377-378.

szigorúbban ítélte meg az orvosok által elkövetett hibákat, mint például harminc évvel azt megelőzően. Álláspontját arra alapozta, hogy míg a közelmúltban a „*medicus familiaris*” a család bizalmasa volt, addig az utóbbi időben a beteg ugyanazon panasszal már több orvost is felkereshetett véleményük kikérése céljából. Továbbá megindult az egészségügy fejlődése, hiszen megjelentek a betegsegélyező egyesületek, a kórházakban modernizációs folyamatok mentek végbe, valamint a járványok száma is csökkenő tendenciát mutatott. Tehát egyre szélesebb körben terjedhetett el az orvoslás végre hazánkban is. Az orvosok létszámának növekedése azonban nemcsak előnyöket jelentett, hiszen ezáltal – Grósz véleménye szerint – előtérbe került maga az orvosi irigység is, amelyet a párizsi egyetem orvosi karát vezető dékán, azaz *Brouardel* véleményére alapozott. Álláspontja szerint ugyanis a közvélemény az orvosokkal szemben kialakult, sokszor alaptalan gyanúját ők maguk keltették azzal, hogy egymásról meggondolatlanul nyilatkoztak, egymás munkáját kritizálták, ezáltal a páciensekben bizalmatlanságot keltettek.⁶⁶

Összességében tehát megállapítható, hogy a közegészségügyi törvénycikk meghatározta ugyan a műhiba fogalmát, de azt tartalommal nem töltötte ki, valamint azáltal, hogy az orvost felruházta a szabad gyógymódválasztás lehetőségével, lényegében mentesítette a felelősség alól. További problémát jelentett, hogy a műhibákért való általános felelősség magába foglalta a büntető- és a magánjogi felelősséget is, azonban a részletszabályokat ekkor még egyik jogterület sem tartalmazta.⁶⁷ *Kassai* és *Szőke* véleménye szerint a közegészségügyi törvénycikk vonatkozó rendelkezésével az orvos olyan egyedülálló hatáskörrel lett felruházva, amellyel egyetlen más hivatás sem bírt korábban. Megállapításukat arra alapozták, hogy ekkor már az ipartörvényről szóló 1872. évi VIII. törvénycikk az iparosok jogait és kötelességeit, az ügyvédi rendtartásról szóló 1874. évi XXXIV. törvénycikk pedig az ügyvédek felelősségét szigorúan szabályozta,⁶⁸ az orvos felelősségéről azonban még nem rendelkezett norma. A korabeli jogtudományban indokoltan merült fel az a kérdés, hogy az orvossal szemben miért maradhatott el egy – az előzőkhöz hasonló – részletes szabályozás. A választ *Schächter Miksa* 1892. évben tartott előadásán fogalmazta meg, álláspontja szerint egyrészt az orvostudomány nem rendelkezik általános érvényű szabályokkal, másrészt ilyen szabályokat véleménye szerint megalkotni sem lehet, tehát összességében magát az orvosi felelősséget általános

⁶⁶ GRÓSZ Emil: *Az orvosok felelőssége*, Budapesti Szemle 1898. 256, 126-127.

⁶⁷ MELLY József: *Az orvosi gyakorlat szabályai*, Posner Grafikai Műintézet Rt., Budapest, 1935, 100.

⁶⁸ KASSAI *i.m.* 19.

szabályok szerint meghatározni nem lehetséges.⁶⁹ A szabályozás igénye pár év múlva ismét megjelent, hiszen 1898. évben *Grósz Emil* az ügyvédi rendtartás szabályait ismét példaként állítva javasolta, hogy az orvosi gyakorlat szabályai ellen elkövetett kihágások – például titoktartás megsértése, bejelentések elmulasztása, műhibák és az orvosi tisztesség megsértése – orvosi tanácsot létesítsenek, amely akár az ügyvédi tanács mintáját szem előtt tartva működhetne.⁷⁰ Összességében *Kassai és Szőke* azon álláspontra helyezkedett, hogy: „a törvényhozó nem tehetett mást, minthogy ügynevezett keretjogszabályt alkotott a közegészségügyi törvény 47. §-ában. Jól tudta, hogy az állandóan forrongó, fejlődésben lévő természettudományok kiszámíthatatlan lehetőségei, a minden egyet beteg individuális szervezeti sajátossága folytán előre nem látható véletlenjei és talán legfőképp a természeti erők még manapság is beláthatatlan és előre nem látható hatásai részletes jogszabályok körébe aligha vonhatók. Emellett tudta azt is a törvényhozó, hogy a tüzetesebb szabályozás a hivatás szabadságának, s ezáltal a köznek: a szenvedő emberiségnek válhatnék hátrányára.”⁷¹

I.2.2. A későbbi irányzatok

A törvényi definíció hiányában a műhiba, mint kifejezés jelentésének értelmezése, tartalommal való megtöltése – ahogyan az már korábban is említésre került – a jogtudomány és bírói gyakorlatra hárult.

Csatáry Lajos 1889-ben megjelent *Törvénytudományi Orvostudomány* című művében az orvosi műhiba alatt olyan nem szándékos, orvos, sebész vagy szülész általi beavatkozást vagy mulasztást értett, amely a beteg egészségére károsan hatott, vagy annak halálát idézte elő és ezen beavatkozással vagy mulasztással kapcsolatban a szakértő által megállapítható volt annak szakmai szabályokkal ellentétes volta.⁷² A *Csatáry* által megalkotott fogalom, miként annak elemeiből egyértelműen kitűnik, nem jogi, hanem orvosi oldalról kívánta meghatározni a műhibát, ugyanakkor szükséges azt is megjegyezni, hogy több eleme a mai kor jogi szemléletében is visszaköszön.

⁶⁹ „Tapsztalataink szerint az orvostudomány terén nincsenek és nem is lehetnek általános és minden időre, minden alkalomra érvényes szabályaink s ennek megfelelően az orvosi felelősséget az általános szabályok szerint mérni és megítélni nem lehet.” *KASSAI i.m.* 19-20.

⁷⁰ *GRÓSZ i.m.* 125-126.

⁷¹ *KASSAI i.m.* 17-20.

⁷² *SÓTONYI Gergely i.m.* 88.

Kádár Zoltán 1911-ben ugyanakkor már – bár rendkívül szűken, de – jogi és orvosi oldalról is megközelítette a kérdést, mintegy előre vetítve, hogy a későbbiekben egyre nagyobb teret fog nyerni a műhiba jogi vonatkozása. Definíciója szerint a műhiba jogi szempontból támadás az egyén immateriális javai ellen, orvosi oldalról pedig eltérés a tudományosan elfogadott módszerektől, további feltétele pedig, hogy az orvosi tevékenység vagy mulasztás és maga a beállott káros eredmény között hiánytalan okozati összefüggés álljon fenn.⁷³

Végül a Kúria az 1936. évben a jogegységi tanácsának 82. számú polgári döntvényében definiálta a műhiba fogalmát,⁷⁴ amely az alábbiak szerint határozta meg azt: *„Bírói gyakorlatunk ugyanis orvosi műhibát ott lát, ahol az orvos nem fejtette azt a szakavatott és körültekintő gondosságot, amelyet a kezelés idejének megfelelő átlagos orvosi ismeretek mellett az élet felfogása szerint az eset körülményei között rendes orvostól el lehet várni.”*⁷⁵ Hangsúlyozandó, hogy ez polgári jogi döntvény, vagyis úgy tűnik, hogy jogunkban a bírói gyakorlat elsőként polgári jogi oldalról érezte szükségét annak, hogy meghatározza az orvosi műhiba fogalmát, megteremtve ezáltal azon fogalmi kritériumokat, amelyek a gyógyító személy tevékenységéhez kapcsolódó magánjogi felelősséget megalapozták.

A Legfelsőbb Bíróság az 1954. évben az orvosi műhiba fogalmát - polgári jogi szempontból - elvi állásfoglalásában az alábbi definícióval határozta meg: *„Orvosi műhibáról akkor lehet szó, ha az orvos a betegség felismerésében, vagy kezelésében komoly, joggal felróható hibát követ el s a kár ennek folytán áll elő.”*⁷⁶ Az indokolás szerint a hiba lehet a diagnózisban való tévedés, vagyis állhat abban, hogy az orvos a betegséget nem ismerte fel, jóllehet a betegség tünetei annyira kifejezettek és jellegzetesek voltak, hogy az átlagos ismeretekkel rendelkező orvosnak is feltétlenül egy bizonyos betegségre kellett volna belőlük következtetnie, de állhat abban is, hogy az említett tünetek nélkül állapította meg a betegséget. Továbbá megjelent a kezelési gondatlanság fogalma is, amely akkor fordulhatott elő, ha az orvos nem fejtette ki az orvosi tudományok, kezelés idején ismert tudása szerinti szakavatott és körültekintő gondosságot.

⁷³ KASSAI *i.m.* 119.

⁷⁴ *Polgári jogi Határozatok Tára - 7. kötet*, Budapest, 1937, 331.

⁷⁵ *A m. kir. Kúria jogegységi tanácsának 82. számú polgári döntvénye: Igazságügyi Közlöny* 1936. 7, 165.

⁷⁶ BH 1954.191.

Néhány esztendővel később *Földes Vilmos* szintén kapcsolódott a fogalom körül zajló vitához. Álláspontja szerint: „Az orvos tevékenységével kapcsolatban felmerülő szövődmények, halálesetek elbírálásánál mutatkozó bizonytalanság szülte az orvosi műhiba fogalmát, amely mintegy általánosítja és összefoglalja az orvosi tevékenységgel kapcsolatos súlyos, vagy halálos kimenetelű szövődményeket, egyszóval az orvosi tevékenységgel kapcsolatos vitás eseteket. Az orvosi műhiba kifejezés azonban helytelen, mivel olyan értelmezése van, mintha az orvos ilyen esetekben működés közben valóban hibát követett volna el és ezért valamilyen mértékben felelős lenne.”⁷⁷ Látható, hogy felismerte, s kifejezetten deklarálta, hogy az orvosi műhiba generális megközelítést tükröz, másrészt hibásnak is tartotta a fogalmat, hiszen az – nevéből kiindulva – szükségszerűen „hibát” feltételez, továbbá jelzi – mint általa helytelennek tartott elemet – a felelősséget is, ugyanakkor a felelősségi formát nem említi, azaz a felelősség minden formáját értette alatta.

Dénes J. Tamás ugyanakkor már kifejezetten büntetőjogi szempontból kívánta meghatározni azt, hogy a büntetőjog rendszerében hol is helyezhető el a fogalom, illetve az az alatt értendő magatartás. Álláspontja szerint az orvosi beavatkozás, tevékenység következtében, azok során bekövetkező gondatlan, szabályszegő orvosi hiba kerül a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés törvényi tényállása alapján vizsgálat alá.⁷⁸ Ezzel a megközelítéssel olyan irányba mozdult el a gyakorlat, amely napjainkig hatóan is kitart, ugyanis a modern gyakorlat az „*orvosi műhiba*”-t továbbra is a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés alapján bírálja el.

Az újabb szakirodalomban számos szerző, például *Haranghy László* is helytelennek tartja az „*orvosi műhiba*” kifejezést. Véleménye szerint egyrészt magát a kifejezést a Büntető Törvénykönyv nem tartalmazza, másrészt önmagában a hibát nem, hanem komplexitásként legalább a gondatlanságból, azaz a hivatásbéli járatlanságból származó, tehát azzal okozati összefüggésben álló veszélyeztetést szükséges büntetni. *Dezső László* és *Faber Viktor* pedig közösen az orvosi veszélyeztetés kifejezés alkalmazását javasolják.⁷⁹

⁷⁷ FÖLDES Vilmos: *A felelősség megállapítása az orvosi tevékenység vitás eseteiben*, Rendőrségi Szemle 1961. 1.

⁷⁸ DÉNES J. Tamás: *Foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés (Az orvosi műhiba)*, Belügyi Szemle 1964. 8, 26-27.

⁷⁹ DEZSŐ *i.m.* 186-187.

1.3. Az orvosi műhiba fogalmának gyakorlati érvényesülése: a kezdetek

Látható tehát, hogy az orvosi műhiba fogalma mindig is tartalmi bizonytalansággal küzdött, ami részben köszönhető az orvostudomány változásának, részben pedig – jelen dolgozat szempontjából talán ennek különös jelentősége van – a jogágak differenciálódásának. Utóbbi azért fontos, mert – miként a korábbiakban láthattuk – különböző tartalommal bírt a büntetőjogi, a polgári jogi, illetve a közigazgatási jogi megközelítés. Az eltérő tartalom pedig szükségszerűen magával hozta a bizonytalanságot, hiszen az egyes jogágak felelősségi formái eltérőek, ezért eleinte nem volt egyértelmű, hogy ki is állapíthatja meg azt, hogy az orvos követett-e el „műhiba”-t vagy sem, vagyis ki volt jogosult nyilatkozni arról, hogy a jogi felelősség alapját képező orvosszakmai hiba fennállt-e egyáltalán? Vagyis ki töltheti meg tartalommal egy konkrét ügyben az egyébként is bizonytalan, s transzformálódó fogalmat? Ez napjaink rendkívül differenciált, s olykor túlszabályozott jogrendszerében talán meglepő kérdésként hathat, azonban a történelem során nem volt ez mindig így. Az orvosi műhiba gyakorlati vetülete kapcsán vetette fel *Schächter Miksa* is azt a kérdést, hogy „*a jogász tud-e véleményt alkotni magának a döntése alá kerülő konkrét esetben?*”⁸⁰ Véleménye szerint a döntésben a jogászok a szakértő véleményére kell, hogy legyenek utalva. Továbbá korát meghaladva – a problémát tovább gondolva – megfogalmazódott benne azon lehetőség, hogy a szakértő biztosan rendelkezik-e a megfelelő jártassággal a vizsgált beavatkozással kapcsolatban. Példával élve egy megtörtént esetet mutatott be, amely során a világhírű sebész, *Billroth* egy lúgmérgezés következtében nyelőcsőszűkülettel élő beteg nyelőcsövét próbálta a megfelelő eszközzel tágítani, de a nyelőcső átfúródása következtében a beteg életét vesztette. *Billroth* a műtéttel kapcsolatban megjegyezte, hogy „*szerencse, hogy nem valami közönséges gyakorló orvossal történt, mert az egész életére szánta, de legkiváltképp bánta volna ezt a balesetet.*”⁸¹ *Schächter* véleménye szerint jogászi szemszögből joggal merülhetett volna fel a kérdés, hogy „*milyen mértékkel*” állapítanak meg a szakértők *Billroth* felelősségét, hiszen az eszközt kellő ügyességgel, elegendő gondossággal és a legjobb meggyőződéssel alkalmazta, továbbá miként ítélné meg az, hogy ugyanazon a beavatkozást elvégző gyakorló orvos a

⁸⁰ SCHÄCHTER Miksa: *Az orvosi beavatkozás jogáról és az orvos felelősségéről*, Magyar Jogászegyleti Értekezések, Budapest, 1902. 24, 95.

⁸¹ SCHÄCHTER *i.m.* 95.

megfelelő jártassággal nem rendelkezett, amely esetben felelőssége megállapítható lenne.⁸² Hasonló aggály merült fel *Ödönfi Miksában* is, akinek a véleménye szerint egyrészt „*jogászbíró teljesen képtelen a felelősség megállapítására*”, véleményét arra alapozta, hogy a felelősség megállapítására kizárólag orvosi vélemény alapján kerülhet sor, másrészt az orvosszakértővel kapcsolatban felvetette azon problematikát is, hogy rendelkezhet-e egy szakértő olyan magas tudással, mint például egy gyakorlott egyetemi orvos?⁸³

A szakértői megítéléssel összefüggő felvetések kapcsán szükséges arra utalnunk, hogy a XIX. század utolsó éveig – hasonlóan az osztrák megoldáshoz –, az orvosi műhibákkal kapcsolatos véleményadás a budapesti és kolozsvári orvosi karok tanárainak,⁸⁴ valamint a közegészségügyi törvénycikk 174. §-a alapján az Országos Közegészségügyi Tanács feladatát képezte.

Az 1890. évi XI. törvénycikk azzal a céllal hozta létre az Igazságügyi Orvosi Tanácsot (a továbbiakban I.O.T.), hogy olyan ezáltal olyan orvosszakértői testület alakuljon, amely általános feladata az Igazságügyi Minisztérium és a bíróságok számára a szakértői kérdésekben történő válaszadás volt. Az alapítás azon okból is szükségessé vált, mivel a törvényszéki orvosszakértők feladata a XIX. század utolsó negyedére a korábbival összevetve jelentősen megnövekedett.⁸⁵ A tanács teendőit a törvénycikk taxatívén tartalmazta, amelyek között kiemelendő az orvosi műhibákkal kapcsolatban az adott ügyben eljáró bíróságok részére történő véleményadás. Az I.O.T. megalkotása időszerű volt, hiszen a laikus bírók természettudományi – orvosi – képzettséggel nem rendelkeztek, így egészségügyi kérdésben annak eldöntése, hogy az adott cselekmény műhibának minősült-e vitathatatlanul szakértői kérdéskörbe tartozónak kellett, hogy minősüljön. Az igazságügyi tanács felállításának igénye *Kassai* és *Szőke* véleménye szerint azon okból eredt, hogy másfél évtized alatt „*az ily tárgyú perek túlságos elszaporodása egy sui generis szervezet felállítását tette szükségessé*”.⁸⁶ Fontos hangsúlyozni, hogy az I. O. T. kezdetben kogens szabály hiányában nem rendelkezett kizárólagos hatáskörrel, tehát – figyelemmel *Tóth László* királyi törvényszéki bíró véleményére is – a büntető és polgári peres eljárások során a kérdéses orvosi

⁸² SCHÄCHTER *i.m.* 95-96.

⁸³ ÖDÖNFI Miksa: *Az orvos büntetőjogi és magánjogi felelőssége I.*, Ügyvédek lapja 1904. 41, 5.

⁸⁴ ÁDÁM György: *Igazságügyi szakértés az „orvosi műhiba” perekben*, Jogtudomány Közlöny 2000. 10, 382.

⁸⁵ ÁDÁM *i.m.* 382.

⁸⁶ KASSAI *i.m.* 21-22.

beavatkozással kapcsolatos véleményadásra a tanács testületén kívüli szakértő véleményét is kikérhette az eljáró bíróság. Tóth álláspontja szerint azonban ez nem volt szakmailag elfogadható, hiszen egyrészt előfordulhatott, hogy a szakértő és az alperes vagy vádlott között kollegialitás vagy akár inkollegialitás is fennállhatott, másrészt helyesen rávilágított azon anomáliára, hogy a vádlott tudása és képzettsége akár még magasabb szintű is lehetett, mint magáé a kirendelt szakértőé. Utóbbi esetben természetesen a laikus bíró a képzettség fokát nem ismerhette és nem is vizsgálhatta azt.⁸⁷ A törvény továbbá hatályon kívül helyezte az 1876. évi XIV. tc. 174. §-t, tehát a Közegészségügyi Tanács feladatát továbbra már nem képezte a műhibákkal kapcsolatos véleményadás.

1.4. A fogalom kritikája

A XIX. század végén tehát a hazai jogi terminológiában is megjelent az orvosi műhiba kifejezés, amelyet fokozatosan töltött meg tartalommal mind a jogtudomány, mind a gyakorlat. Számos szakirodalmi forrás egyetértett abban, hogy az orvosi műhiba fogalma hibás, vagy nem megfelelően kimunkált, hiszen míg a szó hétköznapi értelme alapján az orvosi szabályok megszegését jelenti,⁸⁸ addig a magyar nyelv értelmező szótára szerint a műhiba az a „*Téves diagnózis miatt, valamint helytelen kezelés vagy műtét folyamán elkövetett hiba, amelynek következtében a beteg állapota súlyosbodik, esetleg végzetessé válik. Valamint szakmai tévedés, téves eljárást jelent.*”⁸⁹ Természetesen önmagában a tévedés vagy a hiba jogi felelősségre vonás alapját nem képezheti.⁹⁰ Összességében tehát megállapítható, hogy maga a műhiba, mint kifejezés pontatlan, olyan gyűjtőfogalomnak tekinthető, amely büntetőjogi, polgári jogi, közigazgatási jogi, fegyelmi eljárási és etikai vetületekben jelenhet meg, tárgya pedig olyan iatrogén ártalom, amelyet az orvos a gyógyításra irányuló cselekményével vagy annak elmaradása következtében okozhat.⁹¹ Továbbá a műhiba fogalmát vizsgálva azon következtetés is megállapítható, hogy azt nem

⁸⁷ TÓTH László *i.m.* 252-253.

⁸⁸ BORBÉLY *i.m.* 97.

⁸⁹ <https://www.arcanum.com/hu/online-kiadvanyok/Lexikonok-a-magyar-nyelv-ertelmezo-szotara-1BE8B/m-3FE0D/muhiba-40792/?list=eyJmaWx0ZXJzIjogeyJNVSI6IFsiTkZPX0xFWF9MZXhpa29ub2tfMUJFOEliXX0sICJxdWVyeSI6ICJtXHUwMTcxaGliYSJ9> (2021. június 29-i letöltés).

⁹⁰ BORBÉLY *i.m.* 97.

⁹¹ ÁDÁM György: *Orvosi műhiba – rendőrségi eljárás*, Belügyi Szemle 1997. 12, 22.

kizárólag orvos valósíthatja meg, hanem más egészségügyi szakdolgozó is⁹², tehát feltétlenül szerencsésebb lenne az „egészségügyi műhiba” kifejezés használata.

II. AZ ORVOS BÜNTETŐJOGI FELELŐSSÉGÉNEK ELŐKÉPEI HAZÁNKBAN

II.1. A hazai orvoslás rövid története

Annak ellenére, hogy az európai medicina már a XII. században fejlettnek számított, hiszen a dél-itáliai Salerno-ban már a XI. században körülbelül tíz orvos végzett egyben gyógyító és tanító munkát is, valamint a kórházzal is rendelkező Benedek-rendi kolostort már egyészen korán, a VII. században megépítették,⁹³ amely körülbelül a 850. évtől szolgáltathatta Európa első orvosképző helyét is.⁹⁴ A XII. századi Európában pedig már több helyen is folyt az orvosképzés, mint például Montepillier-ben, Bolognában, majd a XIII. században pedig Párizsban, Páduában, Oxfordban, Rómában, Cambridge-ben, a XIV. századtól Paviában is megalakult az orvosi fakultás.⁹⁵ Ezzel szemben a magyar orvostudomány európai szintre történő emelkedésére egészen a XIX. század végéig kellett várni, hiszen ezen időszakot megelőzően a hazai egészségügy helyzete egyes szerzők véleménye szerint egyenesen „*túrhetetlen*” volt.⁹⁶ Hazánkban az orvosi tevékenységen alapuló betegellátás a XIX. század végét megelőzően igen csekély számban volt jelen,⁹⁷ hiszen az 1720. évi adóösszeírás szerint talán mindösszesen harminchét orvos és csupán kilencvenhat borbély került jegyzékbe,⁹⁸ amely az egész országra vetítve elenyészőnek tekinthető.

⁹² MADAI Sándor: „*Nem tudunk csodát tenni*” *Gondolatok az orvosi műhiba büntetőjogi megítéléséhez*, Med. Et Jur 2011. 3, 22.

⁹³ BENEDEK István: *Hügieia. Az Európai Orvostudomány Története*, Gondolat Kiadó, Budapest, 1990, 90-91.

⁹⁴ BENKE József: *Az orvostudomány története*, Medicina, Budapest, 2009, 118-119.

⁹⁵ MAYER Ferenc Kolos: *Az orvostudomány története*, Eggenberg-féle Könyvkereskedés, Budapest, 1927, 136-137.

⁹⁶ SZÉKELY Sándor [1961] *i.m.* 131.

⁹⁷ SZÉKELY Sándor [1961] *i.m.* 132.

⁹⁸ SZÉKELY Sándor [1961] *i.m.* 132.

Kezdetben, a honfoglalást követően hazánkban a gyógyítást a pogányságra jellemző eljárások jellemezték, amelynek megfelelően a betegellátást gyógyító és mágikus jelleggel a táltosok végezték. A kereszténység felvételével és terjedésével a gyógyítás feladatát fokozatosan a papok vették át.⁹⁹ Az ekkor külföldön orvosi tanulmányokat is folytató egyházi személyek száma csekélynek számított, ők képzésüket befejezve majd hazatérve, mint a szerzetes rendek vezetői, püspökök, érsekek a királyok orvosaként gyógyítottak és – részben ezen okból kifolyólag – magas megbecsülésnek örvendtek, munkájukat segítették azon szerzetesek, akik ugyan közvetlenül tudományos képzésben nem részesültek, de segédkezve, gyakorlati ismereteket szerezve arra alkalmassá váltak.¹⁰⁰ Természetesen nem hagyható figyelmen kívül azon körülmény, hogy a középkorban a képzett, külföldi oktatáson alapuló papi gyógyítás csak egy szűk, uralkodó réteg által megengedhető luxusnak számított, míg a szélesebb körű betegellátás az ispotályokban zajlott, amelyet Esztergomban, Kolozsváron, Nagyváradon, Pannonhalmán, Pécsen, Pozsonyban és Székesfehérváron is létesítettek. A XIII. századtól a sebészeti és az általános, népi gyógyítást céhekbe tömörülve a borbélyok végezték, a szülést pedig a bábák vezették, hiszen a középkorban a képzett orvosok száma még igen csekély volt, amelyet alátámaszt azon tény is, hogy a XI. századtól a XV. századig a *Weszprémi István* által végzett kutatás során mindössze ötvenöt orvost számolt csak össze. Az orvoshiányt igazolja továbbá még azon körülmény is, hogy egészen az 1576. évig az orvosi hivatás gyakorlása szabad foglalkozásnak minősült és csak *Miksa császár* rendelkezését követően volt szükséges az egyetemi végzettség megszerzése annak folytatásához.¹⁰¹ A török uralom alatt sajnálatos módon elpusztultak az ispotályok, az ország jelentős része lakatlanná vált, pestis, himlő, tífusz és malária járvány pusztított. A XIX. század végéig az orvoslás a magyar területeken hiányszakmának számított, amelyet alátámaszt azon tény is, hogy a 49399/1876. számú belügyminiszteri rendelet¹⁰² a korabeli – magas kockázatúnak számító – vérlebocsátás elvégzésére a borbélyokon kívül a bábákat is feljogosította.¹⁰³ Természetesen nem hanyagolható el azon körülmény sem, hogy a magyarországi orvospérezés – szemben a nyugat európaival – is csak igen rövid

⁹⁹ SZÉKELY Sándor [1961] *i.m.* 83-84.

¹⁰⁰ DEMKÓ Károly: *A Magyar Orvosi Rend Története*, Dobrowsky és Franke, Budapest, 1894, 101.

¹⁰¹ SZÉKELY Sándor [1961] *i.m.* 83-90.

¹⁰² „A vérlebocsátásra feljogosítottak tekintendők az állandóan megtelepedett borbélyok és segédek; ez utóbbiakért mestereik felelősek... ahol nincs borbély, ott más is feljogosítható az érvágás elvégzésére... nádalyozásra a bábák is jogosultak.” In: KASSAI *i.m.* 11.

¹⁰³ KASSAI *i.m.* 11.

múltra tekinthet vissza,¹⁰⁴ hiszen az 1635. május 12-én, *Pázmány Péter* esztergomi érsek által alapított Nagyszombati Egyetemen történő orvosképzés az 1769. évben vette kezdetét, valamint az első – eredetileg szegényháznak tervezett – kórház, a Szent Rókus Kórház felállítására is csak az 1781. évben került sor.¹⁰⁵ Az egészségügy elmaradottsága mellett a lakosság egészségügyi helyzetét tovább rontotta, hogy *Mária Terézia* uralkodásának kezdetén elrendelte a prostituáltak, csavargó nők és kétes egyének Bécsből Magyarországra történő áttelepítését is, ezáltal megnövekedett a nemi betegségek terjedése is.¹⁰⁶ Később az uralkodónő a helyzet súlyát felismerve, elrendelte a közegészségügy javítását, a kuruzslás megszüntetését, valamint járvánnyal kapcsolatos teendőket is előírt.¹⁰⁷

Talán csak közvetetten, de az orvoshiányt igazolhatja azon körülmény is, hogy a Tripartitum nemcsak a borbély, de az orvos felelősségéről sem tartalmazott rendelkezést, azonban a papság esetén már számos szabályt megfogalmazott, hiszen meghatározta azon deliktumokat, amelyek során az egyházi személyek ellen is főbenjáró ítéletet lehetett kiszabni. Ezen bűncselekmények a következők voltak: felségsértés büntette, hűtlenség vétsége, szándékos emberölés és rablás.¹⁰⁸

II.2. A büntetőjogi felelősség alapjai, korai előzmények

Általánosságban megállapítható, hogy a gyógyító tevékenységgel kapcsolatos büntetőjogi felelősségre vonás törvényi tényállását a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés, mint önálló norma megalkotása teremtette meg, azonban a büntetőjogi felelősség alapjai már korábban megjelentek.

¹⁰⁴ SCHULTHEISZ Emil: *Az európai orvosi oktatás történetéből*, MTI Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár Kiadó, Budapest, 2003, 9.

¹⁰⁵ DADAY *i.m.* 160.

¹⁰⁶ SZÉKELY Sándor [1961] *i.m.* 125-130.

¹⁰⁷ SZÉKELY Sándor [1961] *i.m.* 134-135.

¹⁰⁸ KOLOSVÁRY Sándor - ÓVÁRI Kelemen: *Werbőczy István Hármaskönyve*, Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 1894, 225-226.

II.2.1. A borbély felelőssége

Ahogy arra korábban már utaltam, hazánkban a XVI. században az orvoslás, orvosi tevékenység csupán kialakulóban volt. A csekély számú orvosok ebben az időben kizárólag – modern fogalmainkkal élve – belgyógyászati tevékenységet végeztek, a külgógyászati, azaz a mai értelemben vett sebészeti, sebellátási tevékenységet a borbélyok és a kirurgusok művelték.¹⁰⁹ A mesterség széleskörű elterjedését, népszerűségét azon körülmény is segítette, hogy az átlagpopuláció csak a borbélyok és kirurgusok szolgáltatásait fizethette meg. A borbélyok ebben az időben megfelelő tapasztalat- és tőkeszerzés után, felszerelt műhellyel és inasok segédletével működhettek, a céhvizsgát abszolváló személy pedig borbélymesterré válhatott.¹¹⁰ A felelősség kérdése már ekkor felmerült, hiszen *Bethlen Gábor* 1625. évben kelt rendeletében szabályozta a beteg- és sebellátásban résztvevő borbélyok felelősségét, ugyanis egyrészt büntetni rendelte a gondatlan halálokozást, másrészt a kuruzslást halálbüntetéssel szankcionálta. A rendelet az alábbiakat tartalmazta: „*az sebésekre híven és szorgalmatosan viseljenek gondot, melyre az városokban az czéhmesterek igen reá vigyázzanak, falukon pedig az bírák; és ha gondviseletlenségek miá az sebes meghal, fejekkel érvék meg... Az, ki belső nyavalyákhoz nem tud, doktorrá magát ne tegye, mert ha valakinek halála történik miatta, ő is meghaljon érette.*”¹¹¹

II.2.2. A *Constitutio Criminalis Carolina* 134. cikke

Hazánkban a feudalizmus korában a büntetőjog a Tripartitum diszpozícióin és a XVII-XVIII. században recipiált Praxis Criminalison alapult. Werbőczy Hármaskönyve, mint korabeli szokásjogi gyűjteményként funkcionált, hiszen törvényerőre sosem emelkedett, mégis hosszú időn keresztül alkalmazták a bíróságok, és ennek eredményeként válhatott de facto jogszabállyá.¹¹² A Praxis Criminalis kezdetben kizárólag Alsó-Ausztria

¹⁰⁹ BOGDÁN István: *Régi magyar mesterségek*, Neumann Kht, Budapest, 2006, 260.

¹¹⁰ GOSZTOLA Annamária: *A borbély-seborvosnál*, *Lege Artis Medicinae* 1997. 7, 606.

¹¹¹ BOGDÁN *i.m.* 260.

¹¹² MADAI Sándor: *A család tényállásának hazai előképei az államalapítástól a felvilágosodás koráig*, *Jogtörténeti szemle* 2009. 4, 17.

büntető kódexe volt, azonban az 1696. évben, a Corpus Jurisba történő felvételét követően már hazai jogforrásként is szolgált.¹¹³ Berzeviczy Gergely véleménye szerint még a XVIII. század végén sem volt egységes magyar büntetőjog, mivel maga a Corpus Juris is csak olyan hazai törvények gyűjteményének tekinthető, amely a hosszú történelmi fejlődés során a pillanatnyi szükségleteknek megfelelően, kidolgozott terv és rendszer nélkül került megalkotásra, összegyűjtésre.¹¹⁴ Az 1532. évi regensburgi birodalmi gyűlésen V. Károly császár által került elfogadásra a Constitutio Criminalis Carolina, amit hazánkban csak néhány törvényszéken, illetve a dunántúli úriszékeken alkalmaztak eseti jelleggel.¹¹⁵ Az orvosi felelősséggel kapcsolatban a Carolina 134. cikke azon esetek orvosszakértő általi kivizsgálását rendelte el, amelyek során a beteg az orvos nem megfelelő tudása, vagy szorgalmának hiánya miatt életét veszítette. Amennyiben pedig az orvos felelőssége megállapítható volt, de a bekövetkezett eredményre szándéka nem terjedt ki, a törvény büntetés kiszabását rendelte. Abban az esetben pedig, ha az orvos szándéka a káros eredményt átfogta, az emberölés általános szabályai szerint felelt.

Nem hagyható figyelmen kívül továbbá az sem, hogy mind a Constitutio Criminalis Carolina, mind a Praxis Criminalis nem számítottak „alaptörvény”-nek, hanem csupán a közönséges jog szerepét hivatottak betölteni, valamint szubszidiárius jellegűek voltak, hiszen a szokásjogi normák tovább élését megengedték.¹¹⁶

II.3. Az 1795. évi büntető kódex-tervezet

A magyar jogi szakirodalom egységesen az 1795. évi javaslatot tekinti az első magyar büntető-kódex tervezetnek¹¹⁷, azonban nem hagyható figyelmen kívül *Bencsik Mihály* nagyszombati ügyvéd munkája sem, aki az 1712. és 1715. évek közötti országgyűléseken,

¹¹³ MADAI Sándor: *Paradigmaváltás-kontinuitás? Magyar kodifikációs törekvések a család definiálására a 18. század második és a 19. század első felében*, Jogtörténeti szemle 2010. 1, 13.

¹¹⁴ HAJDU [1971] *i.m.* 30-31.

¹¹⁵ BÉLI Gábor: *Magyar jogtörténet. A tradicionális jog*, Dialóg Campus Kiadó, Budapest, 2014, 91.

¹¹⁶ HAJDU [1971] *i.m.* 23.

¹¹⁷ BALOGH Elemér: *A magyar büntető törvény-tervezetek szerkezeti fejlődése*, Acta Universitatis Szegediensis: acta juridica et politica, Szeged, 2004. 64, 29.

mint követ vett részt és a rendi bizottságok megbízása alapján elkészítette többek között a magyar praxis criminalis tervezetét is.¹¹⁸

Az 1795. évi magyar büntető-kódex tervezet megalkotását az 1790/91. évi országgyűlés rendelte el a LXVII. törvénycikkkel, amely négy év alkotói munka után, 1795. február 28. napján készült el.¹¹⁹ Ez volt az első olyan tervezet, amely nem pusztán inkorporációs törekvésnek számított, tehát nem a már létező törvényeket és törvényes szokásjogot próbálta összefoglalni és azokat átlátható rendszerbe foglalni, hanem új, a büntetőjog rendezésére irányuló törekvéseket tartalmazott.¹²⁰ A javaslat átfogó munkának számított, hiszen anyagi jogi szabályok mellett eljárásjogi normákat is tartalmazott.¹²¹ A javaslat jelentőségét hangsúlyozza azon tény is, hogy először tartalmazott olyan rendelkezést, amely egy esetleges hatálybalépés esetén elrendelte volna a törvénnyel ellentétes írott és szokásjogi források hatályon kívül helyezését is, ami természetesen a büntetőjogi egységesítésre tett lépés elengedhetlen részét képezte volna.¹²²

Az orvoslással kapcsolatosan a javaslat XIX. és XXVI. szakaszai tartalmaztak rendelkezéseket.

II.3.1. A nem megfelelően elkészített orvosság árusítása, mérgekeverés

A tervezet kizárólag az orvost a tiltott vagy nem megfelelően elkészített orvosság árusítása esetén rendelte volna büntetni, amely szabályokat a javaslat XXVI. szakaszának 1-2.§-ai a mérgező és ártalmas orvosságok árusításáról szóló passzusai tartalmazták. Az orvos akkor lett volna büntethető, ha az általa árusított mérge a sértett halálát okozza, de az elkövető szándéka a káros eredményre nem terjedt ki, mivel abban az esetben ha a szándéka a káros eredményt is átfogja, úgy tettét a szándékos emberölés szabályai szerint kellett volna elbírálni. A vonatkozó norma a következőképpen rendelkezett: „*Már említés*

¹¹⁸ KOVÁCS Kálmán: *A büntetőjog oktatása a nagyszombati egyetem jogi karán 1667-1777*, Jogtudományi Közlöny Budapest, 1967. 5, 281.

¹¹⁹ BARNA Attila: *Törekvések a politikai bűncselekmények rendezésére Magyarországon a 18. század végén, és az 1795. évi büntető törvénykönyv tervezete*, Jog, állam, politika 2010. 2, 93.

¹²⁰ HAJDU [1971] *i.m.* 24-25.

¹²¹ MADAI [2010] *i.m.* 13.

¹²² BARNA *i.m.* 93.

*esett arról, hogy azt, aki mérget szolgáltat másnak, s ha ebből valakinek a halála következik be, akkor a szolgáltatót gondatlanság vagy a szándékosság foka szerint a mérgezés büntetében részesként kell megbüntetni. E helyütt tehát csakis a mérgező és ártalmas orvosságoknak olyan árusítása vehető figyelembe, amelyet bárki megölésének szándékossága nélkül, csakis haszonszerzés okából gyakorolnak. Ide sorolandók tehát: a) azok az orvosok, seborvosok, és patikusok, akik akár mérgeket, akár a maga törvényes formája szerint tiltott orvosságokat árusítanak, vagy azokat nem becsületesen készítik el,*¹²³ A 3. § a büntett súlyának és a büntetés mértékének meghatározását az okozott kár mértékétől, az elkövető bűnösségi fokától tette függővé, hiszen a vonatkozó szakasz a következőképpen rendelkezett: *„Minden egyes ilyen esetben a büntett és büntetése mértékét részint az okozott kár nagysága, részint pedig a tudatlanság, a hanyagság vagy gondatlanság, illetve szándékosság minősége szabja meg.*¹²⁴ A büntetési tételt pedig a 4. § az alábbiak szerint határozta meg: *„Egyébként az okozott kár teljes megtérítésének kötelezettségén felül az e deliktum elkövetésében bűnös személyeket a gondatlanság első fokán nem nyilvános megrovással, második fokán nyilvános megrovással, harmadik fokán egy naptól nyolc napig terjedő elzárással kell büntetni. A szándékosság első fokán nyolc naptól egy hónapig, második fokán egy hónaptól három hónapig, harmadik fokán három hónaptól hat hónapig terjedő elzárással büntetendők és a mesterségüktől, illetve kereskedői tevékenységük gyakorlásától való egyidejű eltiltással.*¹²⁵

A tiltott mérgekeverés tényállásával kapcsolatban fontos megemlíteni azon körülményt, ahogy már *Mária Terézia*, majd *II. József* uralkodása során is számos jogeset volt fellelhető mérgekeveréssel és intoxicatioval kapcsolatban, azonban csak egy esetben került a vizsgálat tárgyává azon körülmény tisztázása, hogy a laikus elkövető a mérget milyen forrásból szerezte be. A szóban forgó eset kapcsán Pest megye törvényszéke 1785. augusztus 16. napján négy és félhavi vizsgálati fogság után kettő év dologházra ítélte Tót Erzsébet abonyi lakost, aki házának felgyújtására és férjének megmérgezésére tett kísérletet. A törvényszék döntése kimondta, hogy a mérget szolgáltató seborvost – kirurgus - a Sedria következő ülésére meg fogják idézni, azonban erre ismeretlen körülmények miatt végül nem kerülhetett sor.¹²⁶

¹²³ HAJDU [1971] *i.m.* 471.

¹²⁴ HAJDU [1971] *i.m.* 471.

¹²⁵ HAJDU [1971] *i.m.* 471.

¹²⁶ HAJDU Lajos: *Büntett és büntetés Magyarországon a XVIII. Század utolsó harmadában*, Magvető Könyvkiadó, Budapest, 1985, 257-258.

II.3.2. Az orvos közrehatása, mint enyhítő körülmény

Az emberöléssel kapcsolatos szabályokat a tervezet XIX. szakasza tartalmazta, a 3. § g) pontja az emberölés minősített esetei között határozta meg a halottkémlés szabályait is. A bizottság enyhítő körülményként értékelte azon esetet, ha a sértett halála nem közvetlenül a tettesi cselekmény kapcsán állt be, hanem a kezelőorvos vétke vagy hanyagsága miatt közvetetten következett be. Tehát a kezelőorvos vétkessége a javaslatban megjelent ugyan, de kizárólag mint az emberöléssel kapcsolatos enyhítő körülmény, nem pedig mint a vétkes orvos felelősségének alapját képező körülmény. A vonatkozó szakasz a következőképpen rendelkezett: *„A halottkémlést és a megölt ember holttestének felboncolását még akkor sem szabad mellőzni, ha a sebesült kapott sebében csak később hal meg; ugyanis a holttest felboncolásából gyakran más körülmények is előtűnnek, mint amelyek első látásra mutatkoztak. A seb halálos voltának megítélésénél csak arra az egyre kell figyelmet irányítani, hogy vajon a sebesült (testi és erőbeli állapotához képest, továbbá az időpont és a hely körülményeit mérlegelve) szükségszerűen a kapott seb következtében fejezte-e be az életét. A büntetés alól az sem mentesíti a tettet, ha az orvos azt állítja, hogy a sebesültet talán meg lehetett volna menteni valamiféle rendkívüli orvosság alkalmazásával; jóllehet sokban enyhítő körülmény az, ha bebizonyítható, hogy a sebesült akár a saját hibájából, akár az orvos vétke vagy hanyagsága miatt hunyt el. Ha viszont az orvosok nem értelen egyet, akkor a jobb indulatú megítélése az előny.”*¹²⁷

II.3.3. A véletlen emberölés, mint büntethetőséget kizáró ok

A XIX. szakasz 3. § l) pontja az emberölés kapcsán büntethetőséget kizáró ok alapján a halált okozó orvost mentesítette volna a büntetőjogi felelősség alól azon esetben, ha beavatkozását szabályosan végezte el. Tehát lényegében a szabályosan eljáró orvos cselekményére, mint büntethetőséget kizáró okra hivatkozhatott volna. A tervezet ezen pontja érdekes jellemzővel bír: elfogadása esetén az említett szabály kizárta volna az

¹²⁷ HAJDU [1971] *i.m.* 463-464.

orvos büntetőjogi felelősségét (is); ez tehát magába foglalja – modern kifejezéssel – a hivatásbeli kötelesség teljesítésének nevezett büntethetőségi akadályt. A javaslat vonatkozó része az alábbiak szerint rendelkezett: „*A véletlen emberölésről pedig nem lehet más meghatározást adni, csak azt, hogy miközben valaki jogos módon, időben és helyen, megengedett dologban tevékenykedik, minden ártási szándék nélkül, a másikat mégis megöli e cselekvésével. A gondatlan emberölésnek annyi fajtája van, ahány meg nem engedett cselekedet van a józan ész és a társadalom szabályai szerint; amely cselekedetektől azonban másik ember halála következik be, jóllehet teljesen váratlanul.*”¹²⁸

II.3.3.1. A bűnösség kérdése

A büntetőjogi felelősség alapjának fontos eleme a bűnösség értékelése, ezért elengedhetetlen a bűnösség kérdéskörének – különös tekintettel a gondatlanság korabeli problematikájának – elemzése.

A törvényjavaslat a bűnösség fogalmi rendszerét az Alapelvek között, a harmadik pontban határozta meg.

A XVIII. század hetvenes éveiben az élet elleni bűncselekmények jelentős többségét az emberölés képezte, amelyet a korszak büntetőjogtudománya már szándékos, gondatlan és véletlen emberölésre osztott fel, a bűnösség fokának megállapítása a gyakorlatban mégis számos problémát okozott.¹²⁹ A nehézség abból eredt, hogy az 1790-es évekre egyre több halálos kimenetelű verekedés történt, amelyet a bíróságok nem halált okozó súlyos testi sértésnek, hanem tévesen „*homicidum culposum*”-nak, azaz gondatlan emberölésnek minősítettek. A bíróságok az emberölés kapcsán különbséget tettek szándékos (*homicidum dolosum*), gondatlan (*homicidum culposum*) bűnösségi alakzatok között, valamint alkalmazták a korábban már említett véletlenül (*homicidum casuale*), azaz a vádlottnak fel nem róhatóan bekövetkezett haláleset is. Sajnálatos módon gyakran nem tettek különbséget a gondatlanság súlyos, átlagos és enyhe foka között, sőt az enyhe

¹²⁸ HAJDU [1971] *i.m.* 464.

¹²⁹ HAJDU Lajos: *Bűnözés és büntetőbíráskodás a XVIII. Század hetvenes éveinek Magyarországon*, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1996, 60.

gondatlanságot (*culpa levis*) alkalmanként tévesen véletlen-gondatlan emberölésnek minősítették.¹³⁰

A tervezet a bűnösség kérdéskörét az alapelvek között próbálta rendezni, amely arra vezethető vissza, hogy a javaslat nem tartalmazott önálló általános részt. A tervezet alapelvei nem klasszikus értelemben vett törvényszöveggé, hanem kommentárhoz hasonlóan, mint magyarázat határozták meg a szándékosság és gondatlanság fogalmát.

¹³¹ A harmadik alapelvben a tervezet a törvény céljaként a társadalom biztonságát, a közösség javát jelölte meg és egyenes arányosságot állított fel a törvény súlya és annak megszegése között, hiszen a vonatkozó rész a következőképpen rendelkezett: „*Harmadszor. Általában véve valamennyi törvénynek a társadalom biztonsága a célja, a közösség java a legfőbb törvény; és minél nagyobb a különböző törvények befolyása a társadalom biztonságára, annál súlyosabb büntetést képez annak megsértése.*”¹³² A bűnösség általános fogalmi meghatározása során a tervezet rögzítette, hogy az elkövető magatartását nem elég pusztán a deliktum mennyisége, azaz a bűncselekmény eredménye és annak következményei, mint a közösségre háramló kár szerint megítélni, hanem a deliktum minősége, azaz a szándékosság vagy gondatlanság alapján kell megvizsgálni.¹³³

A javaslat az általános bűnösségi fogalmat a következőképpen definiálta: „*Ámde: a büntett súlyosságát nem lehet kizárólag a közösségre háramló kár nagyságával mérni. Figyelembe kell venni a bűnös gondatlanságát (culpa) avagy szándékosságát (malitia) is és ebből kell eldönteni: vajon nincs-e a közösségnek félnivalója a tettetől várható jövőbeni, még nagyobb sérelem elkövetésétől; következésképpen: nincs-e az államnak nagyobb biztosítékra szüksége ugyanazon törvény egyik megszegőjével szemben, mint a másikkal kapcsolatban.*”¹³⁴ Az alapelv továbbá kimondta, hogy a deliktum mennyisége a társadalmat fenyegető kár és annak mértéke, az elkövető bűnösségének foka pedig a bűncselekmény minősége.¹³⁵ A tervezet *Filangieri* tételéből kiindulva szándékos és gondatlan bűnösségi alakzatokat különböztetett meg, amelyeket a társadalomra irányuló veszély alapján egyenként három alakzatra osztott tovább, így minden bűncselekmény esetén hat bűnösségi fokozatot határozott meg, úgymint három gondatlan és három

¹³⁰ HAJDU [1985] *i.m.* 240-242.

¹³¹ BALOGH Elemér *i.m.* 30.

¹³² HAJDU [1971] *i.m.* 392.

¹³³ BATÓ Szilvia: *A szándékon túli eredményért való felelősség az 1795. évi és az 1830. évi tervezetekben*, Jogelméleti Szemle 2016. 3, 12.

¹³⁴ HAJDU [1971] *i.m.* 392.

¹³⁵ HAJDU [1971] *i.m.* 286.

szándékos esetet, tehát a gondatlanság és szándékosság enyhébb, átlagos és súlyosabb eseteit.¹³⁶ A vonatkozó rész a következőképpen fogalmazott: „*A büntetből a közösségre háramló kárt a deliktum mennyiségének, a bűnös gondatlanságát avagy szándékosságát a büntett minőségének nevezzük. Így tehát a büntett súlyosságát a minőséggel egybekapcsolt mennyiség alapján kell megállapítani. A deliktum mennyiségét a törvényhozó határozza meg, ezzel szemben a büntett minősége csaknem minden esetben különböző. Ebben különbséget kell tenni a gondatlanság és a szándékosság, valamint ezek különböző fokozatai között, és az egyes fokozatok mindegyike számára külön-külön büntetést kell előírni, figyelembe véve a társadalom nagyobb vagy kisebb károsodását is. Másképpen aligha lehetne betartani a büntett és büntetés közötti kellő arányosságot és minden büntett beszámítása, valamint büntetések arányosítása kizárólag a bíró mérlegelésétől függenne.*¹³⁷ Fontos megjegyezni, hogy ezen felosztást olyan bűncselekmény esetén is fenntartották, amelyekkel kapcsolatban fogalmilag kizárt volt a gondatlan elkövetési alakzat, így például a hamis tanúzás, nemi erőszak és lopás esetén is. A hiba abból adódott, hogy a bizottság *Filangieritől* általánosságban emelte át az általa az emberöléssel kapcsolatban pusztán példaként használt bűnösségi alakzatok lehetséges felosztását, annak eseteit.¹³⁸

II.3.3.2. A gondatlanság

A tervezet először a gondatlansággal kapcsolatos szabályokat definiálta. A gondatlan elkövetési alakzat akkor lett volna megállapítható, ha az eredmény az elkövető szándékán kívül következett be, és az eredmény bekövetkezésének valószínűségének nagyságától függött, hogy a három fokozat közül melyik volt megállapítható. Tehát a legenyhébb volt a gondatlanság foka, ha nagyon távoli a kapcsolat, közepes abban az esetben, ha nagyon távolról könnyebben következhet be, súlyos pedig akkor, ha az eredmény könnyebben bekövetkezhet, mint amire az elkövető eredeti szándéka irányult.¹³⁹ A javaslat az alapelvek között a következőképpen rendelkezett: „*Gondatlan a magatartás (culpa est): ha az elkövető feltett szándékán kívül következik be cselekményének eredménye. Ennek*

¹³⁶ BATÓ *i.m.* 12.

¹³⁷ HAJDU [1971] *i.m.* 392.

¹³⁸ BATÓ *i.m.* 12.

¹³⁹ BATÓ *i.m.* 13.

*első fokozata: ha a cselekménynek nagyon távoli kapcsolata van az eredménnyel; második: ha az előbb végrehajtott cselekményből könnyen bekövetkezhethet az eredmény, a harmadik: ha az előállt eredmény könnyebben bekövetkezhethetett a cselekvésből, mint az amelyre a feltett szándék irányult.*¹⁴⁰

II.3.3.3. A szándékosság

A szándékosság a javaslat szerint akkor lett volna megállapítható, ha a bekövetkezett eredmény megegyezik az elkövető szándékával. A hármas tagolás itt is érvényesült volna, amely alapján legenyhébben minősült az a szándék, amely valamilyen emberi szenvedély hatására jött létre az elkövetőben, a második eset a megfontolt szándék esetén lett volna megállapítható, míg a legsúlyosabb fokozat akkor lett volna megállapítható, ha az elkövető tettét visszatartó erők ellenére is megvalósította volna,¹⁴¹ utóbbi eset a bizottság véleménye szerint például különös kegyetlenséggel vagy a legszentebb társadalmi kötelék megsértésével valósulhatott volna meg.¹⁴² A szándékosság fogalmát a tervezet a következőképpen határozta meg: „*Szándékos a magatartás (malitia, sive dolus, sive propositum est): ha ténylegesen az az eredmény következik be, amelyre az elkövető szándéka irányult. Ennek pedig első fokozata: a valaki szenvedélyességéből és lelke szerfölötti felindultságából; a második: ha nem erős felindultságtól indítatva, hanem megfontoltan sérti meg a törvényt, vagy elmulaszt megtenni valamit, amit a törvény előír; a harmadik: ha sok momentum van arra, hogy ne vállalkozzék a büntettre, de mégis elszakítja mind az emberiség, mind pedig a társadalom kötelékeit.*”¹⁴³

A tervezet a bűnösség fogalmi kidolgozása során egyrészt előre mutatónak tekinthető, hiszen kísérletet tett a bűnösségi alakzatok pontos elhatárolására, másrészt részben hibásnak tekinthető, mivel tévesen egy, az emberöléssel kapcsolatos példára építve próbált általános fogalom meghatározással élni, amely ugyan alkalmas lett volna arra, hogy a bíró az élet- és testi épség elleni bűncselekmények tetteseinek bűnösségét

¹⁴⁰ HAJDU [1971] *i.m.* 179-181., 392.

¹⁴¹ BATÓ *i.m.* 12.

¹⁴² HAJDU [1971] *i.m.* 180.

¹⁴³ HAJDU [1971] *i.m.* 392-393.

megítélje és azzal arányos büntetést szabhasson ki, de alkalmatlan más bűncselekmény bűnösségi kérdésének megítélésére.

II.4. Az első magyar nyelvű erdélyi büntető törvénykönyv-tervezet

Az első magyar nyelvű erdélyi büntető törvénykönyv-tervezetet a kolozsvári *Hilibi Gál László* az 1839. évben alkotta meg. A Javallatról általánosságban kijelenthető annak humánus jellege, mivel csak kivételes esetekben rendelte volna alkalmazni a halálbüntetést, mint szankciót. A tervezet számos modern, korát meghaladó rendelkezéseket tartalmazott, amelyek – teljesség igénye nélkül – elrendelték az orvos juttalom ellenében történő betegellátási köteleességét, büntetni rendelte a hivatali visszaélést, védte az állampolgárok érdekeit a mesterek és egészségüggyel kapcsolatos hanyagságokkal szemben.¹⁴⁴ A tervezet – a haladó személetet tükrözve – már tartalmazta a bűncselekmények büntetésekre, vétségekre és kihágásokra történő felosztást, azonban továbbra sem szakított azon szokással, hogy eljárásjogi és anyagi jogi szabályokat egy törvényben kívánta elhelyezni.¹⁴⁵

Gál László törvényjavaslata korát meghaladva rendkívül átfogó és előremutató szabályozást tartalmazott, hiszen nemcsak az orvosi felelősséggel kapcsolatos büntetőjogi normákat tartalmazta, hanem szabályozni rendelte a sebészi, a bábai és a gyógyszerészeti tevékenység körébe tartozó néhány deliktumot is. A tervezet 47. és 48. szakaszai tartalmazták az egészségügyi tevékenységet végzők büntetőjogi felelősségével kapcsolatos szabályokat.

II.4.1. A titokban szülés

Előljáróban fontos hangsúlyozni, hogy a kórházban történő szülés csak a későbbi kori fejlődés, kórházak elterjedésének eredményeként alakult ki. A XX. századig a szülés az esetek többségében otthon történt, ekkoriban az orvost szüléshez csak komplikáció esetén hívtak, főszabály szerint azt a bábák végezték és vezették.

¹⁴⁴ DEMÉNY Lajos: *Encyclopaedia Transsylvanica*. A Hét 1993. 28, 4-5.

¹⁴⁵ BALOGH Elemér [2004] *i.m.* 35.

A javaslat 47. szakaszának első paragrafusa büntetni rendelte volna a titokban – szakmai segítség nélkül - szülő nőt, valamint azon kismamát, aki a szülés során segítséget valamilyen külső oknál fogva nem tudott igénybe venni, és a szülés tényét a szüléstől számított huszonnégy órán belül nem jelentette be. A tervezet a következőképpen rendelkezett: „§ 1. *A' mely fejér nép magának, gyermek szüléskor, segedelmet nem híva, hanem vagy titokban egyedül szül, vagy nétalán segedelmet hívni ideje és módja nem lévén, szerentsétlen szülöttjét 24 órák el tölte alatt, az előjáróknak meg nem mutatná, büntetés alatt van.*”¹⁴⁶ A második paragrafus pedig azon bábákat szankcionálta volna, akik a titokban szülés tényéről tudomással rendelkeztek, de azt a megfelelő hatóság felé mégsem jelentették, hiszen a javaslat az alábbi rendelkezést tartalmazta: „§ 2. *A' dajkák, kik valamely titokban született gyermeket gondviselések alá vétén, titokban tartanak, hasonlólag arestummal büntettetnek.*”¹⁴⁷

II.4.2. *A kuruzslás előképe*

A 48. szakasz rendelkezett a „*Az orvosok, sebészek, bábák és a gyógyszer árulók hibázásairól*”.

Az első paragrafus a kuruzslás szabályainak előképeként is értelmezhető, hiszen az orvosi, sebészi és bábai tevékenység gyakorlását egyrészt megfelelő engedélyhez kötötte, másrészt büntetni rendelte volna azon személyeket, akik ilyen jellegű tevékenységet engedély nélkül, vagy eltiltás ellenére végeztek, bűnismétlés esetén pedig fogházzal rendelte volna büntetni az elkövetőt, hiszen a javaslat vonatkozó része a következőképpen rendelkezett: „§ 1. *Orvosi, sebészi (Chirurgus) bába tudományt és mesterséget, csak az illető előjáróság által arra fel szabadított személyek gyakorolhatnak, mások, kik arra fel nem szabadítottak, minden belső orvoslástól merőbe el tiltatnak, és ha ezt ösmétnék, meg büntettetnek, sorsokhoz és tettekhez mérséklett arestummal.*”¹⁴⁸ A második szakasz pedig a gyógyszertárak létesítéséről és a gyógyszerek árusításáról a következőképpen rendelkezett: „§ 2. *Patikát nyittatni, orvosi mesterséges szerkeztetésű gyógyszereket*

¹⁴⁶ HAJDU Lajos: *Gál László – Javallat (Az első erdélyi magyar nyelvű büntető törvénykönyv-tervezet, 1839)*, ELTE BTK Román Filológiai Tanszék, Budapest, 1992, 75.

¹⁴⁷ HAJDU [1992] *i.m.* 75.

¹⁴⁸ HAJDU [1992] *i.m.* 75.

árujni, csak az arra engedelmet nyert személyeknek szabad, az áru el vételel és mind annyiszor, a'hányszor ösmételné, kettőztetett Constitutionalis büntetés alatt."¹⁴⁹

II.4.3. Az orvos segítségnyújtási és tájékoztatási kötelezettsége, felelőssége

A javaslat harmadik paragrafusa korát meghaladó, előremutató szabályként egyrészt megfogalmazta az orvos segítségnyújtási köteleességét, másrészt elrendelte az orvos tájékoztatási kötelezettségét is, továbbá az orvos által kezelt beteg „követéseként” pedig előre vetítette a kórlefolyás kezelőorvos által történő folyamatos figyelemmel kíséretét, a beteg állapotának ellenőrzését is. Abban az esetben pedig, ha az orvos szándékos vagy vigyázatlan – korabeli gondatlan elkövetési alakzat – magatartása következtében a beteg életét veszélyeztette, büntetésként megfédés lett volna kiszabható. Bűnisméltés esetén szankcióként a káros esemény nyilvánosságra hozatala mellett az orvosi gyakorlat alól mindaddig fel kellett volna függeszteni a felelős orvost, amíg az tudásáról számot nem ad, súlyos vétség esetén pedig akár hivatásától való eltiltással is felelhetett volna. Fontos hangsúlyozni, hogy az orvost tevékenységéért megfelelő díjazás illette volna meg. A javaslat vonatkozó része a következőképpen rendelkezett: „§ 3. Minden fel szabadított orvos köteles az ő hozzá folyamodó ember társának illő jutalomért, segedelmére lenni, azt tanátsával éltetni, a' magára vállolt beteget méltó ok nélkül oda nem hagyni, és arra vigyázni, hogy az orvosi szerekről való rendelkezéseit egybe ne zavarja, mert ha akár szántszándékos el mulatásból, akár vigyázatlanságból valaki életét veszedelem követi, felelet terhe alá vonatik, meg feddetik és ha ösméltés esetében, tudatlansága nyilvánosodnék ki, tudományának gyakorlásától fel függesztetik, és annak tökéletesebb meg tanolására, vissza utasittatik, vagy a' súlyos vétség esetében attól el-tiltatok.”¹⁵⁰ A javaslat hasonlóan rendelte büntetni a sebészi tevékenységet végző chirugusokat, gyógyszerészeket és gyógyszert készítő személyeket is, továbbá a mérgek kiadását orvosi rendelvényhez kötötte volna. A tervezet tanító szemléte ezen szakaszában is felfedezhető, hiszen a gondatlanságból kárt okozó személy mellé a javaslat gondviselő, azaz szakmai felügyelő kirendelését rendelte volna el. A vonatkozó rész az alábbiak szerint rendelkezett: „§ 4. Hasonló köteleessége van a sebészi tudományt és mesterséget gyakorlóknak is, úgy szintén a gyógyszer áruolóknak és a doctori rendelésre gyógyszereket

¹⁴⁹ HAJDU [1992] i.m. 75.

¹⁵⁰ HAJDU [1992] i.m. 75-76.

készítőknél is, kik kötelesek arra is vigyázni, hogy a tárokból lévő mérgek szerek más nemű szerekkel egybe ne elegyedjenek, a' praescriptiokat egybe ne elegyítessék. Olyan gyógyszereket, melyek köz tudat szerént veszedelmes mérgek, orvos rendelése nélkül senkinek adni ne bátorkodjanak, tudatlanságból valami ártalmat ne okozzanak. A' vigyázatlanságot meg feddés, és felelet terhe követi, az ösméltés esetében, gyógyszer árulására más gondviselő rendeltetik melléje, az ő költségire, és ha mégis valamely súlyos vétségbe találtatnék, mesterségének gyakorlásától el tiltatik, sőt arestummal is meg büntettetik."¹⁵¹

II.4.4. A halottvizsgálattal kapcsolatos szabályok

A javaslat 5. és 8. §-ai rendelkeztek a halottkémlés, a látlelet adásának, a tetszhalott eltemetésével kapcsolatos szabályokról. A részrehajló látleletet adó orvost és sebészt, mint az elkövető bűnpártolójaként fogházzal vagy hivatástól való eltiltással rendelte volna büntetni. Abban az esetben pedig, ha a tetszhalottat a nem megfelelően végzett halottvizsgálat következtében temették el, a vizsgálatot végző orvos hat havi fogházzal lett volna büntethető. A vonatkozó részek a következőképpen rendelkeztek: „§ 5. *Ha valamely arra rendeltetett orvos vagy sebész valamely holt test vagy testi sérelem vizsgálattára hivatalosan fel szólíttatik, és vagy tudatlanságból vagy részrehajlásból a' látleletet (visu repertumat) igazán és pontosan nem készítené el, a' részre hajlásért, mint a gonosz tévő pártfogója, közkereset alá véttetik, a' hibázásokért pedig szoros felelet terhe alá vonatik és arestummal, vagy hivatalából való el mozdítással büntettetik.* § 8. *Ha valaki az illető orvos hibás vizsgálattya miatt, elevenen el temettetnék, a' vizsgálat hibáson végbe vivő hat holnapnyi arestummal büntettetik.*"¹⁵² A 6. § általános rendelkezésként írta elő, hogy az orvosok és bábák kötelesek foglalkozásukat pontosan gyakorolni. A vonatkozó rész a következőképpen rendelkezett: §6. *A' bábák, valamint az orvosok, kötelesek midőn fel szólíttatnak, magok mesterségeket híven és pontosan folytatni.*¹⁵³

¹⁵¹ HAJDU [1992] i.m. 76.

¹⁵² HAJDU [1992] i.m. 75-76.

¹⁵³ HAJDU [1992] i.m. 76.

II.4.5. A dajkákkal kapcsolatos rendelkezések

A tervezet azon dajkákat is büntetni rendelte volna, akik tevékenységüket – dajkaság, anyatejjel táplálás - fertőző betegségeket eltitkolva végzik és ezzel a gondozott csecsemők életét veszélyeztetik, büntetési tételként a tervezet háromhavi fogház vagy testi fenyítés kiszabásával fenyegetett, hiszen a következőképpen rendelkezett: „§ 7. *A' dajkák, ha valamely ragadó nyavalyában léteket eltitkolván dajkaságot vállalnak, szoptatnak, s ez által a' csetsemő életét veszedelmeztetik, három holnapi arestummal sőt több testi sanyargatásokkal is meg büntettetnek.*”¹⁵⁴

II.5. Az 1843. évi büntető anyagi jogi javaslat

A XIX. század elejére a feudális, hűbérúri rendszer meghaladottá vált, hazánkat is elérte a Nyugat-Európában lezajlott gazdasági-társadalmi átalakulás igénye, megkezdődtek a reformországgyűlések.¹⁵⁵ Ezen változáshoz az is elengedhetetlen volt, hogy a liberalizmus eszméje a XIX. századra a köznemesség vezető ideológiájává váljon.¹⁵⁶ A jogegyenlőség megteremtése érdekében az egységes kereskedelmi, csőd és váltójog kodifikációjára irányuló törekvések mellett elengedhetlenné vált egy új, a társadalmi és politikai haladás eszméjét tükröző büntetőjogi kodifikáció is. Ezen törekvéseket szem előtt tartva az országgyűlés az 1840. évi V. törvénycikkkel elrendelte egy országos bizottság felállítását, amely feladatát a büntető törvénykönyv kidolgozása is képezte. A bécsi kancellária nyomására a kodifikáció alapját az 1827. évi büntető javaslatnak kellett volna képeznie, azonban a bizottság – az osztrák presszió ellenére – alapjaiban új, három elkülönülő büntetőjogi tervezetet dolgozott ki, amelyek anyagi, eljárási és végrehajtási jogi részekre tagozódtak.¹⁵⁷ A javaslat szakítva a feudalizmus szellemével – azaz a rendi tagozódásra és kiváltságokra építő szabályokkal – a törvény előtti egyenlőség alapelvét szem előtt tartva került megalkotásra,¹⁵⁸ amely egyben a társadalmi rend átalakításának

¹⁵⁴ HAJDU [1992] *i.m.* 76.

¹⁵⁵ GÖRGÉNYI Iona (szerk.): *Magyar büntetőjog általános rész*, Wolters Kluwer Kft., Budapest, 2014, 46.

¹⁵⁶ VUCHETICH Mátyás: *A Magyar Büntetőjog Rendszere. II. könyv*, Magyar Királyi Egyetem Nyomdája, Buda, 1819, 8-9.

¹⁵⁷ SÁNTHA Ferenc: *Az 1843. évi büntető anyagi jogi javaslat*, Studia Iurisprudentiae Doctorandorum Miskolciensium, Miskolc, 2003, 281-283.

¹⁵⁸ GÖRGÉNYI [2014] *i.m.* 46-47.

előszeként is értékelhető.¹⁵⁹ A tervezet a bichotom rendszert alkalmazta, ugyanis a kihágásokat alacsonyabb szintű jogszabályokkal kívánták szabályozni. Általánosságban megállapítható, hogy a javaslat dogmatikája a korabeli európai büntető kódexek szemléletét tükrözi, hiszen a bizottság több mint tíz kódexet tanulmányozott, valamint az alkotói munka során *Deák Ferenc* számos alkalommal levélváltást eszközölt *Mittermaier* heidelbergi professzorral is.¹⁶⁰

II.5.1. Az orvosi beavatkozás, mint büntethetőséget kizáró ok

A kódex-tervezet elkészítése során a bizottságra hatást gyakorolt a korábbi, 1795. évi javaslat újító szellemisége,¹⁶¹ amelyet alátámaszt azon tény, hogy hasonlóan a korábbi tervezethez az 1843. évi javaslat is tartalmazott a büntető rendeletek alóli kivételként nevesített eseteket – modern fogalommal élve büntethetőséget kizáró okokat. Ilyen volt a javaslat 138. § i) pontja is: *„Azon eseteken felül, mellyekre nézve a 73. 76. 77. és 79-ik §-nak általános szabályai minden beszámítást kizárnak, következők még az esetek, mellyek ezen fejezetnek büntető rendelte alól kivételnek s mellyekben az, a ki mást életétől megfosztott, büntetés alá nem vonathatik: ... Midőn valaki mint orvos, sebész vagy szülész, az orvosi szabályok által meghatározott körülmények között valamelly gyermeket azért, hogy az anyának veszélyben forgó életét megmenthesse, az anya méhében megöl.”*¹⁶²A vonatkozó szakaszok szerint a kivétel lényegében azt jelentette, hogy abban az esetben, ha az orvos, sebész vagy szülész az anya életének védelme érdekében – a vonatkozó szabályokat betartva – a magzat életét kioltotta, büntethetőséget kizáró ok alapján mentesült volna a büntetőjogi felelősségre vonás alól.

II.5.2. Az emberölés vétkes vigyázatlan alakzata

A tervezet az emberölés büntettéről a személy elleni bűncselekmények csoportján belül, az önálló, *„IX. Fejezetben a gyilkosságról, a szándékos emberölésről, a vétkes*

¹⁵⁹ MÁRKI Zoltán: *Az 1843–44. évi bűnügyi javaslatok közrebocsátása*, Magyar Jog 2002. 6. 330.

¹⁶⁰ BALOGH Elemér *i.m.* 37.

¹⁶¹ MADAI [2010] *i.m.* 15.

¹⁶² FAYER László: *Az 1843-iki Büntetőjogi javaslatok anyaggyűjteménye I.*, Pytheas, Budapest, 2004, 40-43.

vigyáztatlanságból elkövetett emberölésről, és gyermekölésről” rendelkezett.¹⁶³ A gondatlan – korabeli terminológiával élve vétkes vigyázatlan – emberölési alakzat szabályait a javaslat 122-129. §-ai tartalmazták. A 122. §. a következőképpen rendelkezett: „*A ki nem szándékosan, hanem egyedül vétkes vigyáztatlanságból fosztott meg valakit életétől, ha vigyáztatlansága a 42-ik §. értelmében súlyosan vétkesnek tekintethetik, három évi rabsággal, ha pedig vigyáztatlansága a 43-ik §. Szerint kevésbbé vétkesnek tekintendő, három hónapi fogságig büntetethetik.*”¹⁶⁴

A tervezet összevetve a korábbi, 1795. évi javaslattal két új rendelkezést is tartalmazott, tehát a korábbinál szélesebb körben rendelte volna szabályozni az orvos felelősségét. Mivel már nem kizárólag büntetethőséget kizáró okként szerepelt az orvosi tevékenység, hanem egyrészt az emberölés normái között, a 124. §-ban megjelent azon, korát meghaladó szabály, amely abban az esetben ha az orvos által kezelt beteg a kezeléstől számított harminc napon belül életét veszíti, akkor vétkes vigyáztatlanság, azaz gondatlanság esetén az orvos büntetőjogi felelősséggel tartozott volna. A vonatkozó rész a következőképpen rendelkezett: „*124. §. Orvosok, sebészek és szülészek azonban, kik valamely kezökre bízott betegen gyógyítási czélból, s az orvosi szabályok által meghatározott esetekben követnek el olly sértéseket, vagy kínzásokat, mellyekből harmincz nap alatt halál következett, csak annyiban vonathatnak büntetés alá, a mennyiben orvosi eljárásuk esik vétkes vigyáztatlansági beszámítás alá, de még akkor is csak a fentebbi 122-ik §. rendelete szerint fognak büntettetni.*”¹⁶⁵ Culpa lata esetén a büntetési tétel felső határa három év, míg culpa levis esetén három hónap lett volna. Súlyos gondatlanság akkor állt volna fenn, ha az orvos hivatásánál fogva különös gondosságra és figyelemre lett volna köteles, azonban ennek elmulasztása kapcsán az orvosi, szülési vagy sebészi beavatkozást követő egy hónapon belül a beteg mégis életét veszti. A gondatlanság enyhe fokának azon, szintén a beavatkozástól számított egy hónapon belüli, sértett halálát okozó cselekmény számított volna, amelyet a kezelőorvos, szülész vagy sebész az elkövetés idején valószínűnek nem tarthatott ugyan, de arra mégis gondolnia kellett volna, továbbá szükséges lett volna, hogy a tett és a káros eredmény között csupán távoli okozati kapcsolatban állhat.

¹⁶³ SÁNTHA *i.m.* 301.

¹⁶⁴ FAYER *i.m.* 38.

¹⁶⁵ FAYER *i.m.* 38.

II.5.3. A súlyos testi sértés

A tervezet XII. Fejezete „A súlyosabb testi sértésekről” 161. § a) pontja tartalmazta a másik, szintén orvosi felelősséggel kapcsolatos szabályt, amely a következőképpen rendelkezett: „Azon eseteken felül, melyekre nézve a 73, 76. 77 és 79-dik §§-ok általános szabályai minden beszámítást kizárnak, következők még az esetek, mellyel ezen fejezetnek büntető rendelete alól kivétnak, s mellyekben az, ki mást testében vagy egészségében megsértett vagy megkínzott, büntetés alá vonathatik: ...Midőn az orvos, szülész, vagy sebész valamely kezére bízott beteget gyógyítási célzattal az orvosi szabályok által meghatározott esetekben megsértett vagy megkínzott; de illy esetekben az orvos, szülész, vagy sebész a mennyiben orvosi eljárása vétkes vigyázatlansági beszámítás alá esnék, a 155-dik §. szerint lészen megítélendő.”¹⁶⁶ A javaslat értelmében a testi sértést vagy kínzást okozó orvos, ha cselekményét gyógyítási szándékkal, orvosi szabályok betartása mellett végezte volna, úgy a tervezet 161. §. a) pontja alapján nem lett volna büntethető. Azonban vétkes vigyázatlanság esetén – igaz negyedére csökkentett büntetési tétel alapján – felelősségre vonható lett volna. A súlyos testi sértés vonatkozó általános szabályait a javaslat 151. és 155. §-ai az alábbiak szerint tartalmazták: 151. §. *A ki szándékosan és előre meggondolt eltökéléssel, de nem gyilkossági célzattal, akár erőszakkal, akár ártalmas szerekkel, valamint testében vagy egészségében megsértett vagy megkínzott, büntettetni fog, s legnagyobb büntetése, habár előre meggondolt eltökélését indulatos felgerjedésben hajtotta is végre: a) Négy évi rabság leendő, ha a sértésnek vagy kínzásnak következtében a sértett vagy harmincz napok után meghalt, vagy minden munkára állandóul alkalmatlan lett, vagy elméjében vagy egészségében úgy megromlott, hogy kigyógyulása nem valószínű. b) Három évi rabság, ha a sértett valamely tagjában megcsonkított, valamely érzékétől megfosztott, sebesítés által szembetűnőleg elcsufított, mestersége vagy hivatala szokott dolgainak teljesítésére alkalmatlan lett, vagy neki három hónapnál hosszabb, de nem gyógyíthatatlan betegség okoztatott. c) Két évi rabság, ha a sértés vagy kínzás olyan volt, melly a fentebbi pontokban körülírt esetek közé ugyan nem számítható, de a sértettnek mégis betegséget, tetemes sebet, vagy valamely csont-törést okozott.*

¹⁶⁶ FAYER i.m. 47.

155. §. Súlyosan vétkes vigyázatlanságból elkövetett sértéseknek legnagyobb büntetése meg nem haladhatja egy negyed részét azon büntetéseknél, a mi a fenti 151-dik §-ban a szándékosan és előre meggondolva elkövetett hasonló sértésekre rendeltetett; - ha pedig a vétkes vigyázatlanság a 43-dik §-nak értelmében kevésbé súlyosnak tekintendő, a tettesnek büntetése egy hónapnyi fogságra nem terjedhet.¹⁶⁷

Tehát a 151. § a) pontja alapján egy évi szabadságvesztéssel felelt volna azon orvos, akinek a gondatlan beavatkozása következtében a sértett egy hónapon túl meghalt, munkaképtelenné vált, elme vagy egészsége olyan fokban megromlott, hogy javulás már nem volt várható. A b) pont szerint kilenc havi szabadságvesztés lett volna kiszabható, ha a sértett végtagcsonkítást, érzékszervi veszítést, szemmel látható testi torzulást, munkavégzésében maradandó károsodást szenvedett, vagy három hónapnál hosszabb, de nem maradandó egészségkárosodást okozott. A c) pont szerint pedig négy havi szabadságvesztéssel lett volna szankcionálható, ha az előző két pontba nem tartozó betegséget, sebést vagy csonttörést okozott az elkövető. Elhatárolási szempontot az emberölés és súlyos testi sértés között a beavatkozás és annak következtében beállott halál között eltelt időpont képezett volna, ugyanis ha harminc napon belül vesztette életét a sértett, akkor az elkövető emberölésért, ha pedig harminc napon túl halálozott el, úgy súlyos testi sértésért felelt volna.

Ezen szabályok korukat meghaladó, szigorú normáknak számítottak, természetesen egy esetleges hatályba lépést követően több gyakorlati kérdés is felmerülhetett volna, mint például a bizonyítás nehézsége, az akkor még nem létező, közel fél évszázaddal később felállított igazságügyi orvosi tanács tagjait képező orvosszakértők helyett ki lett volna jogosult megállapítani az adott beavatkozás szabályszerűségét?

II.5.4. A bűnösséggel kapcsolatos szabályok

A büntetőjogi felelősség alapját a bűnösség fogalma képezi. A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés később megjelenő tényállása alapesetként a gondatlan

¹⁶⁷ FAYER *i.m.* 45-46.

elkövetési alakzatot nevesíti, ezért jelen tervezet elemzése során sem mellőzhető a bűnösség kérdéskörének – különös tekintettel a gondatlanság fogalmának – elemzése.

Az 1843. évi büntetőjavaslatok gyűjteményének III. Fejezete „*A szándékosságról és a vétkes vigyázatlanságról*” tartalmazta a bűnösséggel kapcsolatos rendelkezéseket.

A 37. szakasz a büntetőjog egyik alapelvét, a szubjektív felelősség szabályát határozta meg,¹⁶⁸ amellyel egyben negatív tételként definiálta a bűnösség fogalmát is.¹⁶⁹ A vonatkozó rész a következőképpen rendelkezett: „*A büntető törvények olyan megszegése, melly a megszegőnek sem szándékos, sem vétkes vigyázatlanság tekintetéből be nem számítható, - büntetés alá nem vonathatik.*”¹⁷⁰ A tervezet terminológiája szerint tehát nem tartozott volna a büntető törvény hatálya alá azon cselekmény, amellyel kapcsolatban sem szándékosság sem gondatlanság – a korszak jogi terminológiája szerint vétkesség¹⁷¹ - nem állapítható meg. A Javaslatra jellemző, hogy a fogalmi meghatározásokon túl tankönyvi részletességre törekedett, amely *Fayer László* véleménye szerint korabeli sajátosságának számított. Továbbá a tervezet azon alaptézist is pontosan meghatározta, hogy a káros eredmény bekövetkezése még nem alapozhatta meg a szándékosság fennállását, hiszen a bűnösség szempontjából az eset körülményei lettek volna irányadók, amelyről a 38. §. a következőképpen rendelkezett: „*A büntető törvény elleni cselekvésnek vagy mulasztásnak szándékosságát abból, hogy a büntett csakugyan elkövetett, törvényesen következtetni még nem lehet, hanem annak valósága az elkövetett törvényszegésnek körülményeiből léssen megítélendő.*”¹⁷²

II.5.4.1. A szándékosság

A 39. § a szándékosság körében értékelte volna mindazon eredményt, amely a cselekmény következtében állt be, továbbá kiterjesztően értelmezte a szándékosság fogalmát: „*A büntető törvény elleni szándékos cselekvésnek vagy mulasztásnak mind azon bekövetkezett eredményei, mellyek a törvényszegőnek célzatában voltak, szintén*

¹⁶⁸ SÁNTHA *i.m.* 289.

¹⁶⁹ FAYER *i.m.* 162.

¹⁷⁰ FAYER *i.m.* 20.

¹⁷¹ HAJDU [1971] *i.m.* 180.

¹⁷² FAYER *i.m.* 20.

szándékosnak tekintendők.”¹⁷³ A 40. § rendelkezett szabályozni a ténybeli, azaz a passzív alanyban vagy az elkövetési tárgyban való tévedés esetét. A bekövetkezett eredmény tekintetében a tervezet szándékosnak minősítette volna az elkövető cselekményét annak tévedésétől függetlenül, korlátjaként pedig azt a feltételt állította, hogy az elkövető szándéka nem terjedhetett ki súlyosabb eredményre, mint amely valóban beállt volna.¹⁷⁴

II.5.4.2. A vétkes vigyázatlanság

A tervezet 41. §-a a szándékos (dolus) elkövetői alakzat mellett a bűnösség hagyományos felosztása szerint meghatározta a vétkes vigyázatlanság (culpa) fogalmát is, amely általános fogalomként pusztán a bűnösség tudati oldalára, a káros cselekmény következményeinek előrelátására, valamint annak lehetőségére utalt. A vonatkozó rész a következőképpen rendelkezett:¹⁷⁵ „Ha valamely cselekvésből, vagy valamely kötelesség elmulasztásából jogsértés származik, melyet a cselekvő, vagy elmulasztó épen nem szándéklott, de köztapasztalásnál vagy különös tárgy ismereténél fogva előreláthatott s kikerülhetett volna, a miatt a törvényszabta esetekben vétkes vigyázatlanság tekintetéből fog büntetni.”¹⁷⁶ A vétkes vigyázatlansággal – gondatlanság¹⁷⁷ - kapcsolatban különbséget tett culpa lata és culpa levis között. A megkülönböztetés a jogtudomány szerint a cselekmény és az eredmény közötti szorosabb és tágabb értelemben vett összefüggésen,¹⁷⁸ azaz a káros eredmény bekövetkezésének kisebb vagy nagyobb valószínűségéből adódott.¹⁷⁹ A culpa lata hét esete a tervezet 43. §-ban konkretizálva került felsorolásra, amelyek a következők voltak: „Súlyosan vétkessé teszi a vigyázatlanságot: 1. Midőn a sértést okozó cselekvésének vagy mulasztásának lehető veszélyességét belátta ugyan, de azt könnyelműleg vagy következeivel nem törődve,

¹⁷³ FAYER i.m. 20-21.

¹⁷⁴ „Ha valamely a törvény által tiltott szándékos cselekvés véletlenül vagy tévedésből más személyt vagy tárgyat ért, s nem azt, melyre a cselekvőnek célzata irányozva volt, szándékosnak tekintik a bekövetkezett eredmény; de csak annyiban, a mennyiben az a sértett személynek vagy tárgynak tekintetéből súlyosabb büntetést nem foglal magában, mint az lett volna, mely a cselekvőnek célzatában volt.” In: FAYER i.m. 21.

¹⁷⁵ SÁNTHA i.m. 290.

¹⁷⁶ FAYER i.m. 21.

¹⁷⁷ Fontos megjegyezni, hogy a tervezetet később egységes szerkezetbe foglaló és magyarázattal ellátó Fayer László a gondatlanság kifejezést használta.

¹⁷⁸ SCHNIERER Aladár: *A büntetőjog általános tanai*, Franklin Társulat Budapest, 1888, 148.

¹⁷⁹ SÁNTHA i.m. 290.

mégis elkövette. 2. Midőn cselekvése vagy mulasztása annyira veszélyes volt, hogy az abból könnyen származható törvénytelen eredményt némi figyelem mellett beláthatta volna. 3. Midőn azon cselekvés vagy mulasztás, mellyből a jogsértő eredmény következett, már magában törvény elleni volt. 4. Midőn a sértést okozó, tárgyismereténél vagy viszonyainál fogva, cselekvésének vagy mulasztásának veszélyességét különösen beláthatta, vagy annak káros következeit elháríthatta volna. 5. Midőn állapotjánál, hivatásánál, vagy egyéb viszonyainál fogva, különös gondosságra és megfontolásra lett volna köteles. 6. Midőn cselekvésében valaki által tettének következeire figyelmeztetve volt. 7. Midőn a sértést okozó, olly körülmények között, mellyek figyelmét különösen megkívánták, megrészegetett.”¹⁸⁰ Az első eset egy pontban rendelte volna szabályozni a „könnyelműleg” kifejezést, amely a modern tudatos gondatlan, valamint a „következtéseivel nem törődve” fordulatot, ami a mai eshetőleges szándéknak felel meg.¹⁸¹ A második pontban szereplő, az „eredményt némi figyelem mellett beláthatta volna”, valamint a negyedik pontban megjelenő „cselekvésének vagy mulasztásának veszélyességét különösen beláthatta, vagy annak káros következeit elháríthatta volna” kifejezések a későbbi elvárhatóság fogalmi elemeit tartalmazzák.¹⁸² Az ötödik eset pedig, azaz a hivatása következtében különös gondossági kötelezettség követelménye előrevetíti a foglalkozási szabályok vétkes megszegése esetén történő felelősségre vonás lehetőségét. A Culpa levis a gondatlanság olyan csekély fokát képezte, amely esetén az elkövető maga a cselekménnyel vagy a mulasztással okozott eredményt nem láthatta előre, ezt a tervezet 43. §.-a a következőképpen definiálta: „Kevésbbé vétkes a vigyázatlanság, midőn a cselekvéssel vagy mulasztással, annak törvénytelen eredményei csak távolabb kapcsolatban állottak, s azokban bekövetkezését a sértést okozó valószínűnek nem tarthatta.”¹⁸³

II.5.4.3. A szándékon túli eredményért való felelősség

A 44. § tartalmazta a modern felfogást tükröző, mai fogalommal élve praeterintencionális, azaz a szándékon túli bűncselekmény definícióját. Ugyanis abban az esetben, ha a

¹⁸⁰ FAYER *i.m.* 21., 162.

¹⁸¹ SÁNTHA *i.m.* 290.

¹⁸² SÁNTHA *i.m.* 290.

¹⁸³ FAYER *i.m.* 21-22.

bekövetkezett eredmény súlyosabb lett volna, mint amire az elkövető szándéka kiterjedt, akkor azon tette, amelyet szándéka átfogott dolus, amely pedig azon kívül következett be, culpa miatt lett volna felelősségre vonható. A törvényszöveg a következőképpen rendelkezett: „44. §. *Ha valamely törvény elleni cselekvésnek vagy mulasztásnak bekövetkezett eredménye súlyosabb, mint a mit a cselekvő célba vett; azon tette nézve, melly célzatában volt, szándékosság, a szándékán kívül bekövetkezett eredményre nézve pedig, vétkes vigyázatlanság fog neki beszámítani.*”¹⁸⁴

II.5.5. A javaslat sorsa

Az 1843. évi büntető anyagi jogi javaslatot az őszi országgyűlés tárgyalta ugyan, azonban az anyagi- és eljárásjogi tervezeteket csupán az alsó tábla fogadta el, kizárólag a börtönügyi javaslatot fogadta el mindkét tábla, az uralkodó pedig egységes elfogadottság nélkül kizárólag egyetlen javaslatot nem szentesített, amelyet azzal indokolt, hogy a másik két törvény nélkül értelmetlen lenne a harmadik bevezetése. Az anyagi jogi javaslat elutasításának okaként részben a halálbüntetés kivezetése, részben a törvény előtti egyenlőség bevezetése, a rendi különbségek megszüntetése állhatott, hiszen ekkor a Habsburg dinasztia számára a halálbüntetés képezte a leghatásosabb fegyvert a magyar liberális nemességgel szemben. Az 1843-44. években bekövetkezett politikai változások okán a javaslat lekerült az országgyűlési napirendről, majd a szabadságharc utáni megtorlás teljesen ellehetetlenítette egy haladó, halálbüntetéssel szakítani kívánó büntetőjogi kodifikáció lehetőségét.¹⁸⁵ A szabadságharc bukását követően az 1849. évben először az 1803. évi, majd a neoabszolutista vezetés 1852 szeptemberében az 1852. évi osztrák büntető kódexet léptette hatályba,¹⁸⁶ később, a Kiegyezést megelőzően - vélhetően annak előjeleként - az 1861. évi Országbírói Értekezlet az Ideiglenes Törvénykezési Szabályok keretei között visszaállította a szabadságharcot megelőző magyar büntető törvények alkalmazását. Az 1843. évi tervezet monumentalitását

¹⁸⁴ FAYER *i.m.* 22.

¹⁸⁵ SÁNTHA *i.m.* 303-305.

¹⁸⁶ MADAI Sándor: *A család tényállása a Csemegi-kódex és az I. büntető novella tükrében*, Jogtörténeti szemle 2008. 4, 21.

támasztotta alá, hogy *Finkey* az osztrák Btk.-t a javaslattal szemben egyszerűen csak „*ócskának*” nevezte.¹⁸⁷

II.5.6. Pauler Tivadar: Büntetőjogtan

A Kiegyezést követő bizonytalan, a korábbi feudális szabályokat visszaállító rendszerben nagy hatással bírt mind a gyakorlati, mind az elméleti életre *Pauler Tivadar* egyetemi tanár tankönyve, amely elkészítése során a szerző felhasználta a korábbi bíró gyakorlatot, az 1843. évi tervezetet, az osztrák büntető törvénykönyvet, valamint a német észjogi iskola tanait is.¹⁸⁸

Pauler Tivadar tankönyvébe – a korábbi tervezetekkel megegyezően - a gyilkosság büntetnének elemzése kapcsán, a megengedett halálokozó cselekmények körében, azaz mint büntethetőséget kizáró okként határozta meg a veszélyben lévő, terhes anya méhmagzata életének orvos, sebész, vagy szülész által, a veszély elhárítása érdekében történő kioltását.¹⁸⁹ A korábbi javaslatokkal összevetve a tankönyv sem az emberölés és gyilkosság, sem a testi sértés körében nem tartalmazott valamely hivatás gyakorlása kapcsán – pl. orvos által – elkövethető gondatlan – korabeli vétkes vigyázatlan – elkövetési módozatokat.

II.5.7. Az osztrák büntető törvény, a Straf-Gesetzblatt

Az osztrák büntető törvény, a Straf-Gesetzblatt szintén nem önálló tényállásként, hanem az emberölés és a súlyos testi sértés gondatlan minősített alakzataiként rendelte büntetni a hivatásánál, foglalkozásánál fogva magasabb gondosság elmulasztása következtében beállt testi sértést vagy halált okozó magatartást. A törvény 335. §-a minden olyan cselekvést vagy mulasztást, amelyet az elkövető „*állásánál, hivatásánál vagy foglalkozásánál*” fogva előre láthatott, és az a sértett életére, egészségére vagy testi épségére tekintettel veszélyt idézhetett elő vagy a meglévő veszélyt fokozhatta, és ezzel

¹⁸⁷ MADAI *i.m.* 21.

¹⁸⁸ GÖRGÉNYI [2014] *i.m.* 47-48.

¹⁸⁹ PAULER Tivadar: *Büntetőjogtan II. kötet*, Pfeifer Ferdinánd, Pest, 1870, 136.

összefüggésben súlyos testi sérülést vagy halált okozott büntetni rendelt. A büntetési tétel súlyos testi sértés esetén kihágás miatt egytől hat havi, emberölés esetén vétség miatt fél évtől egy évig terjedő szabadságvesztés volt.¹⁹⁰

II.6. Szemelvények a gyakorlatból

A XVIII. században egészségügyi tevékenységgel kapcsolatos büntetőjogi felelősségre vonás esetei közül két orvossal, egy sebésszel – kirurgus -, és egy borbélyal kapcsolatos eljárás emelhető ki.

1. Pozsony városában, az 1756. évben egy beteghez orvosi segítséget kértek, a medikus a híváskor a kocsmában kártyázott, és arra hivatkozva, hogy a beteget nem fenyegeti veszély csak később szállt ki hozzá, ekkor azonban a beteg már eszméletlen volt, majd életét vesztette. Az ügyet „*figyelemre méltónak találták*”, mivel a beteg gyónás nélkül, az örök üdvösség kockáztatásával vesztette életét, amiért a magisztrátus vizsgálatot rendelt el. Az azt lefolytató doktor kérte a kezelőorvost annak megválaszolására, hogy egyrészt a betegnek miért írt fel „*porokat és kanalas orvosságokat*”, másrészt, hogy miért engedte meg a páciensének a bor fogyasztását, ha azt egyidejűleg „*febris bullosa*” miatt kezelte. A vizsgálat eredményeként azonban marasztalás nem történt.¹⁹¹

Az 1758. évben szintén Pozsony városában indult vizsgálat mulasztás gyanúja miatt azon orvossal szemben, aki kollégái kérése ellenére nem jelent meg és adott konzíliumot egy súlyos beteg kezelésével kapcsolatban. A határozat szerint „*az eset súlyos elítélendő, mert ellenkezik az erkölccsel, a med. ord. kötelezettségeivel, valamint a keresztényi szeretet törvényével.*” A magisztrátus elrendelte az esetben érintett orvosok kihallgatását.¹⁹²

¹⁹⁰ BALÁS Elemér: *A büntető törvények zsebkönyve*, Politzer Zsigmond és fia, Budapest, 1905, 233., 242.

¹⁹¹ DADAY András: *Újabb kuriózumok az orvostudomány magyarországi történetéből*, Akadémiai Kiadó, Budapest, 2005, 494.

¹⁹² DADAY [2005] *i.m.* 494-495.

2. Vizsgálat indult a kirurgus és segéde által nyújtott szolgáltatás kapcsán, ugyanis egy tolna megyei lakos érvágást kért a borbélytól, a segéd azonban tévedésből ütőeret vágott, amely következtében, a későbbi, gondos orvosi ápolás ellenére a beteg panaszos kezét többé már nem tudta használni, ezért igazságtételt kért. A vizsgálatot végző doktor véleménye szerint azonban a szóban forgó hiba még a legjobb kirurgussal is előfordulhat, amelyet okozhat a *„túl nagy sietség, a kirurgus gondatlansága, a felmetszendő véna szükséges és helyes állapota megvizsgálásának elmulasztása, ami abban áll, hogy a kar lekötése előtt nem vizsgálja meg a metsző, hogy a metszés leendő helyén van-e vagy nincs artériás pulsatio.”*¹⁹³

3. Egy borbély ellen indult panasz azon eset kapcsán, amely során a beteg saját kezének megvágását követően nem csillapodó vérzés miatt kért segítséget, a borbély pedig két léccel közbe szorította a beteg kezét, akinek ez olyan mértékű fájdalmat okozott, hogy a kötés eltávolítását kérte, azonban a borbély ezt elutasította. A beteg napok múlva a borbélyt felkeresve ismételten kérte a kötés eltávolítását a továbbra is fennálló erős fájdalom miatt, de a panaszokat a borbély a vágásnak tulajdonította és a kötést továbbra is szükségesnek tartotta, ezért nem távolította el azt. A beteg a kötést saját maga vette le, amelyet követően érezte, hogy sebe kellemetlen szagokat áraszt, ezért arra taplót helyezett, valamint észlelte, hogy abban féreg is megjelentek. Ezen panaszokra az ismételten felkeresett borbély azt válaszolta, hogy ezen eltéréseket a vér okozza, és taplót a seben hagyva flastrommal látta el azt. Ezt követően kék hólyagok is megjelentek, amelyek spontán kifakadtak, ezért a borbély a bőrt, körmöket a beteg kezéről eltávolította, a seb azonban nem gyógyult, a beteg kezét nem tudta használni, majd a rövidesen életét veszítette. Az özvegy kérte a borbély felelősségének megállapítását, azonban a vizsgálatot végző orvos kijelentette, hogy a borbélyt nem terheli hanyagság, mivel a beteget naponta látogatta, vizsgálta, ellátta, továbbá az érintett *„csontközi”* artéria sérülése kivérzés esetén halálos kimenetelű is lehet, ezt kívánta megakadályozni a borbély. A vizsgálat során megállapították, hogy a gyulladás, gangréna azért következett be, mert a beteg a borbély tilalma ellenére a kötést eltávolította és arra taplót helyezett. Az esetet a pesti egyetem

¹⁹³ DADAY [2005] *i.m.* 495-496.

orvostudományi kara elé is felterjesztették, ahol a vizsgáló professzor sem állapította meg a borbély felelősségét.¹⁹⁴

4. Továbbá kiemelendő még azon eset is, amely során *II. József* elrendelte, hogy azon hallhatók, akik orvosi tanulmányaikat külföldön végezték, azonban a doktori fokozat megszerzéséhez szükséges záróvizsgát a Nagyszombati Egyetem kívánják abszolválni, úgy legalább negyed éven keresztül szükséges tanulmányokat folytatniuk a hazai képzésben is. Az uralkodó határozatát azon eset kapcsán hozta, hogy a tudomására jutott eset miatt vizsgálatot rendelt el, ugyanis arról értesült, hogy egy görzi származású hallgató, aki orvosi tanulmányait ugyan Bécsben végezte, majd a fokozat megszerzéséhez szükséges vizsgákat ott abszolválni nem tudta, ennek ellenére a Nagyszombati Egyetem mégis doktorrá kívánja avatni. Az 1776. évben fogatosított vizsgálat során *Pilg János* direktor adott választ, amelyben kifejtette, hogy a hallgatót kettő bécsi professzor is dicsérő bizonyítvánnyal látta el, de a doktori fokozat megszerzését Nagyszombaton kívánta eredetileg is eszközölni, amelyet azon körülménnyel indokolt, hogy Bécsben a vizsga költsége igen magas, körülbelül 100 körmőci aranyba kerül, amelyet a diák özvegy édesanyja megfizetni nem tudott. A Nagyszombati Egyetemen a diákot vizsgára bocsátották, amely során doktori értekezését elfogadták, és a tanács egybehangozón alkalmasnak találta a hallgatót az orvosdoktori fokozat megszerzésére. Továbbá kijelentették, hogy abban az esetben, ha a hallgató korábban Bécsben sikertelen vizsgát tett volna, úgy a doktorandusz jelentkezése a hazai egyetemen elutasításra került volna.¹⁹⁵

II.7. A Csemegi-kódex

Az első magyar nyelvű büntető törvénykönyv, a Csemegi-kódex, 1880-ban lépett hatályba.¹⁹⁶ Hazánkban ezt megelőzően a büntetőjog szabályai a *Werbőczy István* által szerkesztett Tripartitumon,¹⁹⁷ majd az 1696. évben a Corpus Juris Hungariciba való

¹⁹⁴ DADAY [2005] *i.m.* 496-497.

¹⁹⁵ DADAY [2005] *i.m.* 502.

¹⁹⁶ KORMÁNY Zita - SZALÓKI Gergely: *A Csemegi kódex szankciórendszere I.*, Jogelméleti szemle 2011. 3., <http://jesz.ajk.elte.hu/kormany-szaloki47.html> (2024. június 04-i letöltés).

¹⁹⁷ MADAI [2009] *i.m.* 17.

felvételét követően Alsó-Ausztria büntetőkódexén, a Praxis Criminalison alapultak.¹⁹⁸ A XVIII. század végére egyre nagyobb igény mutatkozott egy modern büntetőjogi kodifikáció megalkotására, hiszen egyrészt időközben hazánkban is jelentős társadalmi változások következtek be, másrészt – az európai kontinentális kodifikációs hullám árnyékában¹⁹⁹ – elavulttá vált a korábbi, szokásjogon alapuló bíraskodás is, amely eredményeként több, az előző fejezetekben részletezett és bemutatott büntetőjogi törvényjavaslat is született. Ezen tervezetek végül nem kerültek elfogadásra, ezért a szabadságharc bukását követően, a korábbi fejezetben már részletezettek szerint először az osztrák büntető kódex, majd a korábbi magyar büntető törvények alkalmazását rendelte el a neoabszolutista vezetés. A Kiegyezést követően egyre sürgetőbbé vált a büntetőjog kodifikációja, ezért az igazságügy-minisztérium az 1871. évben megbízta *Csemegi Károlyt* egy új tervezet kidolgozásával, amely végül az 1875. évben került a parlament elé, majd elfogadására két éves vitát követően kerülhetett sor.²⁰⁰ Ezen büntető norma, azaz a magyar büntetőtörvénykönyv a büntettekéről és vétségekről szóló 1878. évi V. törvénycikk volt az első kodifikált és az országgyűlés által elfogadott, hatályos büntetőtörvénykönyv hazánkban.²⁰¹ Tekintettel *Csemegi Károly* által preferált trichotomiára, azaz hármas felosztásra, a kihágásokat külön törvényben az 1879. évi XL. törvénycikkkel szabályozta.²⁰²

II.7.1. A bűnösséggel kapcsolatos sajátos kérdések

Tekintettel arra, hogy az orvosi műhiba kérdéskörébe tartozó, a Kódex által szabályozott deliktumok értelmezéséhez nem nélkülözhető a büntetőtörvényben nem szabályozott, csupán nevesített bűnösség korabeli fogalmának ismerete, így először annak vizsgálatára, mint egyik kulcsprobléma kérdésére tér ki jelen alfejezet.

A Kódex a VI., Szándék és gondatlanság című fejezetében tartalmazta a bűnösséggel kapcsolatos részt, amely a következőképpen rendelkezett: „75. § *Büntettet csak szándékosan elkövetett cselekmények képeznek. Ugyanez áll a vétségekre is, kivévn, ha*

¹⁹⁸ MADAI [2010] *i.m.* 13.

¹⁹⁹ UJVÁRI Ákos: *Gondolatok a társadalomra veszélyesség (materiális jogellenesség) jövőbeli jogi sorsáról*, Jogelméleti Szemle 2003. 1, 2.

²⁰⁰ GÖRGÉNYI [2014] *i.m.* 48.

²⁰¹ KORMÁNY *i.m.* <http://jesz.ajk.elte.hu/kormany-szaloki47.html> (2024. június 04-i letöltés).

²⁰² GÖRGÉNYI [2014] *i.m.* 48-49.

a gondatlanságból (culpa) elkövetett cselekmény a törvény különös részében vétségnek nyilvánítatik.”

A Kódex a bűnösség két fajtáját, mint szándékosság és gondatlanság csupán nevesítette, azonban egzakt definíciót nem tartalmazott.²⁰³ A törvény két alapvető tételt fogalmazott meg, miszerint egyrészt büntettet csak szándékosan elkövetett cselekmény képezhet, másrészt gondatlanságból elkövetett cselekmény csak abban az esetben büntethető, ha a különös rész az adott cselekmény gondatlan elkövetési alakzatát bűncselekménynek minősítette.²⁰⁴ Fontos megjegyezni, hogy a fogalom meghatározást, valamint a dolus és culpa további típusainak részletezését a korabeli, modern törvénykönyvek szintén mellőzték,²⁰⁵ tehát pusztán ennek elmaradása nem tekinthető a törvénykönyv hiányosságának. Mivel a törvény a szándékosság és gondatlanság fogalmát nem tartalmazta, így annak meghatározása a jogtudományra és a bírói gyakorlatra hárult.²⁰⁶

II.7.1.1. A szándékosság

A szándékosság fogalmát a Kódex hatálybalépését követően, a törvényi indokolás a következőképpen definiálta: *„a szándék akkor forog fenn, mikor valaki tudta és akarva teszi, illetőleg elmulasztja azt, aminek elkövetésére, illetőleg elmulasztására a törvény büntetést rendel”*.²⁰⁷ A fogalom meghatározására természetesen a korabeli jogtudomány is törekedett, hiszen annak kiváló művelője, *Edvi Illés Károly* a bűnösséggel kapcsolatban a következő definíciókat határozta meg: *„szándék az akarat szabad és tudatos irányítása büntetendő cselekmény tényállásának létesítésére..”, a gondatlanság pedig „...az akarat szabad elhatározása olyan cselekményre, melyből a tettes szándéka nélkül jogsértés származott, melynek bekövetkezését azonban előrelátta vagy láthatta és elháríthatta volna.”*²⁰⁸ Összességében megállapítható, hogy a korabeli jogtudomány a szándék két fajtáját különítette el, úgymint az egyenes szándékot (dolus directus) és az eshetőleges

²⁰³ BURSICS *i.m.* 90.

²⁰⁴ LÖW Tóbiás: *A Magyar Büntetőtörvénykönyv a büntettekről és vétségekről és teljes anyaggyűjteménye II.* Pesti Könyvnyomda-részvény-társaság, Budapest, 1880, 493.

²⁰⁵ LÖW Tóbiás: *A Magyar Büntetőtörvénykönyv a büntettekről és vétségekről és teljes anyaggyűjteménye I.* Pesti Könyvnyomda-részvény-társaság, Budapest, 1880, 498.

²⁰⁶ KASSAI *i.m.* 62.

²⁰⁷ FEHÉRVÁRY *i.m.* 65.

²⁰⁸ EDVI Illés Károly: *A magyar büntetőtörvénykönyv magyarázata I.* Révai Testvérek Irodalmi Intézet Rt, Budapest, 1909, 278., 284-285.

szándékot (dolus eventualis). Az egyenes szándék esetén az elkövetőt a káros eredmény motiválta tettének végrehajtásában, míg az eshetőleges szándék esetén a bűncselekmény alanya előtt megjelent ugyan a számára közömbös és káros eredmény, de annak bekövetkeztét nem kívánta.²⁰⁹

II.7.1.2. A gondatlanság

A gondatlanság fogalmi meghatározásával kapcsolatban *Edvi Illés* – és *Finkey Ferenc* – definíciójától eltérően *Angyal Pál* nézőpontja szerint azt további két alakzatra, úgymint a tudatos (luxuria) és a hanyag (negligentia) gondatlanságra lehetett bontani. *Angyal* a következőképpen fogalmazott: „gondatlanság forog fenn, ha a cselekvőt valamely cselekményének elkövetésére, melyről tudta vagy tudhatta, hogy érte büntetés jár, a beállott eredmény elmaradásához fűzött remény indította vagy attól az eredmény képzete, mert hiányzott, bár meg kellett volna lennie, nem tartotta vissza.”²¹⁰ A tudatos gondatlanság, azaz luxuria esetén az elkövető előre látja tettének eredményét, de könnyelműen bízik annak elmaradásában, az eshetőleges szándéktól való elhatárolás alapját pedig az szolgáltatja, hogy míg a dolus eventualis esetén az elkövetőt tettének káros eredményének biztos bekövetkezése sem tartja vissza, addig luxuria esetén a tettes bizakodik az eredmény be nem következében. Negligentia esetén pedig az elkövető tudatában tettének káros eredménye annak ellenére sem realizálódik, hogy azt előre kellett volna látnia.²¹¹ Természetesen a jogtudomány mellett a bírói gyakorlat is értékelte a gondatlanság fogalmát, hiszen a Curia C. B. II. 4638/1930. számú ítéletében azt a következőképpen definiálta: „Bűnetetőjogilag értékelhető gondatlanság csak ott kezdődik, amikor valaki az élet közönséges tapasztalatait tartva szem előtt, kellő körültekintés mellett előre láthatja azt, hogy cselekménye jogsértő eredményt idézhet elő; ahol a bekövetkezett jogsértő eredmény ilyen módon nem volt előrelátható, mivel a dolgok természetes és rendes lefolyása mellett ez a cselekmény ilyen jogsértő eredményt előidézni nem szokott, ott büntetőjogi gondatlanságról nem lehet szó.”²¹²

²⁰⁹ BURSICS *i.m.* 90.

²¹⁰ FEHÉRVÁRY *i.m.* 67-68.

²¹¹ BURSICS *i.m.* 90-91.

²¹² KASSAI *i.m.* 118.

II.7.2. A gondatlanság különös foka, az „ipari culpa”

Számos szerző – például Schnierer, Finkey és Fehérváry – a büntető törvénykönyv emberölés és testi sértés deliktumai esetén a gondatlanság „különleges” fokaként említette a szakfoglalkozások körében megkívánt magasabb gondosságot. Véleményük szerint ezen esetekben az eredmény az elkövető hivatásában vagy foglalkozásában való járatlanságából, hanyagságából, vagy az adott foglalkozás szabályainak megsértéséből adódott.²¹³ A törvényhozó ezért a hivatás, foglalkozás gyakorlása során az azt művelőtől megkívánta a „nagyoobbfokú”, azaz különös gondosságot.²¹⁴ Azon okból kifolyólag pedig, hogy ezen deliktumok a gondatlanság súlyosabban minősülő esetei voltak, így – a vétségek körén belül mérten - magasabb büntetési tétel alá estek,²¹⁵ fontos azonban megjegyezni, hogy magát a káros eredményt ugyan nem okozó, – pusztán – veszélyeztető cselekményeket a jogalkotó ekkor még nem rendelte büntetni. A jogalkotó a foglalkozásokkal – pl. orvosi – kapcsolatos büntetőjogi felelősség szabályait így nem önálló tényállás keretein belül kívánta szabályozni, hanem azt a gondatlanságból elkövetett emberölés és súlyos testi sértés minősített eseteként, magasabb büntetési tétel kilátásba helyezésével rendelte büntetni. A törvény miniszteri indokolása²¹⁶ szerint ugyanis, ha „az orvos, a gyógyszerész, az építész, a gépész, a mérnök stb., ha a kellő

²¹³ SCHNIERER *i.m.* 148.

²¹⁴ FEHÉRVÁRY *i.m.* 67-68.

²¹⁵ BALOGH Jenő *i.m.* 270.

²¹⁶ „Az orvos, a gyógyszerész, a szülész, az építész, a ki szakmája gyakorlatában nyilvánuló tudatlanságból, mások életének elvesztését okozta; a kinek tudatlansága miatt talán már több ízben, mások súlyosan megsérültek, nyomorékokká váltak: nem hagyható továbbra is azon foglalkozás gyakorlatában, a melyhez nem ért, s a melyben embertársai szerencsétlenségét, a családok nyomorát idézi elő. A törvényhozás, mely a tudatlanság ennyire veszélyes pusztításainak utját nem állaná, alig teljesítené helyesen feladatát, s alig felelne meg azon hivatásának, melyet a polgárok érdekében betöltenie kell. Ennek ellenében a hivatkozás arra, hogy az ügyetlen orvos által ne gyógytassa magát senki, hogy a gondatlan gyógyszerész gyógytára elkerülhető, hogy a szakképességgel nem bíró építész nem kell megbízni az építéssel, ezen s hasonló ellenvetések nem bírnak súly-lyal. Mert először az építész, a mérnök – például a bányamérnök tudatlanság által gyakran nem az szenved, a ki őt alkalmazta, hanem sok esetben a munkások, sok esetben azok, a kik véletlenül akkor vannak az épületben, midőn a hibás tervezés, vagy rossz építés következtében összeomlik az építmény, vagy beszakad a mű. De az orvosra nézve sem áll, különösen falun, hogy azok között választani lehetne. Két vagy több orvos még a kisebb városokban is alig találja fennállhatását biztosítva; s ha ily helyen már letelepedett egy tudatlan vagy gondatlan orvos: egy másik, a ki talán áldásosan működne, alig fog ott letelepedni, s alig határozandja el magát annak bevárására, míg a közönség meggyőződik, hogy az előbbi orvos nem bír a kellő szakértelemmel. De nemcsak a tudatlanság, hanem a gondatlanság ellen is sikeres büntetési nem az, a mely a 60-ik, illetőleg a 280. és 299. §§-ban, Nem osztályoztuk a gondatlanságot – vagy »vétkes vigyázatlanságot« – kisebb vagy nagyobb fokura [...] De igen is tettünk különbséget a gondatlanság közt, ha a halál,2 az ezt okozónak hivatalában, tudományában, iparágában, vagy foglalkozásában, való járatlanságából, vagy hanyagságából származik. Ezekről a közönség fel van jogosítva a veszély teljes ismeretét s annak elhárítására, a legnagyobb óvatosságot követelni.” In: LÖW I. *i.m.* 365.

óvatosságot elmulasztják, s ennek folytán valakinek halálát habár sértési szándék nélkül okozzák: súlyosabb beszámítást érdemelnek.”²¹⁷ Tehát abban az esetben, ha például az orvos gyógyító tevékenysége során gondatlanul a betegnek súlyos testi sértést, vagy halált okoz és a kettő között az okozati összefüggés megállapítható, úgy – *Kassai és Szőke* fogalmával élve - megvalósult a „gondatlan orvosi bűncselekmény”,²¹⁸ amely normát a korabeli jogtudomány több helyen „*ipari culpa*”-nak²¹⁹ vagy „*iparszerű culpának*”²²⁰-nak nevezte.

II.7.3. A tényállások tükrében

II.7.3.1. A gondatlan emberölés minősített esete, mint az orvos büntetőjogi felelősségének alapja

A gondatlan emberöléssel kapcsolatban a Kódex a következőképpen rendelkezett:

„290. § A ki gondatlansága által embernek halálát okozta, az emberölés vétségét követi el és három évig terjedhető fogházzal büntetendő.

291. § Ha azonban a halál, az azt okozónak hivatásában vagy foglalkozásban való járatlanságából, hanyagságából, vagy azok szabályainak megszegéséből származott, három évig terjedhető fogházzal és száz forinttól kétezer forintig terjedhető pénzbüntetéssel büntetendő.”²²¹

Ahogy azt már korábban olvashattuk, a Csemegi-kódex – eltérően a korábbi, 1843. évi tervezettől – a gondatlanság-vétkes vigyázatlanság szerinti osztályozásától eltekintett. Azzal azonban, hogy megalkotásra került a gondatlan emberölés minősített esete, mégis történt különbségtétel a gondatlanság fajai között.²²²

²¹⁷ IDZIG Izabella, *A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés szabályozásnak hazai alakulása. Történeti visszatekintés*, *Ügyészek lapja* 2021. 6, <http://ugyeszeklapja.hu/?p=3689> (2024. március 14-i letöltés).

²¹⁸ KASSAI *i.m.* 117.

²¹⁹ FEHÉRVÁRY *i.m.* 143.

BURSICS *i.m.* 260.

²²⁰ MADAI *i.m.* 326.

²²¹ 1878. évi V. tc. 290, 291. §.

²²² LÖW II. *i.m.* 501-503.; 562-563.

A minősítés alapját az képezte, hogy míg a jogalkotó az állampolgároktól a mindennapi életvitel során az általában elvárható gondosságot követelte meg, úgy azon egyénekekkel szemben, akik valamely foglalkozást gyakorolnak – a foglalkozás szabályainak ismerete okán – megkövetelhető a lehetséges veszélyek pontos felmérése és azok elhárítása, tehát a szakmát művelőktől elvárható, hogy az átlagosnál magasabb szintű óvatosságot és elővigyázatosságot tanúsítsanak.²²³ *Finkey Ferenc* véleménye szerint ugyanis, ha a törvény megkövetelheti a mindennapi emberektől, hogy tartózkodjanak mások életének és testi épségének megsértésétől vagy veszélyeztetésétől, akkor az a hivatást gyakorló személyektől is elvárható. Véleményét az orvosi foglalkozással kapcsolatban arra alapozza, hogy az orvos nemcsak köteles az általa végzett beavatkozások során a beteg életének veszélyeztetésétől vagy testi épségének, egészségének rosszabbodásától tartózkodni, hanem az orvosi beavatkozások ismerten, potenciálisan veszélyes természete miatt, arra eleve felkészültnek kell lennie és éppen ezért munkája során a képzettségének megfelelően és annak okán kell fennállnia az előrelátás lehetőségének. Azokban az esetekben pedig, ha a gyógyító hanyagsága, járatlansága, vagy a vonatkozó orvosi szabályok megszegése következtében a beteg halála vagy súlyos testi sértése következik be és azt a kezelőorvos előre láthatta volna, úgy – az eredménytől függően – a felelőssége megállapítható.²²⁴

II.7.3.2. A gondatlan súlyos testi sértés minősített esete, mint az orvos büntetőjogi felelősségének alapja

A gondatlan súlyos testi sértéssel kapcsolatban a Kódex az alábbiak szerint rendelkezett:

„310. § A ki gondatlanság által másnak súlyos testi sértést okozott: három hónapig terjedhető fogházzal, és kétszáz forintig terjedhető pénzbüntetéssel büntetendő.

Ha azonban a súlyos testi sértés, az azt okozónak saját hivatásában vagy foglalkozásában való járatlanságából, hanyagságából vagy azok szabályainak megszegéséből származott,

²²³ EDVI Illés Károly: *A magyar büntető törvénykönyv magyarázata II*, Révai Testvérek Irodalmi Intézet Rt, Budapest, 1909, 563.

²²⁴ FINKEY Ferencz: *Orvosi beavatkozás és a testi sértés*, Büntető Jog Tára, Budapest, 1905, 25, 385-391. old.

*egy évig terjedhető fogházzal és ötszáz forintig terjedhető pénzbüntetéssel büntetendő.*²²⁵

A gondatlan emberölés minősített esetéhez hasonlóan, a hivatás és foglalkozás gyakorlása során elvárt magasabb gondossági foknak megfelelően, ha a káros eredmény a vonatkozó szabályok megsértéséből származott és a súlyos testi sértés ennek eredményeként következett be, akkor a cselekményt a jogalkotó súlyosabban rendelte büntetni. Az emberölés minősített gondatlan alakzatával összevetve, a bűnösség kérdésében megegyeztek, kizárólag az eredmény tekintetében tértek el egymástól. Az eredmény pedig nemcsak sérülés lehetett, hanem betegség, elmebaj, vagy – a korabeli terminológiával élve – általánosságban fogalmazva egészségkárosodás is.²²⁶ A gyógytartam tekintetében annak nyolc napon túlnak kellett lennie,²²⁷ továbbá a Kúria K. 8646/1913 számú határozata szerint a minősítés során a valóságos gyógyulási időt kellett figyelembe venni. A bíróság vonatkozó véleménye szerint abban az esetben is a hosszabb gyógytartam volt az irányadó, ha azt a sértett közrehatása okozta. Tehát ha például a beteg a gyógykezelést elmulasztotta és emiatt hosszabbodott meg a gyógyulás ideje, akkor a sértett közrehatása kizárólag enyhítő körülményként volt értékelhető és az a minősítés során nem kerülhetett értékelésre.²²⁸ Továbbá elengedhetetlen volt az okozati összefüggés fennállása a gondatlan tevés vagy mulasztás és a súlyos testi sértés között, ha ugyanis okozati összefüggés nem állt fenn azok közt, úgy bűncselekmény sem volt megállapítható.²²⁹ Fontos megemlíteni, hogy már *Schnierer* rögzítette, hogy ezen esetek vizsgálata kapcsán mindig szakértői kérdés az adott tudomány elveinek, foglalkozás szabályainak és ezzel kapcsolatos külön rendeleteknek a meghatározása, azok adott esetre vonatkoztatása.²³⁰

Összességében kijelenthető tehát, hogy a Csemegi-kódex hatálybalépésével a XIX. század végére létrejött gondatlan, szabályszegő és káros eredményt okozó orvossal szembeni büntetőjogi felelősségre vonás törvényi alapja. Az első magyar nyelvű büntető törvénykönyv ugyan még nem önálló tényállásként, hanem a gondatlan emberölés és gondatlan testi sértés minősített alakzataiként rendelte büntetni a szabályszegéssel

²²⁵ 1878. évi V. törvénycikk a magyar büntetőtörvénykönyv a büntettekről és vétségekről 310. §.

²²⁶ KASSAI *i.m.* 136.

²²⁷ EDVI II. *i.m.* 644.

²²⁸ TÓTH László *i.m.* 445.

²²⁹ *Az orvosi gyakorlat szabályai*, Posner Grafikai Müintézet Rt., Budapest, 1935, 100.

²³⁰ SCHNIERER Aladár: *A büntettekről és vétségekről szóló Magyar Büntető-törvény magyarázata*, Franklin-Társulat, Budapest, 1893, 476.

okozati összefüggésben káros eredményt okozó orvost. Fontos azonban megemlíteni – ahogyan arra *Edvi Illés Károly* is felhívta a figyelmet – hogy a törvényi tényállás csak a sértő eredmény bekövetkezését rendelte büntetni, továbbá maga a káros eredménnyel nem járó veszélyhelyzet előidézése nem került büntetőjogi megítélés tárgyává.

II.7.4. A „foglalkozás” értelmezése

A vonatkozó tényállások elemzésével kapcsolatban elengedhetetlen magának a foglalkozás fogalmának meghatározása. A hivatásnak, illetőleg foglalkozásnak olyan kereseti módot tekintettek, amely különös szakértelmet igényel, meghatározott szabályok keretei között végezhető vagy az átlagosnál magasabb fokú óvatosságot követel meg, azonban nem képezi feltételét, hogy az adott foglalkozás állami engedélyen alapuljon.²³¹ Továbbá szükséges volt, hogy az adott foglalkozás állandóan, folyamatosan gyakorlott legyen,²³² tehát az eseti munkavégzésre ekkor még nem vonatkoztak a szigorúbb gondossági szabályok. Abban az esetben, ha a foglalkozást végző személy a hivatásának szabályain túl, azaz kompetenciáját meghaladva cselekedett és a káros eredmény ennek következtében állt be, úgy *Edvi Illés* véleménye szerint nem valósította meg a minősített eset törvényi tényállását.²³³ Ezzel szemben azonban a Kúria a gondatlan emberölés minősített esete alapján ítélte el azt a bábát, aki az újszülött szájpaddlásához nőtt nyelvének átvágásával, perforációt létrehozva okozta a csecsemő halálát.²³⁴

A foglalkozás szabályait már ekkor mind írott, mind íratlan szabályok is alkották. A korabeli jogtudomány véleménye szerint maga a szabály megszegése – ellenkező bizonyításáig – már megvalósította a gondatlanságot. Érdeemes megemlíteni, hogy ez idő tájt felmerült *Edvi Illés*-ben, hogy abban az esetben, ha az írott szabály az adott helyzetre vonatkozóan nem rendelkezik, de a foglalkozást végző szakismereténél fogva mégis különös figyelemre képes, akkor az írott norma nem képezheti-e határát a fokozott felelősségnek?²³⁵ A foglalkozási szabályszegés és a beteg halála között pedig elengedhetetlen a büntetőjogi felelősségre vonás szempontjából az okozati összefüggés

²³¹ SCHNIERER [1893] *i.m.* 454.

²³² BALOGH Jenő *i.m.* 271.

²³³ EDVI Illés Károly: *A magyar büntetőtörvények zsebkönyve*, Révai Irodalmi Intézet, Budapest, 1929, 132.

²³⁴ EDVI II. *i.m.* 564.

²³⁵ EDVI II. *i.m.* 565.

fennállta,²³⁶ hiszen önmagában a foglalkozási szabályszegés káros eredmény nélkül büntetőjogi felelősségre vonás alapját nem képezhetette.²³⁷

Ödönfi Miksa az orvosi felelősséggel kapcsolatos cikksorozatában vetette fel azon kérdést, ha egy sürgős veszélyhelyzet során az orvosnak olyan beavatkozást kellene a beteg életének megmentése érdekében elvégeznie, amelyről tudja, hogy képzettségének és képességeinek határát meghaladja, mégis megpróbálja elvégezni azt, azonban a beteg életét veszíti vagy súlyos testi sérülést szenved, úgy felelősségre vonható-e? A választ *Edvi Illés* általánosan megfogalmazott érvelésével alátámasztva adta meg, amely szerint abban az esetben, ha több együtt nem teljesíthető, egymással konkuráló szabály áll fenn, akkor csak az vonható felelősségre, aki a kevésbé fontos szabály teljesítésével a lényegesebb kötelességét elmulasztja. Tehát aki az orvosi segínyt sürgős esetben azért tagadja meg, mert fél a sikertelenség esetén beállt káros eredmény következtében történő felelősségre vonástól, a Kbtk 93. §-a²³⁸ szerint kihágást követi el, míg a beteg életét menteni próbáló, legjobb tudása szerint eljáró, de sikertelen orvos büntetőjogi felelősségre nem vonható.²³⁹

II.7.5. A „veszély” fogalma

Mivel a veszély fogalmát a jogalkotó nem határozta meg, annak definiálása a jogtudományra és a bírói gyakorlatra hárult.²⁴⁰ *Angyal Pál* a veszély fogalmát a károsodás, a sérelem bekövetkezésének valószínűségével, vagy közeli lehetőségével definiálta, ezzel azonban *Székely János* nem értett egyet, véleménye szerint a veszély csak a hátrány bekövetkezésének a lehetősége, de irreleváns maga a bekövetkezés valószínűsége.²⁴¹

²³⁶ ÖDÖNFI Miksa: *Az orvos büntetőjogi és magánjogi felelőssége II*, Ügyvédek lapja 1904. 42, 4.

²³⁷ ÖDÖNFI Miksa: *Az orvos büntetőjogi és magánjogi felelőssége III*, Ügyvédek lapja 1904. 43, 4.

²³⁸ „93. § Azon gyakorló orvos és sebész, a ki veszély esetében az első orvosi segély nyújtást alapos ok nélkül megtagadja vagy elhalasztja, továbbá azon gyakorló orvos vagy sebész, a ki járvány idejében rendes működési területén a hatósági kirendelést el nem fogadja, vagy a járvány folytán megbetegültek részéről kért első orvosi segélyt, s a mennyiben lakhelyén más orvos a gyakorlatot nem üzi, a további gyógykezelést alapos ok nélkül megtagadja vagy elhalasztja: száz forintig terjedhető pénzbüntetéssel büntetendő.”

²³⁹ ÖDÖNFI Miksa: *Az orvos büntetőjogi és magánjogi felelőssége IV*, Ügyvédek lapja 1904. 44, 3-4.

²⁴⁰ MADAI [2020] i.m. 327.

²⁴¹ KERESZTY Béla: *Két javaslat a közlekedési bűncselekmények kodifikációjához*, Magyar Jog 2005. 5, 272-273.

II.7.6. A magánjogi és büntetőjogi felelősség elhatárolása

A Kúria – K. P. I. 5081/1938. számú ítéletében – már ebben az időszakban állást foglalt a büntetőjogi és magánjogi felelősség egymástól történő elhatárolásával kapcsolatban.²⁴² A hivatkozott eljárás során ugyanis az orvos végzettségű alperes a felülvizsgálati kérelmét arra alapította, hogy mivel a büntetőbíróság vele szemben bűnösség hiányában a büntetőeljárást megszüntette, ezért vétkessége és magánjogi felelőssége sem állapítható meg, tehát kártérítési kötelezettsége sem lehet a felperes irányába. A bíróság az alperes jogi álláspontját tévesnek ítélte és indokolásában rávilágított arra, hogy az egyben súlyosabb és szűkebb körű büntetőjogi felelősség hiánya nem zárja ki a szélesebb körű magánjogi kártérítési felelősség megállapítását, továbbá a két felelősségi forma nem fedí és nem is fedheti egymást.²⁴³ A Kúria jogegységi tanácsának 49. számú polgári döntvénye szerint a magánjogi bíróság a kártérítési igény elbírálása során sem a büntetőügyben született felmentő, sem a bűnösséget megállapító döntéséhez nincs kötve, kivételt azon eset képez, amely során a magánjogi igény érvényesítésének alapját a jogszabályi rendelkezés értelmében a büntető ítélet kell, hogy képezze.²⁴⁴ A különbségtétel kvintesszenciáját az adja, hogy a büntetőjogi felelősség alapját képező bűnösség kategóriánál a magánjogi kártérítési igényt eltérő, szélesebb alap biztosítja,²⁴⁵ hiszen a polgári jogi gondosság (illetőleg annak hiánya) az adott helyzethez mérten vizsgált, nem éles határvonallal körülírt fogalmak, tehát azok a büntetőjogi gondatlanság fogalomkörénél egy szélesebb jelentéstartalommal bírnak.²⁴⁶

II.7.7. Szemelvények a gyakorlatból

1. A Kúria a K. B. II. 1132/1932 határozatában a királyi ítélőtábla gondatlanságból okozott súlyos testi sértés miatt ítélte el az orvos vádlottat. A bíróság a tettes azon hibáját,

²⁴² (Az elhatárolást nehezíti, hogy az első kodifikált polgári törvénykönyv, azaz 1959. évi IV. törvény megalkotásáig a magyar magánjogi nem volt egységes, így a differenciálás kifejtése jelen tanulmány kereteit meghaladná, ezért az egy külön értekezés tárgyát képezheti)

²⁴³ TÓTH László *i.m.* 442.

²⁴⁴ ifj. SZIGETI László: *A m. kir. Kúria jogegységi tanácsának 49. számú polgári döntvénye.* In: *Polgári jog: a hazai és külföldi magánjog és hiteljog szemléje*, 1932. 8, 214-215.

²⁴⁵ ifj. SZIGETI László: *Két perjogi kérdés a jogegységi tanács előtt.* In: *Polgári jog: a hazai és külföldi magánjog és hiteljog szemléje*, 1935. 11, 175-177.

²⁴⁶ TÓTH László *i.m.* 437.

hogy az általa végzett hasi műtét során használt tamponkendők számát a műtét végeztével sem személyesen, sem a segéd által nem számolta meg és ezáltal egy kendőt a sértett testében felejtve kóros elváltozást okozott, az eredménnyel okozati összefüggésben álló, gondatlan mulasztásként értékelte. A bíróság rávilágított arra, hogy az orvos a kóros eredményt nem kizárólag szaktudásánál fogva, hanem élettapasztalata szerint is előre láthatta volna és azt a megfelelő körütekintés esetén el is háríthatta volna. Mulasztásában a büntetőjogi gondatlanság megvalósult. A bíróság a segédként alkalmazott vádlottat felmentette, mivel ő csak a kényszerhelyzet miatt került alkalmazásra az adott műtét során, szakmai jártassággal nem rendelkezhetett, munkáját a műtőorvos utasításai szerint végezte, így az őt terhelő gondosság követelményeinek eleget tett.²⁴⁷

2. A bíróság a K. 438/910. – B. IV. 63. számú ítéletében megállapította azon orvos felelősségét, aki az előírt gondos megfigyelést és a tünetek jelentkezése alapján szükséges orvosi gyógykezelést annak ellenére mulasztotta el, hogy a beállt káros eredményt, azaz üszkösödés meg nem akadályozásából következő szövődményeket az általános orvosi szakértelem és saját tapasztalatai alapján előre kellett volna látnia. Továbbá a bíróság K. 2125/1917. számú ítéletében állapított meg az orvos felelősségét azon méhkaparás kapcsán, amely során a szövődmények jelentkezése után, a szakmai előírás ellenére a második orvos közreműködését mellőzve a műtétet végző orvos nem ismerte fel a méh átfúródás bekövetkeztét, a beteg pedig a megfelelő kezelés hiányában életét veszítette. A műhibát vétő orvost a bíróság a Csemegi-kódex 291. § alapján minősülő gondatlanságból elkövetett emberölés vétsége miatt ítélte el.²⁴⁸

3. Az a szülésznő, aki a terhesség vagy szülés veszéllyel járó esete során nem folyamodik orvosi segítségért és a szülő nő meghal, akkor a C. 2441/903. – B. H. T. IV. 382. sz. határozata értelmében a Btk. 291. §-a, azaz a gondatlan emberölés minősített alakzata szerint vonható felelősségre.²⁴⁹

4. A XX. század elején közfelháborodás tárgyát keltette a Királyi Magyar Tudományegyetem I. Számú Sebészeti Klinikáján végzett hasi műtét során a beteg

²⁴⁷ TÓTH László *i.m.* 443-444.

²⁴⁸ ISAÁK Gyula: *Büntető Törvénykönyv a büntettekről és vétségekről (1878. v. tc.)*, Grill Károly Könyvkiadóvállalata, Budapest, 1928, 262., 265-266.

²⁴⁹ EDVI [1929] *i.m.* 132.

testében visszamaradt érfogó következtében kialakult tályog, majd a műszer eltávolítása utáni halál esete.²⁵⁰ A tényállás lényege szerint a kérdéses hasi műtétet 1901 novemberében Budapesten a klinikavezető *Döllinger Gyula* egyetemi tanár²⁵¹ végezte. A műtét nehéznek bizonyult és időtartama elhúzódott, a beteg állapota a műtét végére legyengült, ezért a has zárásával az operátornak sietnie kellett.²⁵² Később a hasüregben gyulladós folyamat indult, a beteg hasa növekedni kezdett, a leírások szerint „*csaknem a földig lógott le*”, ezért az 1904. év nyarán a beteg felkereste az öt operáló orvost a budapesti sebészeti klinikán, akinek a távollétére hivatkozva az ott dolgozók vizsgálat nélkül a szülészeti klinikára irányították. Végül a beteg inkább Szegedre utazott,²⁵³ ahol megműtötték és hasából egy érfogót távolítottak el, azonban a szövődmények miatt a beteg életét veszítette.²⁵⁴ Az ügyet ugyan vizsgálták, de végül sem a Budapesti Királyi Ítéltábla vizsgálóbírája, sem a vádtanács nem rendelte el a vádemelést, amelyet az Igazságügyi Orvosi Tanácstól beszerzett véleményre alapoztak. Az állásfoglalás szerint a fertőzés oka pontosan nem meghatározható, mivel nem volt egyértelmű, hogy azt a hasüregben visszamaradt műszer, vagy gyermekágyi fertőzés okozhatta, utóbbi a szakértők szerint a hosszú vonatúton is kialakulhatott, ezért a beteg testében maradt műszer által előidézett tályog és a halál között okozati összefüggés nem volt kimutatható egyértelműen, ezért a gondatlanságból elkövetett emberölés miatt indított vizsgálatot megszüntették. Felmerült gondatlanságból elkövetett súlyos testi sértés lehetősége is, mivel a visszamaradt eszköz okozta tályog gyógytartama ezt meghaladónak számított. Továbbá a vonatkozó szakmai szabályok, maga *Döllinger* módszertani tankönyve tartalmazta, hogy az érfogókat mind a műtét kezdetekor, mind a has zárása előtt meg kellett számolni, mivel csak ezen eljárással kerülhető el a műszerek hasüregben való felejtése. Ilyen óvintézkedés nyilvánvalóan nem került betartásra, továbbá azon körülmény, miszerint egy ápolónő volt a számolással megbízva, nem zárhatta ki a műtétet vezető felelősségét, ugyanis a műtét vezetése ki kellett, hogy terjedjen a biztonsági óvintézkedések ellenőrzésére is. Mindezen tények ellenére az Ítéltábla azért nem tartotta megállapíthatónak a terhelt büntetőjogi felelősségét, mert a műtét és a haláleset között eltelt négy év a bizonyíthatóságot kizárta. A szakértők a vizsgálatuk során megerősítették, hogy a műtét ideje annak nehézsége miatt valóban elhúzódott és a beteg legyengült

²⁵⁰ *A gyilkos ércsípő*, Független Magyarország, Budapest 1904. szeptember 15. 2.

²⁵¹ *A gyilkos ércsípő - Döllinger professzort mosdatják* -, Független Magyarország 1904. szeptember 15. 7.

²⁵² WOLF Vilmos: *A hasban felejtett műszer*, Ügyvédek lapja 1905. 43. 8.

²⁵³ *A hasban felejtett orvosi műszer*, Pesti Hírlap 1904. szeptember 17. 12.

²⁵⁴ *A Lédeczi-ügy*, Pesti Hírlap 1905. március 28. 17.

állapota gyors befejezést igényelt, ezért véleményük szerint egy már eltávolított műszer – elkerülve a fáradt mütös személyzet figyelmét – akár a hasüregbe visszacsúszhatott, ami az utókezelés során végig rejtve maradhatott. Összességében megállapításra került, hogy egy sor kedvezőtlen esemény közrehatása következtében alakult ki a káros eredmény.²⁵⁵

Az ügy kapcsán az addig egyáltalán nem tárgyalt, a helytelen orvosi beavatkozás büntetőjogi felelőssége mind a szak-, mind a napi sajtó górcsőve alá került.²⁵⁶ Az operáció kapcsán számos jogtudós, így például *Edvi Illés Károly* is esettanulmányt írt az orvos hanyagsága miatt a beteg egészségében beállt károsodás vagy halál közötti összefüggéssel kapcsolatos büntetőjogi következmények lehetőségéről. A szóban forgó tanulmány szerint abban az esetben, ha a halál oka a testben felejtett műszer által előidézett gyulladás vagy vérmérgezés volt, akkor megállapítható az okozati összefüggés a műtétet végző orvos gondatlansága és a halál beállta között. Ebben az esetben – *Edvi Illés* véleménye szerint – a bíróság felelősségre vonhatná az orvost, fogházra és hivatásának felfüggesztésére ítélve őt. Fennállhatott azonban olyan eset is, amely során a halál nem a műtét alatt visszamaradt eszköz kapcsán állt be, hanem azt más, külső körülmény okozta, például más betegség vagy egyéb baleset következtében vesztette életét a beteg. *Edvi Illés* álláspontja szerint ezen esetben az okozati összefüggés nem állapítható meg az orvos gondatlansága és a beteg halála között, ezért – káros eredmény hiányában – a műtétet végző orvos büntetőjogi felelősségre sem vonható, hiszen a büntetőtörvény szerint a gondatlan cselekmény és a halál vagy súlyos testi sértés között okozati összefüggésnek kellett fennállnia. *Edvi Illés* gondolatmenetében a közel fél évszázaddal később megjelenő veszélyeztetés büntette ismerhető fel, hiszen megjegyezte, hogy az akkor hatályos büntető törvények nem tartalmaztak olyan rendelkezést, amely kihágásnak nyilvánította volna azon gondatlan orvosi tevékenységet, amelyből sérelem nem – csupán veszélyhelyzet – származott. Továbbá párhuzamot állított az ügyvédek felelősségével kapcsolatban, hiszen az ügyvédet saját fegyelmi hatósága felelősségre vonhatta és akár praxisjogától meg is foszthatta olyan esetben is, amely ugyan nem minősült bűncselekménynek, de méltatlan volt az ügyvédi hivatás gyakorlásához.²⁵⁷

²⁵⁵ WOLF *i.m.* 8.

²⁵⁶ ÖDÖNFI I. *i.m.* 5.

²⁵⁷ *A hasban felejtett orvosi műszer*, Pesti Hírlap 1904. szeptember 17. 11-12.

III. ÚTON AZ 1961. ÉVI BÜNTETŐ KÓDEXIG

III.1. A harmadik büntetőnovella megalkotásának körülményei

A Csemegi-kódex az 1878. évi megalkotását követően több mint hét évtizeden keresztül volt hatályban,²⁵⁸ ezen idő alatt részben a bűnözés struktúrájában bekövetkezett változások, részben az új büntetőjogi irányzatok, politikai változások eredményeként²⁵⁹ három büntetőnovellával és új általános rész megalkotásával a Kódex több meghatározó eleme is átfogó módosításon esett át.²⁶⁰ A számos büntető anyagi jogi norma közti eligazodást rendelte segíteni az Igazságügyi Minisztérium által először az 1952., majd az 1958. évben kiadott „*A Hatályos anyagi büntetőjogszabályok hivatalos összeállítása*” (BHÖ), amely ugyan jogforrásnak nem minősült, csupán a hatályos jogszabályokat foglalta gyűjteménybe.²⁶¹ Témánk szempontjából lényeges módosításokat tartalmazott a második világháborút követően, az új társadalmi ideológiának megfelelően megalkotott, a büntetőtörvények egyes fogyatékoságainak megszüntetéséről és pótlásáról szóló 1948. évi XLVIII. törvény,²⁶² és a büntetőtörvénykönyv általános részéről szóló 1950. évi II. törvény.

III.1.1. Előzmények: a szovjet második Btk.

Az Oroszországi Szovjet Szövetségi Szocialista Köztársaságban 1927. január 1. napján lépett hatályba a második szocialista büntetőtörvénykönyv,²⁶³ amely a személy elleni bűncselekmények fejezetén belül rendelte büntetni az életet és egészséget veszélyeztető cselekményeket. Ezen bűncselekmények közé tartozott – a teljesség igénye nélkül – a magzatelhajtás, az életveszélyes állapotban lévő személy szándékosan segítség nélkül hagyása, az erre kötelezett személy részéről a beteg számra nyújtandó segély elmulasztása

²⁵⁸ NAGY Ferenc (szerk.): *A magyar büntetőjog általános része*, Korona Kiadó, Budapest, 1998, 39.

²⁵⁹ GÖRGÉNYI [2014] *i.m.* 50.

²⁶⁰ BUSCH Béla (szerk.): *Büntetőjog Általános rész*, HVG-ORAC, Budapest, 2006, 38.

²⁶¹ BM. Tanulmányi- és Módszertani Osztálya: *Büntetőjogi Tankönyv I*, Győr-Sopronmegyei Nyomda Vállalat, 1959, 12.

²⁶² MADAI [2020] *i.m.* 326-327.

²⁶³ KÁDÁR Miklós: *A Szovjet anyagi büntetőjogról I. (Feladata, jellege, fejlődése)*, Konta Lipót Kiadó, Budapest, 1951, 24.

és a segítségnyújtás elmulasztása is.²⁶⁴ A második szovjet Btk. 157. § (1) bekezdése tartalmazta a „*beteg részére nyújtandó segély elmulasztása erre kötelezett személy részéről*” törvényi tényállását.²⁶⁵ A (2) bekezdés pedig az „*orvosi segítség megtagadása orvosi gyakorlatot folytató személy részéről, ha ez a betegre az orvos által felismerhetőleg veszélyes következményekkel járhatott*” fordulatot tartalmazta.²⁶⁶ A tényállás kimondta, hogy a betegek részére történő segítségnyújtás az orvosok és egészségügyi dolgozók hivatásukból eredő kötelessége. Fontos megemlíteni, hogy a korabeli szovjet bírói gyakorlat a „*segítség nélkül hagyás*” törvényi tényállását nemcsak azon elkövetővel szemben alkalmazta, aki a veszélyhelyzetben lévő személy részére nem nyújtott segítséget, hanem azon tettel szemben is, aki aktív cselekménnyel való életveszélyes helyzetet idézett elő.²⁶⁷ Megállapítható tehát, hogy a húszas évekbeli szovjet büntetőjogban már megjelentek az életet és egészséget veszélyeztető bűncselekmények, amellyel a jogalkotó szándéka az volt, hogy az élet és testi épség védelmét a tényleges sértő eredmény bekövetkeztéhez képest előrébb helyezze, hiszen nemcsak a testi sértést, az emberölést vagy az azokra irányuló előkészületi cselekményeket rendelte büntetni, hanem magát a veszélyeztető magatartást, mint potenciálisan sértő tevékenységet is pönalizálta. Tehát a jogalkotó az olyan cselekményekkel szembeni büntetőjogi felelősségre vonás alapját teremtette meg, amelyek a sértett életét, egészségét – csupán – veszélyeztetik, azaz a testi sértés lehetősége kizárólag, mint a tényállásszerű magatartás közvetlen fenyegető következményeként és nem, mint eredménye következett be.

Fontos azonban megemlíteni, hogy a normaszöveg a veszélyeztetéssel kapcsolatban a foglalkozási szabályszegést *expressis verbis* nem tartalmazta, csupán arra a tényállás azon szövegéből lehetett következtetni, amely kimondta, hogy az „*orvosi segítség megtagadása... orvos által felismerhetőleg veszélyes következményekkel járhatott*”.²⁶⁸ E megfogalmazás alapján tehát az orvosi segítség értelmezhető úgy is, mint általános foglalkozási szabály. A bűnösség tekintetében a norma a tettes előrelátását kívánta meg a káros eredmény bekövetkezte vonatkozásában, amely a bűnösség tekintetében legalább

²⁶⁴ KÁDÁR Miklós: *A Szovjet Büntetőjogról II.-III. Alapvető elvei –Különös része*, Főváros Nyomda, Budapest, 1951, 29.

²⁶⁵ GERCENZON Visinszkaja: *A Szovjet Büntetőjog Különös Rész*, Fordította: Tardy Lajos, Jogi és Államigazgatási Könyv- és Folyóiratkiadó, Budapest, 1954, 161.

²⁶⁶ GERCENZON *i.m.* 168.-171.

²⁶⁷ GERCENZON *i.m.* 169.

²⁶⁸ GERCENZON *i.m.* 169.

tudatos gondatlanság feltételét jelentette, ugyanis abban az esetben, ha a tettes nem láthatta előre cselekményének káros következményét, úgy bűnössége sem volt megállapítható, tehát hanyag gondatlanság esetén az elkövető nem volt felelősségre vonható. A fentiek előre bocsájtása azért tűnik szükségesnek, mivel a háborút követő, ismert ideológiai változások a hazai büntetőjogalkotásra is hatást gyakoroltak.

III.1.2. A bűnösség kérdése a Btá. szerint

Tekintettel arra, hogy a gyógyító tevékenység kérdéskörébe szorosan tartozó, a harmadik büntetőnovella által büntetni rendelt deliktumok értelmezéséhez nem nélkülözhető a bűnösség részben változó tartalmának áttekintése, ezért először annak elemzésére, mint egyik kulcsprobléma kérdésére tér ki a dolgozat. A korábbiakban a Csemegi-kódex vonatkozó részének bemutatása megtörtént, így arra visszautalva itt kizárólag a Btá. által szabályozott rész került bemutatásra.

A Btá. a bűnösségi alakzatok kérdésével kapcsolatban a következőképpen rendelkezett:

„12. § (1) Szándékosan követi el a büntettet az, aki magatartásának következményeit kívánva vagy e következményekbe belenyugodva hajtja végre cselekményét.

(2) Gondatlanságból követi el a cselekményt az aki cselekményének következményeit a tőle elvárható figyelem, körültekintés vagy előrelátás elmulasztásával idézi elő.”

A bűnösség, azaz „az elkövető tudata és a bűncselekmény tárgyi oldalának ismérvei között jelentkező pszichikai kapcsolat” a szándékot és a gondatlanságot, mint annak két fő alakzatát foglalja magába,²⁶⁹ amely fogalmak jogszabályi szintű definiálását a Btá. már tartalmazta. A jogalkotó a szándékosság két fajtáját különítette el, úgymint az egyenes vagy közvetlen (dolus directus) és az eshetőleges vagy közvetett szándék (dolus eventualis). A gondatlanság kapcsán szintén annak két alakzatát határozta meg a törvény: a tudatos (luxuria) és a hanyag gondatlanságot (negligentia).²⁷⁰

A bűnösséggel kapcsolatban problémát jelentett, hogy a Csemegi-kódex általános része a szándékosság és gondatlanság fogalmát nem definiálta, valamint a bűnösségi

²⁶⁹ BM. Tanulmányi és Módszertani Osztálya: *Büntetőjogi Tankönyv I. (Általános rész)*, Zrínyi Nyomda, Budapest, 1959, 60-61.

²⁷⁰ KÁDÁR Miklós: *Magyar Büntetőjog Általános rész*, Tankönyvkiadó, Budapest, 1955, 176-178.

alakzatokon belül altípusokat sem különböztetett meg. A harmadik büntetőnovella által megalkotott veszélyeztetés tényállásával azonban a bűnösség tekintetében megjelent a tudatosság kategóriája.²⁷¹ Két évvel később hatályba léptetett Btá.-ban a tudatos gondatlanság, azaz luxuria bűnösségi alakzata is elkülönült, amely a veszélyeztetés tényállása szerinti tudatos és gondatlan bűnösségi alakzatoknak egyaránt megfelelt.²⁷² Ezért a minősítéssel kapcsolatban a bírói gyakorlat azon álláspontra helyezkedett, hogy a tudatos gondatlan szabályszegés fennállta esetén a súlyosabban minősülő tudatos alakzat szerint kell az adott cselekményt elbírálni.²⁷³

III.2. A 3. BN.: Az élet vagy testi épség veszélyeztetése a foglalkozási szabályok megszegése által

A második világháborút követő nehézségek után, az ötvenes években végbement gazdasági és társadalmi változások következtében az orvosi tevékenység is átalakult, hiszen az egészségügyi ellátás egyre inkább állami, azaz közfeladattá vált, az orvosi jogviszonyt pedig meghatározóan a közszolgálati viszony jellemezte.²⁷⁴

A Csemegi-kódex harmadik novelláris kiegészítése, az 1948. évi XLVIII. tv. az élet vagy testi épség veszélyeztetése tényállással, mint sui generis szabály²⁷⁵ alkotta meg hazánkban a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés közvetlen előképének tekintendő büntető normát,²⁷⁶ amelyet a gyakorlat egyszerűen csak „veszélyeztetés” büntetnének nevezett.²⁷⁷ A miniszteri indokolás szerint az önálló tényállás megalkotására azért volt szükség, mivel a korábbi szabályozás, azaz a gondatlan emberölés és gondatlan

²⁷¹ BM Tanulmányi és Módszertani Osztálya: *Büntetőjogi Tankönyv II. (Különös rész)*, Zrínyi Nyomda, Budapest, 1959, 433.

²⁷² POPOVICS Béla (szerk.): *A Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyve*, Közigazgatási és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1962, 435.

²⁷³ BM Tanulmányi és Módszertani Osztálya: *Büntetőjogi Tankönyv II. (Különös rész)*, Zrínyi Nyomda, Budapest, 1959, 441.

²⁷⁴ SZUCHOVSKY Gyula: *Az orvos büntetőjogi felelősségének egyes kérdései*, Orvosi Hetilap 1961. 35, 1633.

²⁷⁵ SZUCHOVSKY [1961] *i.m.* 1633.

²⁷⁶ MADAI [2020] *i.m.* 327.

²⁷⁷ BM Tanulmányi és Módszertani Osztálya: *Büntetőjogi Tankönyv II. (Különös rész)*, Zrínyi Nyomda, Budapest, 1959, 433.

testi sértés minősített esetei a káros eredményt okozó veszélyeztetést „a következmény jelentőségével arányban nem álló enyheséggel bírálta el”.²⁷⁸

III.2.1. A tényállás

A 3. BN vonatkozó része a következőképpen rendelkezett:

„20. § (1) Vétséget követ el és egy évtől öt évig terjedhető fogházzal büntetendő, aki hivatása vagy foglalkozása szabályainak tudatos megszegésével vagy az azzal járó kötelességek tudatos elhanyagolásával mások életét vagy testi épségét közvetlen veszélynek teszi ki.

(2) Egy évtől öt évig terjedhető börtönnel büntetendő az (1) bekezdésben meghatározott cselekmény elkövetője, ha a cselekményéből súlyos testi sértés származott, vagy azt vagyoni haszon végett vagy ismétlődően, illetőleg folyamatosan követte el, ha pedig a cselekmény a sértett halálát okozta, a büntetés tíz évig terjedhető fegyház.

21. § Aki a 20. § (1) bekezdésében meghatározott cselekményt gondatlanságból követi el, vétség miatt egy évig terjedhető fogházzal, aki pedig a 20. § (2) bekezdése alá eső cselekményt követi el gondatlanságból, három évig terjedhető fogházzal büntetendő.”²⁷⁹

III.2.2. A védett jogi tárgy

A tényállás védett jogi tárgya mások életének és a testi épségének a védelme, a norma megalkotásával egyértelműen a büntetőjogi védelem kiterjesztése volt a jogalkotó célja,²⁸⁰ hiszen azzal, hogy a tilalom határait az élet és testi épséget közvetlenül sértő cselekményekről időben korábbra helyezte, védelmet próbált nyújtani az azokat veszélyeztető magatartásokkal szemben is.²⁸¹ A törvényi megfogalmazásból, a mások,

²⁷⁸ GÁBOR László: *A közlekedési bűncselekmények jogi szabályozásának fejlődése hazánkban*, Városi Közlekedés 1980. 2, 125.

²⁷⁹ 1948. évi XLVIII. törvénycikk a büntető törvények egyes fogyatékoságainak megszüntetéséről és pótlásáról 20-21.§

²⁸⁰ HORVÁTH Tibor [1965] *i.m.* 424.-425.

²⁸¹ HALÁSZ Sándor (szerk.): *A Büntető Törvénykönyv Kommentárja*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1968, 1251.

mint többszám alkalmazása következett, hogy halmazat több sértett esetén sem jöhetett létre,²⁸² hiszen a normaszöveg alapján törvényi egység állt fenn.

III.2.3. Az elkövetési magatartás

A bűncselekmény elkövetési magatartásának a hivatás vagy foglalkozás szabályainak megszegése, illetve kötelesség elhanyagolása volt tekinthető. A foglalkozási szabályok körébe tartoztak ekkor a közlekedési szabályok; a katonák, rendőrök és vadászok fegyver kezelésére vonatkozó előírásai; valamint az orvosi hivatás szabályai is. Utóbbi vonatkozásban a foglalkozási szabályok alapulhattak jogszabályon, előírásokon, de az általános gyakorlaton is. Az orvosi tevékenység szabályainak meghatározására jogszabályi szinten ekkor még csekély számban került sor, ilyenek voltak például a fertőző betegségek gyógykezelésére, vagy vérátömlesztés szövődményeinek kezelésre kiadott rendeletek,²⁸³ továbbá a bőr- és nemi kórtani szakcsoportok javaslata a szifilisz gyógykezelésére, a sebész szakcsoportok javaslata az égési sérülések kezelésére.²⁸⁴

A törvényi indokolás az orvosi szabályszegéssel kapcsolatban a következőképpen fogalmazott: „*a tudomány szabályainak félretételével eljáró orvos stb. pusztán annál a tényénél fogva, hogy hivatásának, illetőleg foglalkozásának szabályait tudatosan megszegte vagy elhanyagolta és ezzel mások számára közvetlen veszélyt idézett elő, már büntetést érdemel, akár volt magatartásának káros eredménye, akár nem.*”²⁸⁵

A Kúria az orvosi mulasztás fogalmát a 82. számú jogegységi határozatában határozta meg: „*orvosi mulasztás történik, ahol az orvos nem fejtette ki azt a szakavatott és körültekintő gondosságot, amelyet a kezelés idejének megfelelő átlagos orvosi ismeretek mellett, az élet felfogása szerint a beteg körülményei között a rendes orvostól el lehet várni.*”²⁸⁶

²⁸² BM Tanulmányi és Módszertani Osztálya: *Büntetőjogi Tankönyv II. (Különös rész)*, Zrínyi Nyomda, Budapest, 1959, 442.

²⁸³ SZUCHOVSKY [1961] *i.m.* 1634-1636.

²⁸⁴ FABER *i.m.* 5.

²⁸⁵ Az 1948. évi XLVIII. törvénycikk 20. §-ához fűzött indokolása.

²⁸⁶ FABER *i.m.* 6.

III.2.4. Az eredmény: közvetlen veszélyhelyzet

Az eredmény maga a közvetlen veszélyhelyzet bekövetkezése,²⁸⁷ amely akkor volt megállapítható, ha a sérelem közeli, reális lehetősége fenyegetett, ebből következik, hogy a veszély távoli lehetőségének fennállta még az azzal okozati összefüggésben álló szabályszegés esetén sem volt büntetendő. A közvetlen veszély az általános élettapasztalat szerint akkor keletkezett, ha egy cselekmény a mások életének, testi épségének azonnali vagy közeli károsodásának a reális feltételét megteremtette.²⁸⁸ *Viski László* véleménye szerint azonban maga a közvetlen veszély absztrakt meghatározása nem lehetséges, amelyet azzal indokolt, hogy az csak konkrét helyzethez mérten állapítható meg, továbbá területenként eltérően lehetett a körülményeket és az elkövető bűnösségét megítélni.²⁸⁹

A közvetlen veszéllyel kapcsolatban a törvényi indokolásban²⁹⁰ megjelent a megengedett kockázat, mint kvázi büntethetőséget kizáró ok, hiszen az orvosi tevékenység általában, mint közismert fokozott veszéllyel jár, annak szabályszerű végzése során bizonyos kockázatok adódhatnak magából a beavatkozásból, amelyek a megengedett kockázat vagy rizikó fogalmi körébe tartoznak, de látszólag ártalmatlanok tűnhetnek.²⁹¹ Ezen kvázi fenyegető veszélyhelyzet társadalomra veszélyességet a beteg beleegyezése és az orvos szabálykövető magatartása együttesen zárja ki, foglalkozási szabályszegés esetén azonban a kockázat elvesztve jogszerűségét megteremheti – veszélyhelyzet beállta esetén – a büntetőjogi felelősségre vonás alapját.²⁹²

²⁸⁷ FABER *i.m.* 4.

²⁸⁸ SZUCHOVSKY [1961] *i.m.* 1635.

²⁸⁹ VISKI László, *Bűnösségi problémák a közlekedési büntetőjogban*, Állam- és jogtudomány 1962. 1, 6.

²⁹⁰ „A 20. § a hivatás vagy foglalkozás szabályainak tudatos megszegését vagy az azzal járó kötelességek tudatos elhanyagolását szabja meg a büntetendőség előfeltételül. Erről természetesen nem lehet szó olyan esetben, amidőn az eljárás vagy tevékenység az illető foglalkozás körében megkívánt gondosságnak megfelel, bár abból másra nézve közvetlen veszély származott. Ha pl. orvos az orvostudomány szabályainak és az illető orvosi tevékenység kívánalmainak megfelelően járt el, a jelen § alapján abban az esetben sem vonható felelősségre, ha eljárása következtében a betegre nézve veszély állt elő. A javaslat természetesen nem kívánja magát túltenni azon a tapasztalati tényen, hogy az orvosi hivatás gyakorlása - az emberi szervezet adottságainak és az alkalmazásba jövő gyógytényezőknek a legnagyobb gondosság mellett is bizonyos fokig fennálló kiszámíthatatlanságára tekintettel - rendszerint kockázatot rejt magában a betegre nézve.” In: 1948. évi XLVIII. tc. indokolása, <https://net.jogtar.hu/ezer-ev-torveny?docid=94800048.TVI&searchUrl=/ezer-ev-torvenyei%3Fpagenum%3D51> (2024. március 10-i letöltés)

²⁹¹ SZUCHOVSKY [1961] *i.m.* 1633.

²⁹² DEZSŐ [1971] *i.m.* 1090.

III.2.5. Okozati összefüggés

Magának a szabályszegésnek és a közvetlen veszélyhelyzetnek már ekkor egymással okozati összefüggésben kellett állnia, ugyanis annak hiányában, pusztán a szabályszegő magatartás nem volt büntethető, de természetesen ez nem képezte akadályát fegyelmi vétség miatti munkáltatói felelősségre vonásnak.²⁹³

III.2.6. A bűncselekmény alanya

A bűncselekmény alanya csak olyan személy lehetett, aki az adott hivatási vagy foglalkozási szabály gyakorlása alatt állt, anélkül hogy tevékenysége engedélyköteles lett volna. Főszabály szerint, tehát aki valamilyen foglalkozás alapján járt el, attól függetlenül felt, hogy végzettséggel vagy engedéllyel rendelkezett volna. Kivételt egyedül az orvosi foglalkozás képezett, hiszen a Legfelsőbb Bíróság V. számú elvi büntető elvi döntése²⁹⁴ kimondta, hogy azon személy, aki orvosi szakképzettséggel nem rendelkezik, annak ellenére sem áll az orvosi foglalkozás szabályainak hatálya alatt, ha azt látszólag folytatja, így annak megszegésért sem felelhet,²⁹⁵ azaz a magzatelhajtás büntette mellett a veszélyeztetés vétsége az orvosi végzettséggel nem rendelkező terhelttel szemben nem állapítható meg. Tehát a korábbi ipari culpával szemben a bűncselekmény alanyi köre bővítésre került, hiszen már nem volt szükséges az alannyá váláshoz a kérdéses foglalkozás hivatásszerű gyakorlása.

III.2.7. A bűnösség kérdése

A norma tudatos és gondatlan alakzatokat különített el, szándékos elkövetési alakzatot nem tartalmazott.²⁹⁶ A tudatosság alkalmazása arra volt visszavezethető, hogy a korabeli bírói gyakorlat egyrészt ezen tényállás alapján bírálta el a közlekedés során elkövetett veszélyeztetési cselekményeket, amellyel kapcsolatban az uralkodó nézőpont szerint a

²⁹³ DEZSŐ [1971] *i.m.* 1090.

²⁹⁴ BH 1954.1.142 A Legfelsőbb Bíróság V. sz. büntető elvi döntése

²⁹⁵ HALÁSZ *i.m.* 1251.

²⁹⁶ SZUCHOVSKY [1961] *i.m.* 1633-1634.

szabályszegés következtében nemcsak a közvetlen veszély lehetősége, hanem annak káros eredménye is előre látható volt. Természetesen ezen nézőpont kevésbé volt alkalmazható az orvoslás körében elkövetett veszélyeztető cselekményekre, amelyek során kevésbé látható előre a káros eredmény az azt befolyásoló számos körülmény okán. Fent vázolt okokra tekintettel a pszichikai kapcsolat kizárólag a szabályszegés vonatkozásában volt vizsgálendő és a következményekre annak már nem kellett kiterjednie. Vélhetően a jogalkotó is éppen emiatt mellőzte a szándékos alakzatot, hiszen szándékosság esetén az elkövető szándékának az alapeset valamennyi tényállási elemére, tehát a káros eredményre is ki kellett volna terjednie.²⁹⁷ A cselekmény akkor volt tudatosnak tekinthető, ha a káros következmény vonatkozásában nem tartalmazott akarati elemet és akkor valósult meg, ha a bűncselekmény alanya a foglalkozás szabályait ismerte ugyan, de mégsem azok szerint cselekedett. A bírói gyakorlat a közlekedési szabályainak megszegését az esetek többségében tudatosnak minősítette, mivel azok ismerete a gépjárművezetők kötelessége volt.²⁹⁸ A tudatos elkövetés akkor volt megállapítható, ha az elkövetőben realizálódott ugyan, hogy foglalkozásának szabályai bizonyos eljárásra kötelezték, de ezen felismerés tudatában mégis az előírttól eltérően járt el, anélkül, hogy a tudatának a közvetlen veszély bekövetkeztére ki kellett volna terjednie, ugyanis az eredményre kiterjedő és azt átfogó szándék esetén jelen norma nem volt alkalmazható. A korabeli jogtudományi nézőpont szerint azonban a törvényhozó a tudatosság alatt a szándékos bűnösségi formát kívánta meghatározni, hiszen a szóban forgó cselekményt a büntetési súlyra emelte a jogalkotó, amelyet az általános szabályok szerint csakis szándékos cselekmény képezhetett.²⁹⁹ Viski László hívta fel a figyelmet arra, hogy ezen megoldás lényegében az objektív felelősségi rendszerhez közelített, hiszen a bűnös szabályszegésből egyenesen következett az eredményért való felelősség is.³⁰⁰ Az orvos bűnössége akkor lehetett tudatos, ha beavatkozását az arra kötelező, mérlegelést nem tűrő, konkrét szabály ellenére végezte el.³⁰¹

Gondatlan volt a szabályszegés, ha az elkövető a tőle elvárható gondosság elmulasztása okán nem ismerte fel azt, hogy az adott helyzetben az irányadó foglalkozási szabályok szerint más eljárásra lett volna köteles. A bírói gyakorlat általában akkor állapította meg a gondatlan alakzatot, ha a foglalkozási szabály a tettes mérlegelésére bízta az adott

²⁹⁷ POPOVICS *i.m.* 435.

²⁹⁸ SZUCHOVSKY [1961] *i.m.* 1634.

²⁹⁹ VISKI *i.m.* 7-8.

³⁰⁰ VISKI *i.m.* 8.

³⁰¹ SZUCHOVSKY [1961] *i.m.* 1637.

szituációnak megfelelő eljárás kiválasztását, azonban a bűncselekmény alanya a mérlegelés során tanúsított gondatlan magatartása miatt jutott a káros eredményre.³⁰²

Az ítékezés megállapított egy kvázi büntethetőséget kizáró esetet, ugyanis egy olyan veszélyhelyzetben, amely a foglalkozást gyakorló önhibáján kívül következett be és rövid időn belül kellett döntést hoznia a krízishelyzet elhárítása érdekében, úgy az esetleges rossz döntés választásáért még gondatlanság esetén sem volt helye felelősségre vonásnak.³⁰³

III.2.8. Minősítő körülmények

A 20. § (2) bekezdése szabályozta mind a gondatlan, mind a tudatos alakzat minősített eseteit. Mindkét esetben azonosak voltak a minősítő körülmények, de eltérőek a büntetési tételek. Súlyosabban minősült tehát a cselekmény, ha testi sértést okozott függetlenül annak gyógytartamától, vagy a cselekményt vagyoni haszon végett vagy ismétlődően, illetőleg folyamatosan követték el. Legsúlyosabban minősülő esetnek minősült, ha a bűncselekmény halált okozott. A testi sértés kapcsán a gyógytartam értékelésére a büntetéskiszabás során volt mód.

III.2.9. A tényállás megalkotásának oka

A norma azon cselekményeket pönalizálta, amelyek során az elkövető a hivatása vagy foglalkozása szabályainak megszegésével, azzal okozati kapcsolatban mások életét vagy testi épségét közvetlenül fenyegető veszélynek tette ki, megelőzve a testi sérülés vagy halál bekövetkezésének konkrét lehetőségét.³⁰⁴ A gyakorlatban a bíróságok túlnyomó többségben ezen tényállás alapján bírálták el a közlekedési, üzemi és egyéb baleseteket és az orvosi működés során az életet és testi épséget veszélyeztető cselekményeket is.³⁰⁵ A norma lényegében egy kerettényállásnak volt tekinthető, hiszen értelmezési, minősítési

³⁰² BM Tanulmányi és Módszertani Osztálya: *Büntetőjogi Tankönyv II. (Különös rész, Zrínyi Nyomda, Budapest, 1959, 440.*

³⁰³ BM Tanulmányi és Módszertani Osztálya: *Büntetőjogi Tankönyv II. (Különös rész, Zrínyi Nyomda, Budapest, 1959, 432-442.*

³⁰⁴ GÁBOR *i.m.* 126.

³⁰⁵ SZUCHOVSKY [1961] *i.m.* 1634.

és büntetés kiszabási szempontból a tényállás elemeinek vizsgálata során elengedhetetlen volt más szabályok – például foglalkozási szabályok – vizsgálata.³⁰⁶

A veszélyeztetés önálló tényállásként való megalkotása kapcsán felmerülhetett jogtechnikai ok is, hiszen amennyiben a korábbi, gondatlan emberölés és gondatlan testi sértés minősített esetei szerint került elbírálásra a foglalkozási szabályt szegő elkövető cselekménye, úgy vétség miatt felelt, tehát csak alacsonyabb büntetési tétel kiszabására volt lehetőség. Hiszen a Csemegi-kódex 291. § gondatlan emberölés minősített alakzata 3 évig terjedő fogsággal, a 310. § gondatlan testi sértés minősített esete pedig 1 évig terjedő fogság és 500 ft. pénzbüntetéssel volt büntethető.³⁰⁷ A harmadik büntetőnovella hatályba lépése előtt a szocialista jogalkotás álláspontja szerint az emberölés és testi sértés gondatlan alakzatait a Csemegi-kódex aránytalanul enyhén kezelte, amelyet azzal indokolt, hogy a trichotomia rendszerében a gondatlan cselekmények csupán vétségnek számítottak, így annak büntetési tételei is csekélyek lehettek.³⁰⁸ A harmadik büntetőnovella által pönalizált veszélyeztető norma megalkotásának kettős oka volt, egyrészt a csupán veszélyeztető cselekmények szankcionálása, azaz a büntetőjogi védelmi vonal előrébb helyezése, másrészt önálló tényállásként, annak büntetési minősítése révén súlyosabb büntetés kilátásba helyezése volt a jogalkotó célja.

III.2.10. Szemelvények a gyakorlatból

1. A bíróság foglalkozása szabályainak tudatos megszegével okozott veszélyeztetés vétségében találta bűnösnek azt a vádlott orvost, aki nem csoportazonos vérkészítménnyel történő vérátömlesztést rendelt el a vetélést követő méhkaparás okán kivérzett sértett női beteg részére és a beavatkozás előtt a transfúzió szakmai szabályát megszegve a vércsoport meghatározást elmulasztotta, azt csupán a sértett általi bemondásra alapozta. A tényállás lényege szerint a terhelt orvos a vérátömlesztés megkezdése után, körülbelül 50 ml vérkészítmény beadása után a sértettnél hidegrázást észlelt, amely miatt az eljárást azonnal megszüntette, morfint és szívgyógyszereket adott,

³⁰⁶ VISKI *i.m.* 6.

³⁰⁷ BM Tanulmányi és Módszertani Osztálya: *Büntetőjogi Tankönyv II. (Különös rész, Zrínyi Nyomda, Budapest, 1959, 439.*

³⁰⁸ <https://net.jogtar.hu/ezer-ev-torveny?docid=94800048.TVI&searchUrl=/ezer-ev-torvenyei%3Fpagemum%3D51> (2024. január 11-i letöltés).

majd vércsoport meghatározást követően már a megfelelő vérkészítménnyel folytatta a transfúziót. A szoros megfigyelés alatt tartott sértett az esti órákra belázasodott ezért konzíliumot rendeltek el, ahol az azt adó orvosok megállapították, hogy a sértett a csoportidegen vér okozta hemotranszfúziós sokkból ugyan kigyógyult, azonban a csökkenő mennyiségű és véres vizelet ürítése miatt gyanított vizeletelakadás miatt idegblokádot végeztek. A beavatkozást követően a sértett vérnyomása csökkent és tüdővizenyő alakult ki, amelyet az érzéstelenítő szer érpályába jutásának tulajdonítottak. A következő napon sértett vérnyomása és vizeletmennyiség tovább csökkent, valamint tudata hozzáférhetlenné vált, amelyek miatt vesepótló kezelés és sokktalanítás céljából egyetemi intézetbe kívánták szállítani, azonban a transzport során a beteg állapota tovább romlott, ezért útközben egy másik kórházban helyezték el, ahol a sértett rövid időn belül életét veszítette. A bírósági boncolás során megállapításra került, hogy a halál oka kétséget kizáróan a méhúri fertőzésből származó vérfertőzés volt, amely a művi vetélésből és a méhbelhártya gyulladásból származott. Az Egészségügyi Tudományos Tanács a szakértői vélemények felülvizsgálata során arra az álláspontra jutott, hogy a sértett halálát a méhúri fertőzésből kiindult vérmérgezés okozta. Az idegencsoportú vérátömlesztés bár a sértett állapotát átmenetileg rontotta, a halál bekövetkeztében nem játszott oki szerepet, hiszen a szóban forgó csekély mennyiségű vér beadása egyben a biológiai próbát is jelenthette, így a bíróság az okozati összefüggést kizárólag a szabályszegés és a veszélyhelyzet okozásában állapította meg, azt a halálos eredmény tekintetében elvetette.³⁰⁹

2. A Legfelsőbb Bíróság foglalkozása szabályainak tudatos megszegével halált okozó veszélyeztetés vétségében talált bűnösnek és másfél év börtönbüntetésre ítélte a csecsemők transfúzióját tévesen végző osztályos orvost, a kifogásolt beavatkozást elrendelő és a szövődményeket nem megfelelően kezelő osztályvezető főorvost pedig három év börtönbüntetésre ítélte. A tényállás lényege szerint egy vidéki kórház csecsemő- és gyermekosztályán a három hónapja dolgozó fiatal segédorvos a vérátömlesztés során hibázott, mivel a vérkészítmény minőségét annak beadása előtt nem ellenőrizte. Az osztályon kialakult gyakorlat szerint a csecsemőknek nem csoportazonos vért, hanem nullás készítményt adtak, amelyet egy közismerten gyakran elromló hűtőszekrényben tároltak. A büntett napján a jégszekrény már harmadik napja nem üzemelt és ezen ismert körülmény ellenére az osztályvezető mégis elrendelte hat csecsemő vérátömlesztését,

³⁰⁹ FABER *i.m.* 9-11.

amelyet egy szigorló orvos és a tettes osztályos orvos kezdte meg. A hallgatónak feltűnt, hogy a plazma más színű, mint korábban, de azt a tettes csupán a mozgatásból adódó zavarodásnak tulajdonította, és anélkül, hogy az alaposabban átvizsgálta volna, a csecsemőknek beadta. Ezt követően észlelték, hogy a transfundált csecsemőknél hidegrázás, majd láz jelentkezett, amelyet az osztályos orvos jelzett az osztályvezetőnek, aki saját maga folytatta a csecsemők kezelését többféle antibiotikum készítménnyel. A kezelés ellenére négy csecsemő a következő napon elhunyt. A boncolás során a bakteriológiai vizsgálatok kimutatták, hogy csupán a normál baktériumflórához tartozó törzsek voltak a mintákból kimutathatók, így egyértelműen kizárásra került, hogy a halál oka valamilyen azonos bakteriális fertőzésből származott volna. Az Egészségügyi Tudományos Tanács a szakértői vélemények alapján megállapította, hogy a halál oka mind a négy esetben a vér biológiai értelemben vett megromlásából adódott, így a vér beadása és a halál között okozati összefüggés volt megállapítható. Szakmai szabályszegésként értékelte a bíróság a vérkészítmény tárolására vonatkozó szabályok megszegését, a selejtezésre való előírások megsértését, továbbá a vérátömlesztés előtti vizsgálatok elmaradását is.³¹⁰

3. A Legfelsőbb Bíróság foglalkozása szabályainak gondatlan megszegésével halált okozó veszélyeztetés vétsége miatt állapította meg annak az orvosnak a bűnösségét, aki mint körzeti orvos a késsel való szúrt sérülést követően, az ezáltal hasi sérülést szenvedett sértettet rendelőjében megvizsgálta, sebének mélységét sebészollóval szondázta ugyan, de tévesen konstataálta, hogy annak mélysége a hashártyát nem érte el. Tekintettel azon körülményre, hogy a sértett sebet vizsgálata alapján felületesnek vélte, kórházba szállításról nem intézkedett, másnap megelégedett a sértett hozzátartozóinak tájékoztatásával, a beteget ekkor személyesen már nem vizsgálta meg, aki sérülést követő harmadik napon életét veszítette. Az eljárás során a szakértő megállapította, hogy a seb mélységnek megállapítása körzeti orvosi rendelőben szinte lehetetlen, azt műtét során, feltárással lehetett volna szakszerűen megvizsgálni. A hasat ért sérülés esetén általános gyakorlatnak számított a sérült kórházba szállítása, ott történő kivizsgálása, hiszen ilyen sérülés esetén számolni kellett volna azzal, hogy az a hasüregbe hatolhatott. A felülvizsgálati vélemény szerint tehát a vádlott orvos a tőle elvárható gondosság

³¹⁰ FABER *i.m.* 11-12.

elmulasztása folytán nem ismerte fel, hogy a hivatása szabályai szerint más eljárásra lett volna köteles.³¹¹

IV. AZ 1961. ÉVI V. TÖRVÉNY

A második világháborút követően több szempontból is időszerűvé vált egy új, átfogó büntető törvénykönyv megalkotása. Az elkészült, szocialista szemléletű kódex, a Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyvéről szóló 1961. évi V. törvény szimbolikusan 1962. július 1. napján, egy új korszak kezdetét jelezve lépett hatályba.³¹²

IV.1. A tényállás megalkotásának oka, a tudatosság problematikája

A korábbi, harmadik büntetőnovella által szabályozott veszélyeztetés tényállása tudatos és gondatlan szabályszegéssel elkövetett bűnösségi alakzatokat különített el, amely már a hatálybalépéstől kezdve problémát jelentett,³¹³ hiszen nem volt egyértelműen megállapítható, hogy a tudatosság alatt a törvényhozó valójában milyen bűnösségi formát kívánt meghatározni.³¹⁴ A probléma abból is adódott, hogy a jogalkotó azáltal, hogy később a tudatos veszélyeztetést büntetvé nyilvánította azt kvázi a szándékos bűnösség körébe emelte, mivel büntettet csak szándékos cselekmény képezhetett. További gondot okozott, hogy szándékosság esetén az elkövető tudatának a szabályszegésen túl a káros eredmény okozására is ki kellett volna terjednie.³¹⁵ Utóbbi a bíró gyakorlat nem vizsgálta azon ok miatt, hogy a normát az esetek döntő többségében a közlekedésrendszet szabályainak megszegésével elkövetett veszélyeztető cselekmények elbírálása során alkalmazták, ahol a bírói gyakorlat a szabályok ismeretét a gépjárművezetők kötelességeként, kvázi tényként kezelte, így annak megszegését - véleményük szerint - csak szándékosan lehetett elkövetni.³¹⁶ A korabeli jogtudomány művelői körében joggal merült fel a kérdés, hogy a tudatos alakzat esetén az elkövető szándéka - hiszen büntettnék

³¹¹ HORVÁTH Tibor [1965] *i.m.* 432.

³¹² GÖRGÉNYI [2014] *i.m.* 56.

³¹³ HORVÁTH Tibor [1965] *i.m.* 436-437.

³¹⁴ VISKI *i.m.* 7-9.

³¹⁵ POPOVICS *i.m.* 435.

³¹⁶ SZUCHOVSKY [1961] *i.m.* 1634.

tekintették - a szabályszegésen túli káros eredményre is ki kell, hogy terjedjen, vagy lényegében objektív felelősség alapján a szándékos szabályszegés káros eredményét, a közvetlen veszélyhelyzet előálltát objektív körülményként értékelte a törvényhozó.³¹⁷ Utóbbira magyarázatként szolgálhatott, hogy a harmadik novella megalkotásakor a jogtudományban még létezett a praeterintencionális bűntettek kategóriája.³¹⁸ A bírói gyakorlat álláspontja pedig a 364. sz. BH. alapján az volt, hogy a tudatos alakzat sem szándékos, sem gondatlan bűnösségi kategóriába nem sorolható, a tudatos és gondatlan alakzatok között csupán a szabályszegés vonatkozásában fennálló bűnösség formája a döntő, mivel a pszichikai kapcsolatot az elkövető szabályszegő magatartása tekintetében kellett vizsgálni, az eredményre, azaz a veszélyhelyzetre a vizsgálatnak már nem kellett kiterjednie.³¹⁹

A bírói gyakorlat végül a szocialista Btk. kodifikációjának idejére arra a megállapításra helyezkedett, hogy a bűntett elkövetési magatartása a foglalkozási szabályok megszegése, az ezzel okozati összefüggésben beállt veszélyhelyzet pedig maga a káros eredmény.³²⁰ Az 1961. évi Btk. miniszteri indokolása pedig már *expressis verbis* elismerte, hogy a harmadik novella a bűnösség kérdésében bizonytalanságot keletkeztetett, hiszen rámutatott arra, hogy a tudatos gondatlanság, azaz *luxuria* egyszerre felelhet meg a korábbi tudatos és a gondatlanság tudatos formájának is, továbbá a gyakorlatban csak kivételesen fordult elő, hogy az elkövető szándéka a szabályszegésen túl a káros eredményre is kiterjedt volna. Az esetek többségében ugyanis az elkövető szándéka – pusztán – a szabályszegést fogta át, a veszélyhelyzet okozására azonban már nem terjedt ki, ezért az eredmény tekintetében szándékosság nem, pusztán tudatos gondatlanság jellemezte a bűntett alanyait.

Az új tényállás a gyakorlatra támaszkodva a cselekmény alapesetét a közvetlen veszélyhelyzet gondatlan okozásával határozta meg és a korábbi gyakorlattal ellentétben a bűnösségi viszony vizsgálatát a közvetlen veszélyhelyzet, mint eredmény tekintetében követelte meg és annak a minősítés szempontjából is lényeges szerepet állított,³²¹ továbbá mellőzte a korábbi, problematikus tudatos bűnösségi formát.³²²

³¹⁷ VISKI *i.m.* 8.

³¹⁸ VISKI *i.m.* 9.

³¹⁹ VISKI *i.m.* 7-9.

³²⁰ POPOVICS *i.m.* 435.

³²¹ VISKI *i.m.* 16.

³²² GÁBOR *i.m.* 126.

IV.2. A tényállás

A törvény a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés törvényi tényállását az alábbiak szerint tartalmazta:

258. § (1) Aki foglalkozása szabályainak megszegésével egy vagy több ember életét, testi épségét vagy egészségét gondatlanul közvetlen veszélynek teszi ki, három évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(2) A büntetés

a) hat hónaptól öt évig terjedő szabadságvesztés, ha a büntett súlyos testi sértést okozott;

b) két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztés, ha a büntett halált okozott.

(3) Ha az elkövető a közvetlen veszélyt szándékosan idézte elő, a büntetés az előző bekezdésekben tett megkülönböztetéshez képest hat hónaptól öt évig, két évtől nyolc évig, illetve öt évtől tizenkét évig terjedő szabadságvesztés.

(4) A járművek vezetésére vonatkozó közlekedési szabályok, valamint a lőfegyver használatára és kezelésére vonatkozó szabályok e § alkalmazásában foglalkozási szabályok.

IV.3. A védett jogi tárgy

A bűncselekmény jogi tárgya egy vagy több ember élete, testi épsége vagy egészsége, amely a korábbi szabályhoz képest kiegészült, hiszen megjelent az egészség védelme is.³²³ Általánosságban kijelenthető, hogy a jogalkotó célja – a harmadik büntetőnovellával megegyezően – a veszélyeztető cselekmények pönalizálásával a büntetőjogi védelemi vonalának „előre helyezése” volt,³²⁴ amellyel egyértelműen oltalmat kívánt nyújtani az ugyan még kifejezett sérelmet, azaz testi sértést vagy halált nem okozó, de már a társadalomra veszélyes foglalkozási szabályszegéssel okozott közvetlen veszélyhelyzettel szemben is.³²⁵ A tárgymeghatározás során az egy vagy több ember kitétel azon célt szolgálta, hogy a büntett létrejöttéhez elég egyetlen ember életének, testi épségének vagy egészségének a veszélyeztetése is. Másrészt abban az esetben is

³²³ POPOVICS *i.m.* 435.

³²⁴ HORVÁTH Tibor [1965] *i.m.* 424.

³²⁵ DEZSŐ [1971] *i.m.* 1090.

bűncselekményegység állt fenn, ha több ember életének, testi épségének vagy egészségének a veszélyeztetése valósult meg, ezzel kizárva a halmazati elbírálás lehetőségét.³²⁶

IV.4. Az elkövetési magatartás

IV.4.1. Az általános értelemben vett foglalkozási szabályszegés

A büntett elkövetési magatartása a foglalkozási szabályszegés, amelyből következik, hogy a büntett alanya csak egy olyan speciális személyi körből származhatott, aki valamilyen foglalkozási szabály hatálya alatt állt.³²⁷ Kivételt továbbra is egyedül az orvosi foglalkozás képezett, mivel a korábban, a harmadik büntetőnovella hatálya alatt született elvi döntés szerint, aki orvosi szakképzettséggel nem rendelkezett, annak ellenére sem állt az orvosi foglalkozás szabályainak hatálya alatt, ha azt látszólag folytatta, így annak megszegésért sem felelhetett.³²⁸ Az ítélkezés a jogi tárgy hatékonyabb védelme érdekében alakította ki azon gyakorlatot, hogy foglalkozásnak nemcsak a keresetként, vagy engedélyhez kötött tevékenység gyakorlása – kvázi hivatás – minősült, hanem az azt gyakorló személyre az adott foglalkozási szabályok irányadónak voltak tekintendők – azaz azok hatálya alatt állt -, függetlenül a hatósági jogosítvány meglététől.³²⁹ Ezen ok miatt a jogalkotó a harmadik büntetőnovella vonatkozó veszélyeztető tényállásában a foglalkozás mellett található hivatás fogalmát elhagyta.³³⁰

A foglalkozás szabályát képezhetette mind írott, mind íratlan norma, de közömbös volt, hogy azokról milyen szintű jogszabály rendelkezett.³³¹ Az értelmezés egységességének szavatolása céljából a jogalkotó foglalkozási szabálynak minősítette a korábbi bírói gyakorlatnak megfelelően³³² a (4) bekezdéssel a lőfegyver használatára és kezelésére irányadó szabályokat és a járművezetésre vonatkozó közlekedési szabályokat is.³³³ Utóbbi okát képezhetette az ekkor még sui generis közlekedési veszélyeztető tényállás

³²⁶ HALÁSZ *i.m.* 1251.

³²⁷ HALÁSZ *i.m.* 1251.

³²⁸ HALÁSZ *i.m.* 1251.

³²⁹ HALÁSZ *i.m.* 1251.

³³⁰ POPOVICS *i.m.* 436.

³³¹ HORVÁTH Tibor [1965] *i.m.* 426.

³³² GÁBOR *i.m.* 126.

³³³ Legfelsőbb Bíróság Büntető és Katonai Kollégiumának 235. számú állásfoglalása

hiánya, amely megalkotására annak ellenére nem került sor, hogy a gépi járművel meghajtott közlekedés rohamosan terjedt és azzal együtt járó potenciális veszély is fokozatosan növekedett.³³⁴ A bírói gyakorlat szerint foglalkozási szabálynak minősültek még a munkavédelmi és balesetelhárító szabályok is, például a bányászati üzemben előírt,³³⁵ a megelőző rendszabályok,³³⁶ az építkezéssel kapcsolatos műszaki és statikai szabályok, valamint az orvosi tevékenységgel kapcsolatos szabályok is.³³⁷ Összeségében már ekkor elengedhetetlen volt, hogy minden esetben egyrészt gondos vizsgálat tárgyát képezze, hogy az adott helyzetben az elkövető milyen foglalkozási szabály hatálya alatt állt, másrészt mi képezte az adott szakma pontos reguláit.³³⁸

IV.4.2. Az orvosi foglalkozás szabályai

Általánosságban kijelenthető, hogy az orvosi foglalkozás szabályait az orvostudomány aktuális és mindenkori állásának megfelelő gyógymódok és gyógyító eszközök alkalmazására irányuló szabályok képezik,³³⁹ tehát azt lényegében az orvostudomány adott időben prominens teljes ismeretanyaga jelenti.³⁴⁰ Ezen szabályokat csak részben tartalmazták jogszabályok, mint például az orvosi rendtartásról szóló 1959. évi 8. számú törvényerejű rendelet, vagy a mentőállomások részére kiadott Szolgálati és Működési Szabályzat.³⁴¹ Fontos azonban megjegyezni, hogy a Rendtartás az orvosi hivatás magatartási és etikai szabályait ugyan rögzítette, de az orvosi eljárások tekintetében csupán keretet szolgáltatott, hiszen a Rendtartás az orvost a gyógymódok megválasztásában és eszközök kiválasztásában – jogszabályi korlátok között relatíve – teljes szabadsággal ruházta fel.³⁴² Tehát az orvosi tevékenység nem volt szigorúan

³³⁴ KOVÁCS Zoltán: *Új Büntetőjogi Kézikönyv*, Zrínyi Nyomda, Budapest, 1962, 54.

³³⁵ KISS László: Néhány fejezet a magyar bányajogból, *Bányászati Lapok* 1964. 6, 415.

³³⁶ lásd: az újonnan munkába lépő dolgozókra vonatkozó kötelező balesetelhárító oktatásról szóló 1461/1957. OBF. (Nehézip. Ért. 43. sz.) utasítás, vagy a vezető és ellenőrző munkakört betöltő műszaki dolgozók vizsgakötelezettségéről szóló 3600/1962. OBF. (Nehézip. Ért. 52. sz.) utasítás

³³⁷ HALÁSZ *i.m.* 1252.

³³⁸ HORVÁTH Tibor [1965] *i.m.* 431.

³³⁹ FAZEKAS I. Gyula - KÓSA Ferenc - RENGEI Béla: *Milyen hibák fordulnak elő az alkylfoszforsav-észter mégezetek kezelésekor? Az ovosi felelősség kérdése*, *Orvosi Hetilap* 1968, 34, 3.

³⁴⁰ HORVÁTH Tibor 1965] *i.m.* 629.

³⁴¹ HALÁSZ *i.m.* 1251.

³⁴² Az orvosi rendtartásról szóló 1959. évi 8. számú törvényerejű rendelet 5. §: „Az orvost gyógyító-megelőző tevékenységében, a gyógymódok meghatározásában és a gyógyító eszközök alkalmazásában a fennálló jogszabályok korlátai között teljes szabadság illeti meg. Nem alkalmazhat azonban olyan gyógymódot vagy gyógyító eszközt, amely az orvostudomány állásának nyilvánvalóan nem felel meg és nem

meghatározott regulákhoz kötve,³⁴³ csupán néhány eljárást szabályozott rendelettel az Egészségügyi Minisztérium, ilyen volt például a tetanusos beteg gyógyítása, vérátömlesztés szövödményeinek kezelése.³⁴⁴ Továbbá foglalkozási szabálynak minősült még a teljesség igénye nélkül: egyetemi tankönyvek, jegyzetek, előadások, orvosi szakkönyvek, folyóiratok, gyógyszerek adagolási útmutatói, egészségügyi minisztériumi rendeletek,³⁴⁵ valamint a kötelező orvosi szakmai továbbképzési kötelezettségből adódóan azok ismeretanyagai is.³⁴⁶

Foglalkozási szabály kvázi kiterjesztését jelentette a 8/1959. Eö.M. rendelet 2. § (4) bekezdés c)³⁴⁷ pontja, amely kimondta, hogy a másként el nem hárítható közvetlen életveszély esetén az orvos akár olyan tevékenység kifejtésére is köteles, amelyre megfelelő képzettséggel vagy gyakorlati készséggel ugyan nem rendelkezik, ilyen lehetett például a sürgős, életmentő gégemetszés is.³⁴⁸

Az Orvosi Rendtartás 5-6. §-ai³⁴⁹, mint végszükség szabályai kizárták az élet, testi épség, egészség veszélyeztetésének társadalomra veszélyességét, ugyanis közvetlen életveszély esetén, annak elhárítása érdekében az orvost felruházta az orvostudomány akkori állásának meg nem felelő gyógymód és gyógyító eszköz alkalmazására is, valamint olyan orvosi tevékenységet is kifejtethet, amelyhez megfelelő szakképzettséggel vagy gyakorlati tudással nem rendelkezett, illetve ilyen esetben műtétet a beteg hozzájárulása

fejthet ki olyan orvosi tevékenységet, amelyhez megfelelő képzettséggel vagy gyakorlati készséggel nem rendelkezik, kivéve, ha a közvetlen életveszély más módon nem hárítható el.”

³⁴³ NAGY László: *Az orvos helyes magatartásáról életveszély elhárítására irányuló ténykedésének elutasítása esetén*, Orvosi Hetilap 1966. 51, 2435.

³⁴⁴ FAZEKAS *i.m.* 3.

³⁴⁵ BUDVÁRI Róbert: *Orvosi felelősség – orvosi műhiba*, Egészségügyi Dolgozó 1966. 10, 2.

³⁴⁶ SZUCHOVSKY [1961] *i.m.* 1636.

³⁴⁷ Az orvos gyógyító-megelőző tevékenysége körében: nem fejthet ki olyan orvosi tevékenységet, amelynek elvégzésére megfelelő képzettsége vagy gyakorlati készsége nincs, kivéve, ha közvetlen életveszély áll fenn és az más módon el nem hárítható.

³⁴⁸ POTONDI András - SZUCHOVSKY Gyula: *A tracheostomia orvosszakértői vonatkozásai*, Orvosi Hetilap 1966. 45, 2126.

³⁴⁹ 5. § Az orvost gyógyító-megelőző tevékenységében, a gyógymódok meghatározásában és a gyógyító eszközök alkalmazásában a fennálló jogszabályok korlátai között teljes szabadság illeti meg. Nem alkalmazhat azonban olyan gyógymódot vagy gyógyító eszközt, amely az orvostudomány állásának nyilvánvalóan nem felel meg és nem fejthet ki olyan orvosi tevékenységet, amelyhez megfelelő képzettséggel vagy gyakorlati készséggel nem rendelkezik, kivéve, ha a közvetlen életveszély más módon nem hárítható el.

6. § (1) Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézetben elvégezhető műtétet az orvos csak a beteg írásbeli hozzájárulásával hajthat végre. Ha a beteg írásbeli hozzájárulás megadására képtelen vagy kiskorú, a műtét elvégzéséhez a beteg hozzátartozójának írásbeli hozzájárulása szükséges.

(2) A közvetlen életveszély elhárításához szükséges orvosi műtétet az orvos abban az esetben is elvégezheti, ha ahhoz a hozzájárulást nem szerezte be.

(3) Ha műtét közben annak kiterjesztése mutatkozik szükségesnek, a további műtéti beavatkozás a betegnek (hozzátartozójának) erre vonatkozó külön hozzájárulása nélkül is elvégezhető.

nélkül elvégezhette.³⁵⁰ Továbbá ha az orvos tevékenységét lege artis végezte, úgy foglalkozási szabályszegés hiányában még halálos eredmény esetén sem felelt, hiszen a beavatkozás az adott betegségtől, a beteg szervezetének sajátosságától és más előre nem látható körülményektől is függ, amely az orvosi tevékenység „*elismert kockázata*”-nak számított, és a megengedett rizikóban való cselekvés kizárta az élet, testi épség, egészség veszélyeztetésének jogellenes jellegét.³⁵¹

IV.5. Az eredmény: közvetlen veszély

A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés materiális, azaz eredménybűncselekmény, maga az eredmény a tényállásban meghatározott közvetlen veszélyhelyzet okozása, az elkövetési magatartás pedig az adott foglalkozási szabály megszegésével valósulhatott meg. Általános tételként került meghatározásra, hogy „*az adott foglalkozási szituációban foglalkozási szabályt szeg az a foglalkozási szabály hatálya alatt álló személy, aki szakmai tevékenysége során nem azt a magatartást tanúsítja, amelyet a jogszabály, műszaki előírás, szakmai, üzemi stb. rendtartás, az adott szakma általában követett iratlan biztonsági szabálya az élet és testi épség védelmében előír.*”³⁵² Az eredmény tehát a közvetlen veszély, amely konkrét, valós lehetőséget jelent a sérelem bekövetkezésére. A sérelemnek az élet, testi épség és egészség vonatkozásában, mint reális lehetőségnek az adott helyzetre és passzív alanyra vonatkozóan kellett fennállnia. Maga a konkrét sértés és a veszélyeztetés közötti különbség kvantitatívnak tekinthető, hiszen a fizikai sértés a veszélyeztetés maximumaként jelent meg.³⁵³ Mivel a veszély és veszélyhelyzet fogalmát a jogalkotó továbbra sem határozta meg, annak definiálása a jogtudományra és a bírói gyakorlatra hárult, utóbbi számára maga a veszély deklarálása jelentett kihívást.³⁵⁴ *Angyal Pál* a veszély fogalmát a károsodás, a sérelem bekövetkezésének valószínűségével, vagy közeli lehetőségével definiálta, ezzel *Székely János* nem értett egyet, véleménye szerint a veszély csak a hátrány bekövetkezésének a lehetősége, de irreleváns maga a bekövetkezés valószínűsége. *Kádár Miklós* a veszélyt, mint a sérelem bekövetkezésének lehetőségét

³⁵⁰ HORVÁTH [1965] *i.m.* 448.

³⁵¹ HORVÁTH Tibor [1965] *i.m.* 433.

³⁵² HALÁSZ *i.m.* 1254.

³⁵³ VISKI *i.m.* 18.

³⁵⁴ MADAI [2020] *i.m.* 327.

határozta meg, *Viski László* pedig veszélyen olyan helyzetet értett, amelyből biztos vagy igen valószínű volt a sérelem bekövetkezése.³⁵⁵ A közvetlen veszély fogalmát végül a bírói gyakorlat a 363. számú BH alapján a következőképpen határozta meg: „*A veszély közvetlensége azt jelenti, hogy az általános élettapasztalat szerint más személy élete, vagy testi épsége, egészsége sérelmének közeli lehetősége fenyeget. A közvetlenségnek a büntett törvényi tényállásba történő felvétele nem azt célozta, hogy szűk körre szorítsa a bűncselekmény megállapítását, hanem csupán a veszélynek azokat az eseteit kívánta kizárni, amelyeknél ez a veszély csupán távoli eredménylehetőségekben jelentkezik.*”³⁵⁶ A pontosabb - és *Horváth* szerint egyben helyesebb - definíciót a Legfelsőbb Bíróság B. törv. 1436/1959. számú döntése alkotta meg, amely szerint a veszély „*az általános jellegből kilépve határozott, külsőleg felismerhető formában, egyes személyhez, vagy személyekhez kapcsolódva kell jelentkeznie, ellenkező esetben a közvetlen veszélyre utalás, merő feltételezés*”³⁵⁷ A Btk. kommentár -és *Horváth Tibor*³⁵⁸ - szerint pedig a veszélyhelyzet objektív és szubjektív tartalommal is rendelkezik. Objektív oldalról a veszély egy olyan helyzetet jelent, amely tartalmazza a káros irányú események, sérelmek irányába való tovább fejlődési lehetőségét, szubjektíve pedig magát az emberi ítéletet jelenti az adott szituáció felett.³⁵⁹

A bírói gyakorlat alakította ki a veszélyhelyzet tovább fokozásának fogalmát, mivel a Legfelsőbb Bíróság az 1973/7-261. határozatával megállapította, hogy a veszélyhelyzet előidézésével esik egy tekintet alá az a magatartás is, amely a más által előidézett veszélyhelyzetet tovább fokozza, vagy nem szünteti meg.³⁶⁰

IV.6. Az okozati összefüggés

Az okozati összefüggés vizsgálata során azt volt szükséges eldönteni, hogy a foglalkozás szabályait megszegő magatartás minősült-e a bekövetkezett káros eredmény okának. Ugyanis, ha más, a szabályszegéstől független ok vezetett a káros eredmény bekövetkeztére, úgy okozati kapcsolat nem volt megállapítható. Továbbá akkor sem volt

³⁵⁵ KERESZTY *i.m.* 272-273.

³⁵⁶ HORVÁTH Tibor [1965] *i.m.* 434.

³⁵⁷ KERESZTY *i.m.* 273.

³⁵⁸ “A veszély a lehetőség a sérelem bekövetkezésére” In: HORVÁTH *i.m.* 432.

³⁵⁹ HALÁSZ *i.m.* 1255.

³⁶⁰ HORVÁTH Nándor: *Jogalkalmazás*, Magyar Rendőr 1974. 21, 6.

megállapítható az okozati összefüggés, ha a káros eredmény külső behatás vagy más személy közrehatása következtében már a szabályszegéstől függetlenül is elkerülhetetlen volt, vagy az eredmény a szabályszegő magatartás nélkül is bekövetkezett volna. Több elkövető esetén az okozati összefüggés kérdését valamennyi elkövető esetén külön-külön kellett megvizsgálni.³⁶¹

Összességében a szabályszegő magatartás és a bekövetkezett veszélyhelyzet között okozati összefüggésnek kellett fennállnia, ellenkező esetben a tényállás nem valósult meg, tehát ebben az esetben büntetőjogi felelősségre vonásra sem volt lehetőség, legfeljebb az adott foglalkozási szabályok szerinti fegyelmi felelősség merülhetett fel.³⁶²

IV.7. A bűncselekmény alanya

A cselekmény alanyi oldalát olyan személy vagy személyek képezhették, akikre az adott foglalkozás szabályai irányadóak voltak. Társtettség gondatlanság esetén kizárt volt, az együttes magatartással a tényállást megvalósító elkövetők pedig önálló tettesként voltak felelősségre vonhatók. Szándékos elkövetés esetén azonban társtettség fennállásának nem volt akadálya, hiszen akár több elkövető cselekménye is előidézhette a veszélyhelyzetet. A „több ember” fordulat alapján akkor is törvényi egység forgott fenn, ha több passzív alany terhére került elkövetésre a büntett, tehát a tényállás tárgymeghatározása folytán a halmazat továbbra is kizárt maradt.³⁶³

IV.7.1. Az orvos, mint a bűncselekmény alanya

Főszabály szerint orvosi oklevélhez kötött tevékenységet csak azon orvos végezhetett, aki az orvosi nyilvántartásba felvételre került³⁶⁴ és jogosult volt az orvosi gyakorlat végzésére az 1961. évi V. törvény 200. §-a alapján.³⁶⁵ Kivételként az orvosi rendtartás

³⁶¹ HALÁSZ *i.m.* 1256.

³⁶² KOVÁCS Zoltán *i.m.* 54-55.

³⁶³ HALÁSZ *i.m.* 1256.

³⁶⁴ 1959. évi 8. tvr. 19. 15. §. (1)

³⁶⁵ „...orvosi gyakorlatra jogosultnak azt a személyt kell tekinteni, akinek hazai egyetemen szerzett vagy külföldi egyetemen szerzett és szabályszerűen honosított orvosi oklevele van, feltéve, hogy nem áll az orvosi gyakorlattól eltiltást kimondó jogerős büntetőbírósi ítélet hatálya alatt.”

19. §-a³⁶⁶ lehetőséget teremtett orvosi tevékenységi körbe tartozó feladatok ellátására olyan szakképzett egészségügyi dolgozók részére is, akik ugyan orvosi oklevéllel nem rendelkeztek, de az adott feladatra a felügyelő orvos őket elméletileg és gyakorlatilag kiképezte, majd készségeiket megvizsgálva megállapította, hogy mind képzettségük, mind rátermettségük alapján az adott feladat elvégzése alkalmasak.³⁶⁷ A megbízás természetesen csak írásban volt érvényes, a felügyelő orvos pedig mind fegyelmi, mind büntetőjogi felelősséggel tartozott az egészségügyi dolgozó alkalmasságáért.³⁶⁸ Az erre feljogosított dolgozót azonban alkalmassága esetén büntetőjogi felelősség terhelte a rá bízott feladat ellátásáért.

Az orvostanhallgatók és szigorló orvosok kórházi gyakorlatuk teljesítése során ugyan az orvosi foglalkozás szabályai alatt nem álltak,³⁶⁹ tevékenységüket felügyelet alatt folytatták, amelyért veszélyeztetés esetén a felügyelő orvos felelt, azonban testi sértés vagy halál okozásáért az eredmény alapján bűnösségük fokának megfelelően, az általános szabályok szerint felelhetnek.³⁷⁰

IV.8. A bűnösség kérdése

A tényállás sajátosságából, annak dualitásából - ellenben a korábbi, 3. BN által szabályozott veszélyeztetés tényállásától - adódóan a pszichikai viszony már eltérő lehetett az elkövetési magatartás és az eredmény tekintetében, ezért azok vizsgálatát külön-külön, először a foglalkozási szabályszegés, majd a közvetlen veszélyhelyzet okozása tekintetében volt szükséges elvégezni, de azok között összességében szoros logikai összefüggésnek kellett fennállnia. Azon elkövetőt ugyanis, aki a közvetlen veszélyhelyzetet szándékosan idézte elő, a káros eredmény okozásáért legalább tudatos gondatlanság kellett, hogy terhelje, aki pedig a veszélyhelyzetet gondatlanul okozta, úgy az eredmény tekintetében is legfeljebb csak gondatlanság terhelhette. Abban az esetben

³⁶⁶ 1959. évi 8. tvr. 19. §.: „Az orvosi tevékenység körébe tartozó egyes ténykedéseket orvosi oklevéllel nem rendelkező személyek is végezhetnek. Ezeknek a személyeknek a körét, valamint az általuk kifejezhető ténykedéseket az egészségügyi miniszter rendelettel állapítja meg.”

³⁶⁷ JABBA György - MÉSZÁROS Erzsébet: *Austral-antigén pozitív vér transfúzióra való alkalmazása és ennek jogi vonatkozásai*, Orvosi Hetilap 1972. 11, 655.

³⁶⁸ 8/1959. (XII. 31.) EüM rendelet az orvosi rendtartásról szóló 1959. évi 8. törvényerejű rendelet, valamint az annak hatálybaléptetéséről szóló 51/1959. (XII. 31.) Korm. rendelet végrehajtásáról 47-48. §.

³⁶⁹ HORVÁTH Tibor [1965] *i.m.* 427.

³⁷⁰ 1959. évi 8. tvr. 40. §.

pedig, ha maga a szabályszegés tekintetében még gondatlanság sem volt megállapítható, úgy a közvetlen veszély vonatkozásában a bűnösség kérdése fel sem merülhetett. Logikailag ugyanis nem lehetséges, hogy az elkövetési magatartáshoz mérten az eredmény tekintetében az elkövető bűnössége szélesebb körű legyen.³⁷¹ A megengedett kockázatok köre pedig eleve kizárta a szakmai szabályszegést, hiszen az orvosi beavatkozások bizonyos várható, ismert kockázatokkal, káros eredménnyel járhatnak, annak ellenére is, ha a kezelőorvos szabályszerűen, a szakma szabályai szerint járt el.³⁷²

A foglalkozási szabály bűnös megszegésével kapcsolatban tehát egy szándékos és két gondatlan alakzat volt elkülöníthető.³⁷³

- szándékosság, ha az elkövető felismerte ugyan, hogy a vonatkozó foglalkozási szabályok az adott helyzetben milyen magatartásra kötelezték, mégsem tanúsítja azt, hanem attól eltérően járt el,
- luxuria, ha az elkövető az adott helyzetben irányadó szabály ismeretével rendelkezett ugyan, ám a tőle elvárható figyelem, körültekintés elmulasztása okán nem ismerte fel, hogy az adott helyzetben milyen magatartás tanúsítására lett volna köteles,
- negligencia pedig, ha az elkövető a tőle elvárható figyelem, körültekintés hiánya miatt nem ismerte fel az adott helyzetre alkalmazandó foglalkozási szabályt.

Az egy cselekménnyel vagy cselekménysorozattal megvalósított szándékos és gondatlan szabályszegések együttes fennállása esetén pedig a szándékos bűnösségi alakzat szerinti minősítés volt az irányadó, a többszörös szabályszegések és az eltérő bűnösségi formák pedig a büntetéskiszabás során kerültek értékelésre.³⁷⁴

IV.8.1. A gondatlanság

A gondatlanság vizsgálata során annak objektív és szubjektív mércéje különböztethető meg, *Viski* fogalmával élve: „...a gondatlanság az objektív gondossági köteleesség bűnös megsértését és a szubjektíve lehetséges elővigyázatosság felróható elmulasztását

³⁷¹ HALÁSZ *i.m.* 1259.

³⁷² REGŐS Ferenc: *Az orvos a jog világában*, Orvosi Közlemények 1972. 1, 40.

³⁷³ HORVÁTH Tibor [1965] *i.m.* 438.

³⁷⁴ BH 1958/8-2007.

egyaránt megkívánja.”³⁷⁵ Az objektív mértéket maga a foglalkozás szabályai szolgáltatják, míg a szubjektív mérce az adott bűntettnél az egyéni lehetőségek és képességek, azaz a „tőle elvárhatóság”³⁷⁶ vizsgálatát jelenti. A személyi oldal analízise során számos olyan körülmény merülhetett fel, amelyek az elvárhatóság fokát befolyásolhatták, azt akár csökkentették, ilyen lehet például a betegség, kimerültség, fáradtság. Abban az esetben pedig ha ezek az elvárhatóság fokát befolyásoló körülmények vezettek a szabályszegésre vagy a közvetlen veszélyhelyzet előidézésre, úgy a gondatlan bűnösség megállapítása azon alapult, hogy az elkövető a befolyásoló körülményeket felismerhette és hatásukat elháríthatta-e, tehát maga az elkövető az adott esetben képes volt-e előre látni a káros következményeket.³⁷⁷ A bírói gyakorlat szerint például az általános gondosság szabályát megszegte, aki fejfájásos rosszulléte miatt biztonságos gépjárművezetésre képtelen állapota ellenére vezetett vagy hosszabb munkavégzés után további megszakítás, pihenő nélküli munkavégzésre vállalkozott, azaz rosszul mérte fel saját szervezetének teljesítő képességét. Gondatlanság volt megállapítható akkor is, ha valaki annak ellenére nem tartózkodott munkájának elvégzésétől, hogy a foglalkozásának szabályai alapján tőle elvárható lett volna annak felismerése, hogy az adott munkafolyamat, beavatkozás a saját képességét már meghaladta.³⁷⁸

IV.8.2. A szándékosság

A harmadik büntetőnovella által használt, problematikus tudatos bűnösségi alakzatot a jogalkotó elhagyta és bevezette a szándékos elkövetési alakzatot.³⁷⁹ Szándékos volt az elkövető magatartása akkor, ha a tudata átfogta mind a foglalkozási szabályszegést, mind a közvetlen veszélyhelyzet okozását, mint káros eredményt is. Abban az esetben, ha az elkövető egyenesen kívánta a káros eredmény bekövetkezését, úgy egyenes szándék volt megállapítható, ha pedig tudata ugyan átfogta a veszélyhelyzet bekövetkezését, de abba belenyugodott, úgy eshetőleges szándék állt fenn.³⁸⁰

³⁷⁵ VISKI *i.m.* 19.

³⁷⁶ REGŐS *i.m.* 40.

³⁷⁷ VISKI *i.m.* 21.

³⁷⁸ HALÁSZ *i.m.* 1256-1258.

³⁷⁹ SZUCHOVSKY [1961] *i.m.* 1633.

³⁸⁰ HALÁSZ *i.m.* 1258-1259.

Atipikus okozatosság esetén pedig előfordulhatott, hogy a veszélyhelyzet gondatlan előidézéséért megállapítható volt ugyan az elkövető felelőssége, azonban a súlyosabb következmények tekintetében még gondatlanság sem terhelte őt, az elkövetési magatartás és a minősített eredmény közötti kapcsolat távoli jellege okán, mivel az eredmény bekövetkeztéhez pusztán véletlenek egyben állása vezetett, amelyek előrelátása az elkövetőtől már nem volt elvárható. Abban az esetben, ha az elkövető szándéka a halálra, mint eredményre is kiterjed, a cselekményt az emberölés szabályai szerint kellett elbírálni. Azonban, ha a szándék a súlyos testi sértésre is kiterjedt, úgy nem a súlyos testi sértés büntette szerint, hanem a foglalkozás körében elkövetett szándékos súlyos testi sértés büntette szerint minősült, amelynek oka a magasabb büntetési tétel volt.³⁸¹

A szándékos alakzat esetén a pszichikus viszony *Horváth* szerint abban állt, hogy az elkövető magatartásának célját előnyösebbnek tartotta, mint azt, hogy az általa ugyan felismert, közvetlenül veszélyeztető cselekményéről lemondjon, de véleménye szerint csak akkor mondott volna le ezen veszélyeztetésről, ha tudatát átfogta volna cselekményének jogtárgysértő eredménye.³⁸²

IV.9. Minősítő körülmények

A minősített esetek között a súlyos testi sértés és a halál, mint eredmények szerepeltek. Fontos megjegyezni, hogy a vizsgált törvény a minősítő körülmények között már nem tartalmazta a vagyoni haszon végett, az ismétlődően, és a folyamatosan elkövetett alakzatokat, a miniszteri indokolás szerint ezen esetek egyrészt ritkán fordultak elő, másrészt az alapeset büntetési keretein belül is megfelelően értékelhetők voltak.³⁸³

IV.10. Szemelvények a gyakorlatból

1. A BH 1964.12.4226 számú határozatában a bíróság foglalkozás körében elkövetett halált okozó gondatlan veszélyeztetés és hivatalos személyként elkövetett közokirat hamisítás büntette miatt találta bűnösnek azt a községi körzeti orvosként dolgozó

³⁸¹ HALÁSZ *i.m.* 1259.

³⁸² HORVÁTH Tibor [1965] *i.m.* 441.

³⁸³ POPOVICS *i.m.* 436.

vádлотtat, aki a sértett nőbeteget tizenkét napon keresztül személyes vizsgálat elvégzése nélkül, pusztán a beteg bemondására alapozottan tévesen kezelte és ennek következtében a sértett végül méhúri fertőzésből kiinduló vérmérgezésben meghalt.

A tényállás lényege szerint a sértett megfázásos panaszokkal és olyan eredetű nőgyógyászati vérzéssel kereste fel a terheltet, amely úgy keletkezhetett, hogy a sértett terhesség gyanúja miatt önmagának „*felpiszkálást*” végzett. A körzeti orvos nőgyógyászati vizsgálatot a sértett gyógykezelése során egyetlen alkalommal sem végzett, amely annak ellenére maradt el, hogy a sértett megfázásos panaszai ugyan pár nap alatt elmúltak, de hüvelyi vérzése, lázas állapota a kezelés teljes idején fennállt. A nőgyógyászati vizsgálat elmaradásán túl a terhelt a betegség okának tisztázása érdekében a sértett kórházba utalását is elmulasztotta, majd a halál beállta után az igazságügyi boncolás elkerülése érdekében annak hamis tartalmú halottvizsgálati jegyzőkönyvet állított ki. Az eljárás során a szakértői vélemények kimondták, hogy a terhelt egyrészt a 8/1959. EüM. rendelet 3. § (1) bekezdése³⁸⁴ szerinti személyes vizsgálati kötelezettségének nem tett eleget, másrészt a külön jogszabályban, azaz a 8300-4/1954. EüM utasítás³⁸⁵ által előírt, adott helyzetre vonatkozó vizsgálati szabályokat sem tartotta be, tehát egyértelműen megállapítható volt a terhelt orvos foglalkozási szabályszegő magatartása. A szakértői vélemények továbbá rámutattak arra is, hogy a terhelt köteleességszegő magatartása és a tévesen megválasztott gyógymód hatástalansága vezetett a sértett halálához, azaz fennállt a szabályszegés és a halál közötti okozati összefüggés is. A Legfelsőbb Bíróság az első és másodfokon eljáró bíróságok bűnösséggel kapcsolatos, szándékos minősítését változtatta meg és a terhelt cselekményét gondatlanság körében értékelte. Az indokolásban ugyanis kimondta, hogy szándékosság esetén az elkövető szándékának legalább eshetőlegesen ki kell volna terjednie a káros eredmény okozására is. Tekintettel azon körülményre, hogy a vádlott a kezelés során tanúsított súlyos mulasztásai ellenére is a beteg gyógyulását akarta, ezért szándéka még a közvetlen veszélyhelyzet okozására sem terjedt ki, így szándékos bűnösség nem állapítható meg, a tettes cselekménye foglalkozás körében elkövetett halált okozó gondatlan veszélyeztetésként minősítendő.³⁸⁶

³⁸⁴ “Az orvos a gyógykezelés végett első ízben vagy újabb panaszokkal jelentkező beteget csak személyesen végzett vizsgálat után részesítheti gyógykezelésben. Kizárólag vizsgálati leletek alapján, személyesen végzett vizsgálat nélkül az orvos beteget nem gyógykezelhet.”

³⁸⁵ Hüvelyi vérzés esetén nem végzett hüvelytükörvizsgálatot, nem tisztázta az eset körülményeit, nem vezette fel a kórtörténeti adatokat, nem gondoskodott a beteg kórházba szállításáról.

³⁸⁶ BH 1964.12.4226

2. A BH 1965.5.4424 számú határozatában a Legfelsőbb Bíróság törvényességi óvás alapján felmentette azon orvos vádlottat, akinek a bűnösségét az elsőfokú bíróság foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés miatt, a másodfokon eljáró megyei bíróság pedig segítségnyújtás elmulasztása miatt tévesen állapította meg.

A tényállás lényege szerint a vádlott orvos foglalkozású főorvosnő egy gyermekotthonban dolgozott a sértett főnővér munkatársával együtt, utóbbinak közismerten magánéleti problémái voltak, valamint a vizsgált cselekmény napján munkahelyéről elbocsátották, ezért a gyermekotthonban, a délelőtti órákban öngyilkossági gondolatait verbalizálta, majd szobájában suicid szándékból, titokban nagymennyiségű Sevenal³⁸⁷ tablettát vett be. A sértettet egyik nővér kollégája az esti órákban meglátogatta szobájában, látva annak aluszékony, gyenge állapotát megkérdezte, hogy megmérgezte-e magát, de a kérdésre adott nemleges válasz miatt két tablettát Sevenal tablettát adott neki, amely után állapota tovább romlott. Ezt észlelve a kolléganő azonnal felkereste a vádlott főorvosnőt és közölte vele gyanúját a szándékos önmérgezéssel kapcsolatban. A vádlott az első vizsgálata alapján a sértett mérgezését ugyan nem tartotta valószínűnek, tekintettel annak magánéleti és munkahelyi problémái miatt idegösszeroppanásra gyanakodott, azonban saját szobájába visszatérve a mérgezési tüneteket tartalmazó irodalmi források tanulmányozásába kezdett. Ezt követően a sértett állapota tovább romlott, eszméletét veszítette, ezért a terheltet ismét értesítették, aki a második vizsgálat alkalmával már felállította a szándékos önmérgezés diagnózisát és azonnal mentőt kért. A kórházba szállítás és szakszerű kezelés ellenére a sértett két nap múlva életét veszítette, a halál okaként a mérgezés kapcsán legyengült és ágynak esett szervezetet ért tüdőgyulladást diagnosztizáltak. Az elsőfokú bíróság a terhelt bűnösségét foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés büntette miatt, arra alapozva állapította meg, hogy az annak ellenére nem rendelt el gyomormosást, hogy a mérgezés gyanújára a nővér kollégája már első alkalommal felhívta a figyelmét. A másodfokon eljáró bíróság az Egészségügyi Tudományos Tanács Igazságügyi Bizottságának véleményét kikérte, amely szerint kizárólag a gyógyszerbeviteltől számított 15 percen belüli gyomormosás lehetett volna hatásos. A tényállás szerint azonban ennél jóval hosszabb idő telt el a szándékos önártalom és az első észlelés között, ezért a másodfokon eljáró megyei bíróság megállapította, hogy a terhelt nem követett el olyan szakmai

³⁸⁷ A fenobarbitál egy barbiturát-származék amely altató és görcsoldó gyógyszer, túladagolása fáradékonyságot, szellemi tevékenység lassulását, keringési és légzési elégtelenséget, kómát és akár halált is okozhat.

mulasztást, amely a beteg életét vagy testi épségét közvetlenül veszélyeztette volna, így a terhelt cselekménye a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés alapesetét sem valósította meg, azonban cselekményét a segítségnyújtás elmulasztása büntetteként értékelte. A Legfelső Bíróság törvényességi óvás keretében megállapította, hogy a terhelt maradéktalanul eleget tett orvosi kötelességeinek, a sértettet megvizsgálta, a mérgezési irodalmat áttanulmányozta, a bekövetkezett állapotrosszabbodást követően a mérgezés tüneteit felismerve azonnal mentőt hívott. Továbbá a miniszteri indokolás szerint a segítségnyújtás elmulasztása kizárólag szándékosan lett volna elkövethető és a másodfokú bíróság által megjelölt, legfeljebb gondatlanság körébe eső mulasztások ezen tényállás megállapításának alapjául sem szolgálhatnak, ezért a vádlott bűnösségének megállapítása törvénysértéssel történt, így a vádak alól felmentették.³⁸⁸

3. A BH 1967.1.5138 számú határozatában a Legfelsőbb Bíróság az orvos foglalkozású terheltet foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés büntette miatt találta bűnösnek, és törvénysértőnek mondta ki a másodfokon eljáró bíróság minősítését, ugyanis az tévesen állapította meg a segítségnyújtás elmulasztás büntetettét az elsőfokon eljáró járásbíróság által megállapított foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetéssel szemben.

A tényállás lényege szerint a sértett személyesen kereste fel a terheltet annak körzeti orvosi rendelőjében nyaki fájdalom miatt, terhelt ezért gyógyszert írt fel és reumatológiai vizsgálatra beutalóval ellátta, ahol a sértett másnap a rendelési idő lejártá után érkezve a vizsgálatról lemaradt. Kettő nap múlva a sértettnél láz jelentkezett, a terhelt távolléte miatt a família a másik körzeti orvost értesítette, aki vizsgálatát követően meghűlésre gyanakodott, ezért injekciót is adott. Az ezt követő napon a sértettet a terhelt körzeti orvos is megvizsgálta és az eredetileg megkezdett terápia folytatása mellett döntött. Két nap múlva a sértett állapota tovább romlott, már az ágyból sem tudott felkelni, ezért sértett édesanyja a terhelttől kifejezetten kérte fia, azaz a sértett kórházba utalását, ezt azonban a terhelt megtagadta, ismételten injekciót adott. A következő két nap elteltével a sértett szeme besárgult, vizelete nem ürült, ezért ismét elvitték a terhelt rendelőjébe és újfent kérték a kórházba utalását, amelytől a terhelt továbbra is elzárkózott. Az esti órákban a terhelt a sértettet lakásán meglátogatta és arra az álláspontra jutott, hogy az eset „*érdekes*”, ezért azt másnap a felülvizsgáló orvossal fogja megvitatni. Következő napon délelőtt a sértett láza negyven fok felé emelkedett, ezért a beteg édesapja a terheltet

³⁸⁸ BH 1965.5.4424

rendelőjében ismételten felkereste és újfent kérte segítségét, aki délutánra ígerte a felülvizsgáló orvossal történő konzultációt, de a beteget ekkor nem látogatta meg. Az apa telefonon mentőt kért, akik orvosi beutaló nélkül a kiszállást megtagadták. Az apa a sértett tovább romló állapota miatt annak a körzeti nővért hívta ki, aki a terheltet is a helyszínrre rendelte. Utóbbi ekkor már tüdőgyulladást és sárgaságot diagnosztizált magas láz mellett ezért mentőszállítást kért, azonban a transzportot megelőzően a sértett a délután órákban, otthonában elhunyt. A halál oka gennyes beolvadás felé haladó tüdőgyulladás volt. Az Egészségügyi Tudományos Tanács Igazságügyi Bizottsága megállapította, hogy a terhelt a panaszok értékelése során nem fejtett ki kellő gondosságot és nem teljesítette az Orvosi Rendtartásban szereplő kötelességét, amely súlyos esetben a beteg kórházba szállítását írta elő, azonban megállapította, hogy a halálos eredmény a legszakszerűbb orvosi kezeléssel sem lett volna minden bizonyossággal elhárítható, de egyúttal annak eredményessége sem zárható ki. A Legfelsőbb Bíróság a másodfokon eljáró megyei bíróság által segítségnyújtás elmulasztásaként minősített ítélete kapcsán rámutatott arra, hogy amikor az orvos gyógyító tevékenységet végez, akkor a betegnek nem segítséget nyújt, hanem azt gyógyítja, tehát az e körben tanúsított kötelességszegés nem segítségnyújtás elmulasztásaként, hanem foglalkozási szabályszegésként értékelendő. Az ítélet szerint tehát a terhelt foglalkozási szabályszegést követett el, amikor a beteget szeme besárgulására és vizeletrekedésre való figyelemfelhívás ellenére sem vizsgálta meg, valamint a kórházba utalást megtagadva, ezzel a sértett a gyógykezeléstől megfosztotta, amely a sértett életét és testi épségét azzal okozati összefüggésben veszélyeztette.³⁸⁹

4. A BH 1967.11.5485 számú határozatában a másodfokon eljáró bíróság az elsőfokú járásbíróság által, a vádlottal szemben hozott felmentő ítéletet helybenhagyta, amelyet azzal indokolt, hogy a vádlott a körülmények alapján az életveszélyt nem ismerhette fel, mivel azzal kapcsolatban bizonytalanságban volt, amely miatt javasolta is a sértett kórházba szállítását, annak sértetti elutasítása okán pedig a terhelti magatartást úgy kellett értékelni, mintha a beutalás valóban megtörtént volna.

A tényállás lényege szerint a sértett az útszéli kerékvetőnek ütközve hasát megütötte, majd fájdalmai jelentkeztek, de a sérülés napján a családnak megtiltotta, hogy azok orvost hívjanak. Panaszai azonban másnapra sem csökkentek, ezért a sértett felesége otthonukba

³⁸⁹ BH 1967.1.5138

rendelte a vádlott körzeti orvost, aki a sértettet megvizsgálva megállapította, hogy annak hasa ugyan betapintható, bélhangok is jól hallhatók, sem hányás sem hőemelkedés nem jelentkezett, csupán a köldök alatti izomfeszülés volt észlelhető. A terhelt a fentiekre tekintettel hasfali zúzódást diagnosztizált, de felvetette májrepedés, érrepedés vagy bélrepedés lehetőségét is, ezért javasolta, hogy a sértettet szállítsák kórházba további vizsgálatok, például hasi röntgen elvégzése céljából. A hospitalizációról a családot ugyan sikerült meggyőznie, de a sértett attól kategorikusan elzárkózott és kifejezetten kérte az otthonában történő gyógykezelését, sőt kijelentette, hogy a terhelt ne is írjon beutalót, mert az teljes mértékben felesleges, úgysem megy kórházba. A terhelt a sértett kérésének eleget téve a családot megbízta, hogy a beteg testhőmérsékletét és pulzusát óránként mérjék, valamint azokat naplózzák, az értékeket pedig tudassák vele, továbbá ha a sértett a kórházba utalással kapcsolatban meggondolná magát, akkor azonnal értesítsék. Este a sértett felesége a terheltet felkereste a kért paraméterekről készült naplóval, amely mindössze enyhe hőemelkedést mutatott normál pulzus mellett. Továbbá a feleség arról számolt be, hogy a sértett jobban érzi magát, hasát már nem fájlalja. Következő napon azonban a beteg állapota a délelőtti órákban romlott, ezért a sértett fia kereste fel a terheltet annak rendelőjében, aki ismét kórházba szállítást javasolt és határozottan kijelentette, ha nem riaszthatja a mentőket, akkor el sem megy megvizsgálni a sértettet. A mentőhívásba a család beleegyezett, ezért a terhelt a sértett lakására indult, a beteg fia pedig elindult értesíteni a mentőket, azonban mire a vádlott vagy a mentők a helyszínre értek volna, a sértett életét vesztette. A halál okaként vékonybél szakadás következményeként beállt hashártyagyulladás került megállapításra. Az elsőfokú bíróság felmentő ítéletét azzal indokolta, hogy a terhelt az életveszélyt nem ismerhette fel, a betegséggel kapcsolatban bizonytalanságban volt, amely tisztázása végett javasolta is a beteget kórházba szállítani. A beutalást az eset körülményeinek mérlegelése alapján az Egészségügyi Tudományos Tanács véleménye szerint pedig megtörténtnek kellett értékelni. Az ítélettel a másodfokon eljáró bíróság is egyetértett, továbbá megállapította, hogy az orvosnak akkor kötelessége a beteg akaratával ellentétesen, annak kórházba utalása, ha egyértelműen felismeri és megállapítja az életveszély fennállását. Az adott esetben azonban a beutalás indoka nem az életveszély, hanem a kivizsgálás volt, mivel a terhelt az életveszélyt megállapítani egyértelműen nem tudta.³⁹⁰

³⁹⁰ BH 1967.11.5485

5. A BH 1972.12.7285 számú határozatában az Elnöki Tanács törvényességi óvás keretei között állapította meg azon orvos bűnösségét foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés vétsége miatt, aki a bizonytalan mennyiségű gyógyszert bevett négy éves sértettet nem vizsgálata meg, gyomormosást vagy hánytatást időben nem végzett, ezért szakmai szabályt szegett, amivel összefüggésben a sértett életben maradási esélyeit csökkentette a meglévő veszélyhelyzetet tovább fokozta.

A tényállás lényege szerint 1970. június 2. napján délután 5 óra körül a négy éves sértett szülei észlelték, hogy aznap délután 3 és 5 óra között a lakásban egyedül tartózkodó sértett gyermek gyógyszert vehetett be, és kérdésre szüleinek azt mondta, hogy az asztalon található – Ferroplex³⁹¹ – gyógyszerből négy darabot evett meg. A szülők a sértettet először a körzeti orvoshoz vitték, akit azonban nem találtak a rendelőben, ezért körülbelül délután 5 óra körül felkeresték a magánlakásán tartózkodó terheltet, akivel közölték, hogy a sértett bizonytalan mennyiségű gyógyszert vehetett be az általuk terhelt részére bemutatott két gyógyszerből (Hibernal³⁹², Ferroplex). A terhelt anélkül, hogy a sértettet megvizsgálta volna, közölte a szülőkkel, hogy a közeli utcából éppen egy beteget szállít el a mentő, keressék fel azt és kérjék a sértett kórházba szállítását, ha pedig már nem találják ott a mentőt, akkor keressék fel a saját körzeti orvosukat annak rendelőjében. A szülők a mentőt már nem érték el és a körzeti orvost nem találták a rendelőben, ezért ismét a terheltet keresték fel annak lakásán 17:55-kor. A terhelt ekkor anélkül, hogy a sértettet megvizsgálta volna vagy elsősegélyben nyújtotta volna, mentőt hívott, amely fél óra alatt ért ki, és az akkor már eszméletlen sértettet a kórházba körülbelül 15 perc alatt szállította be, ahol azonnal gyomormosást végeztek, ennek során gyógyszermaradvány távozott a sértett gyermek gyomrából. A sértett állapota a gyógyszeres kezelés, majd kivéreztetéses vérátömlesztés ellenére másnapra tovább romlott, ezért mentőhelikopterrel a Heim Pál Kórházba szállították, ahol június 6. napján életét veszítette. A halál okaként gyógyszermérgezés következtében fellépő kétoldali tüdőgyulladást és szövődmenyes vérkeringési és vérzési elégtelenséget állapítottak meg. Az elsőfokon eljáró bíróság ítélete szerint a terhelt a foglalkozási szabályait megszegte, mivel annak ellenére nem végzett gyomormosást vagy hánytatást, hogy tudomására jutott a sértett veszélyes

³⁹¹ multivitamin tabletták

³⁹² gyógyszerleirat szerint: „hatóanyaga a klórpromazin-hidroklorid, túladagolás esetén jelentkező tünetek: A túladagolás tünetei lehetnek: görcsroham, kifejezett vérnyomásesés, aluszékonyság, kábóság, ami egészen a kómáig vezethet. Túladagolás, vagy annak gyanúja esetén orvost kell hívni. Az orvos megérkezéséig aktív szén valamint hashajtó adásával lehet csökkenteni a felszívódó gyógyszer mennyiségét. A beteget a görcsroham és a félrenyelés veszélye miatt tilos hánytatni.”

gyógyszereket vehetett be. A másodfokon eljáró megyei bíróság az ítéletet megváltoztatta, mivel a terhelt cselekményét, mint foglalkozásánál fogva segítségnyújtásra kötelezett által segítségnyújtás elmulasztása büntettnek minősítette. A határozatok ellen benyújtott törvényességi óvás során a Legfelsőbb Bíróság helyt adott és a foglalkozás körében elkövetett halált okozó gondatlan veszélyeztetés büntette miatt indult eljárást megszüntette és a terheltet figyelmeztetésben részesítette. A Legfelsőbb Bíróság kifejtette, hogy az orvos foglalkozásának gyakorlása során orvosi gyógyító tevékenységet fejt ki és nem segítséget nyújt, tehát ezen körben tanúsított kötelezettségzegése során nem az általános kötelességként jelentkező segítségnyújtást mulasztja el, hanem az orvosi foglalkozás szabályait szegi meg. A sértett halála és a terhelt mulasztása közötti okozati összefüggést az elsőfokon eljáró bíróság ítéletével egyetértve nem találta megállapíthatónak. A Legfelsőbb Bíróság határozata ellen a cselekmény téves minősítése és a büntető eljárásnak figyelmeztetés alkalmazásával történt megszüntetése miatt emelt óvást az Elnökségi Tanács részben alaposnak találta. Az óvás során sem volt megállapítható, hogy a sértett pontosan mikor, milyen és mennyi gyógyszert vett be, továbbá az Egészségügyi Tudományos Tanács véleménye szerint felemerült a szülők által bemutatott gyógyszereken kívüli más, nevezeten barbitursav³⁹³ hatása is a mérgezésben. A szakvélemények egyetértettek abban, hogy a terhelt mulasztása megfosztotta a sértettet az életmentés lehetőségétől, ugyanis az első észleléskori gyomorürítés után az életben maradás esélyei jobbak lettek volna, de helytelen az a következtetés és minősítés, hogy a mulasztás és a halál között okozati összefüggés állna fenn. Ugyanis a halálos eredményért való büntetőjogi felelősség csakis akkor állapítható meg, ha az okozati összefüggés minden kétséget kizáróan fennáll. Továbbá a Tanács megállapította, hogy a Legfelsőbb Bíróság tévesen értékelte a cselekmény társadalomra veszélyességét, így a büntetőeljárás figyelmeztetéssel való megszüntetése törvénysértő. Álláspontját arra alapozta, hogy a terhelt a sértettet egyszer sem vizsgálta meg, a mentő után való elküldéssel a véletlenre bízta a kórházba szállítást. A mentőszállítással a terhelt a sürgős beavatkozás szükségességét ugyan elismerte, de beavatkozást nem végzett, sőt a második alkalommal a mentők érkezéséig orvosi felügyeletet sem biztosított a várakozás alatt eszméletét veszítő sértett részére. Összességében megállapításra került, hogy a terhelt nagyfokú felelőtlen ségével nem áll arányban a büntetőeljárás figyelmeztetéssel való megszüntetésével, ezért a Tanács a

³⁹³ Származékai a barbitálok altató- és nyugtatószerek.

Legfelsőbb Bíróság határozatát törvénysértőnek nyilvánította és azt hatályon kívül helyezve a terhelt bűnösségét foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés vétségéért megállapította, büntetésként a kiszabott 6 hónap szabadságvesztést 3 évi próbaidőre felfüggesztette.³⁹⁴

6. A BH 1973.7.261 számú határozatában a Legfelsőbb Bíróság a járásbíróság felmentő ítéletével ellentétben az orvos terhelt bűnösségét állapította meg foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés vétsége miatt.

A tényállás lényege szerint az ittas állapotú, kerékpárral közlekedő sértettet egy motorkerékpár elütötte, amely következtében a mentők a baleseti sérült sértettet kórházba szállították, ahol őt a terhelt megvizsgálta, tudatát tisztának találta. A sértett a baleset körülményeit leírta és kizárólag jobb combjának fájdalmát panaszolta. A terhelt a vizsgálatot követően a panaszoknak megfelelően a sértett jobb combjáról kért röntgenfelvételt, amely eltérést nem mutatott, ezért a sértett kérésének megfelelően a mentőkkel otthonába szállította. A sértett azonban a hazaszállítást követően rövid időn belül életét veszítette. A halál okaként többszörös bordatörés, medencetörés, légmell és csonttörések szövődményeként fellépő tüdő zsírembólia került megállapításra. Ugyan a járásbíróság megállapította, hogy a terhelt az orvosi foglalkozás szabályait azzal megszegte, hogy az ittas sértett elmondására hagyatkozott és nem a tőle elvárható körültekintéssel járt el, amely következtében nem ismerhette fel annak súlyos sérüléseit. Az okozati összefüggés terén azonban a bíróság azt a konklúziót vonta le, hogy a szabályszegés nemcsak a halál beállta közt, de még a veszélyhelyzet tekintetében sem állt fenn, mivel azokat maga a baleset és nem pedig a terhelt idézte elő, ezért őt a vád alól felmentette. A Törvényességi óvás keretei közt azonban megállapításra került, hogy téves a járásbíróság azon megállapítása, miszerint a terhelt foglalkozási szabályszegése közvetlen veszélyhelyzetet nem okozott, mivel az állandó bírói gyakorlat szerint a közvetlen veszélyhelyzet okozásával esik egy tekintet alá az olyan magatartás, amely a más által előidézett közvetlen veszélyhelyzetet tovább fokozza, vagy nem szünteti meg. Tehát azzal, hogy a terhelt mulasztása miatt nem vizsgálta meg kellékeppen a sértettet és hozzájárult annak hazaszállításához, úgy a meglévő veszélyhelyzetet tovább fokozta, amelyből következik, hogy a terhelt foglalkozási szabályszegése okozati összefüggésben

³⁹⁴ BH 1972.12.7285

áll a sértettet közvetlen veszélyhelyzetbe hozatalával. A terhelt szándéka azonban a halálos kimenetellel kapcsolatban nem volt megállapítható, mivel az Egészségügyi Tudományos Tanács véleménye szerint a sértett élete a szakszerű kórházi ellátás esetén sem lett volna megmenthető.³⁹⁵

V. ÚJABB TENDENCIÁK: AZ 1978. ÉVI ÉS A 2012. ÉVI BÜNTETŐ TÖRVÉNYKÖNYVEK KORSZAKA

V.1. Az 1978. évi IV. törvény

Az 1961. évi Btk. hatálybalépését követően nemcsak a bűnözés struktúrájában következtek be változások, hanem időközben a szocialista politikai vezetés által elfogadottá vált azon tudományos személet, miszerint a bűnözést összetett társadalmi jelenségnek tekintve, azellen hatékony büntetőjogi és szociálpolitikai eszközökkel szükséges fellépni. Ezen változások, valamint a jogalkalmazási tapasztalatok eredményeként az 1974. évben megindult kodifikációs munkák eredményeként lépett hatályba 1979. július 1. napján a Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény.³⁹⁶

V.1.1. Az előzmények

A 1948. évi XLVIII. tv. az élet vagy testi épség veszélyeztetése tényállásával alkotta meg hazánkban a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés közvetlen előképének tekinthető büntető normát,³⁹⁷ amelyet a gyakorlat egyszerűen csak „veszélyeztetés” büntettének nevezett.³⁹⁸ A tényállás megalkotásával a jogalkotó célja az volt, hogy hathatósabb oltalomban részesítse a védett jogi tárgyakat az időközben fokozatosan növekvő számú veszélyforrásokkal szemben, hiszen a büntetőjogi védelem „vonala” a sérelem okozásáról „előre helyezésre került” a veszélyeztető magatartásokra. A fokozott védelem indoka azon körülmény, hogy azok, akik értenek valamilyen veszélyes

³⁹⁵ BH 1973.7.261

³⁹⁶ GÖRGÉNYI [2014] i.m. 57-58.

³⁹⁷ MADAI [2020] i.m. 327.

³⁹⁸ BM Tanulmányi és Módszertani Osztálya: *Büntetőjogi Tankönyv II. (Különös rész)*, Zrínyi Nyomda, Budapest, 1959, 433.

tevékenységhez, fokozottabban kell ügyelniük a szabályok betartására, hiszen a veszélyeztetési lehetőségekhez közelebb kerülve kötelesek azokat megfelelő keretek között tartani.³⁹⁹ A Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyvéről szóló 1961. évi V. törvény a korábbi veszélyeztetés büntettségére építve alkotta meg a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállását.⁴⁰⁰ A törvénykönyv hatályba lépését követően a technikai fejlődés továbbra is töretlen maradt, hiszen számos területen jelent meg az egyre szélesebb körű gépesítés, motorizáció és a vegyi anyagok használata is, amely eszközök és módszerek alkalmazása szükségszerűen járt együtt a veszélyforrások növekedésével. A veszélyhelyzet felismerésével, annak megelőzése érdekében megalkotásra kerültek olyan megelőző, biztonsági munkaszabályok, amelyek célja a prevenció, valamint a bekövetkezett kár csökkentése volt,⁴⁰¹ ezen okokhoz hasonlóan az 1978. évi IV. törvény megalkotásának idejére elérkezetté vált a büntetőjogi szabályozás módosítása, annak aktualizálása is. A Kodifikációs Bizottság több vitát követően, a gyakorlati tapasztalatokra figyelemmel alkotta meg a módosított tényállást, amely releváns változásokat hozott.⁴⁰²

V.1.2. Az Országgyűlés által elfogadott foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállása

„171. § (1) Aki foglalkozása szabályainak megszegésével más vagy mások életét, testi épségét vagy egészségét gondatlanságból közvetlen veszélynek teszi ki, vagy testi sértést okoz, vétséget követ el és egy évig terjedő szabadságvesztéssel, javító-nevelő munkával vagy pénzbüntetéssel büntetendő.

(2) A büntetés

a) három évig terjedő szabadságvesztés, ha a bűncselekmény maradandó fogyatékoságot, súlyos egészségromlást, vagy tömegszerencsétlenséget,

b) öt évig terjedő szabadságvesztés, ha a bűncselekmény halált,

³⁹⁹ KARSAI Krisztina: *A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállásának kritikája*, Magyar Jog 2006. 12, 745.

⁴⁰⁰ IDZIG *i.m.* <http://ugyeszeklapja.hu/?p=3689> (2024. március 14-i letöltés).

⁴⁰¹ FONYÓ *i.m.* 113-114.

⁴⁰² LÁSZLÓ Jenő: *Az 1978. évi IV. törvény (BTK) előkészítése VII. kötet*, Igazságügyi Minisztérium, Budapest, 1989, 435.

c) két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztés, ha a bűncselekmény kettőnél több ember halálát okozza, vagy halálos tömegszerencsétlenséget okoz.

(3) Ha az elkövető a közvetlen veszélyt szándékosan idézi elő, büntettet követ el, és az (1) bekezdés esetén három évig, a (2) bekezdés esetén - az ott tett megkülönböztetéshez képest - öt évig, két évtől nyolc évig, illetőleg öt évtől tíz évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(4) E § alkalmazásában foglalkozási szabályok a lőfegyver használatára és kezelésére vonatkozó szabályok is.”

V.1.3. A Kodifikációs Bizottság vitája a tényállással kapcsolatban

A bűncselekmény alapesete a passzív alany meghatározásával kapcsolatban a korábbi „egy vagy több ember” megfogalmazást a „más vagy mások” kifejezésre módosította. Természetesen a többes szám alkalmazása alapján a bűncselekményegység továbbra is fennállt, tehát halmazati értékelés az új szabályozás szerint is kizárt maradt. A passzív alany definíciójának módosítása mögött azon egyszerű ok, általános nézet állhatott, amely szerint az élet, testi épség, egészség elleni bűncselekmények passzív alanya az elkövetőn kívüli más személy lehet.⁴⁰³ Ezáltal a tettes saját személyére megvalósított bűncselekmény nyelvtani értelmezés szerinti lehetősége a törvényszöveg szerint is kizárásra került. Továbbá az alapesetben került értékelésre a közvetlen veszélyhelyzet túl a testi sértés, mint korábbi minősítő körülmény is, azonban a gyógytartam tekintetében az új törvény már nem differenciált, ezáltal annak értékelését a büntetés kiszabása körébe utalta,⁴⁰⁴ ezzel párhuzamosan – logikusan – a súlyos testi sértés, mint minősített eset megszüntetésre került. A változással kapcsolatban fontos megemlíteni, hogy a korábbi, 1961. évi V. tv. a könnyű testi sértésről nem rendelkezett, alapesetként kizárólag a közvetlen veszélyhelyzet okozását, mint káros eredményt nevesítette, minősítő körülményként, mint káros következmény a súlyos testi sértés, valamint a halál szerepelt. Ezért a foglalkozás körében elkövetett könnyű testi sértést okozó veszélyeztetés – külön

⁴⁰³ FÖLDVÁRI József: *A Magyar Büntetőjog Különös Rész*, Tankönyvkiadó, Budapest, 1989, 148.

⁴⁰⁴ IDZIG i.m. <http://ugyeszeklapja.hu/?p=3689> (2024. március 14-i letöltés).

törvényi rendelkezés hiányában – az alapeset szerint, a büntetés kiszabása során kerülhetett értékelésre.

Az alapeset módosítását, pontosan annak testi sértéssel való bővítését a Kodifikációs Bizottság álláspontja szerint azon, pusztán statisztikai körülmény indokolta, hogy csupán veszélyeztetés miatt ritkán került sor a bűnösség megállapításra.⁴⁰⁵ Az előkészítő ülések során felmerült olyan, kisebbségi javaslat is, hogy a testi sértést nem okozó, kizárólag veszélyeztető magatartások, azaz a korábbi alapeset szabálysértésnek minősüljön. A bizottsági vita során a dekriminalizáció mellett állást foglalók a közlekedési cselekmények veszélyeztető jellegével vontak párhuzamot és azzal érveltek, hogy a büntetőjogi szabályozás csak akkor lenne indokolt, ha az adott magatartás valós testi sérelmet okoz. Megoldásként végül a testi sértéssel kibővített, vétségi súlyú alapeset – tekintettel a büntetés kiszabási gyakorlatra és a tett társadalomra veszélyességére – a korábbi aránytalanul magasnak tekinthető három éves büntetési tétel egy évre történő leszállítása és javító-nevelő munka, valamint pénzbüntetés, mint alternatív büntetés kiszabása mellett döntött a Bizottság.⁴⁰⁶ Később a javító-nevelő munka közérdekű munkára módosult, majd mind a közérdekű munka, mind a pénzbüntetés elhagyásra kerültek.⁴⁰⁷

A minősített esetek kapcsán jelentősnek tekinthető bővítés történt, hiszen új körülményként jelent meg a maradandó fogyatékoság, súlyos egészségromlás, tömegszerencsétlenség okozása, kettőnél több ember halála, és a halálos tömegszerencsétlenség okozása is.

A szankciórendszerrel kapcsolatban megállapítható, hogy a korábbi büntető törvénykönyv mind az alapeset, mind a minősített esetek kapcsán magasabb büntetési tételeket alkalmazott, amelyet a korabeli jogtudomány azzal indokolt, hogy egy tevékenységet mesterséggént gyakorló személytől nagyobb fokú gondosság várható el, hiszen az azokból származó káros eredmények veszélyesebbek a társadalomra. A Munkabizottság azonban – helyesen – felhívta a figyelmet azon anomáliára, hogy a

⁴⁰⁵ Foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés vétsége miatt elítélt felnőttkorúak száma: 1972: 343, 1973: 63, 1974: 61, 1976: 36;

Foglalkozás körében elkövetett súlyos testi sértést okozó gondatlan veszélyeztetés büntette miatt elítélt felnőttkorúak száma: 1972: 445, 1973: 269, 1974: 259, 1975: 111;

Foglalkozás körében elkövetett halált okozó gondatlan veszélyeztetés büntette miatt elítélt felnőttkorúak száma: 1972: 184, 1973: 124, 1974: 127, 1975: 49. In: LÁSZLÓ *i.m.* 433-434.

⁴⁰⁶ LÁSZLÓ *i.m.* 451-452.

⁴⁰⁷ IDZIG *i.m.* <http://ugyveszeklapja.hu/?p=3689> (2024. március 14-i letöltés).

fokozottabb veszélyesség büntetőjogi értékelése mellett sem engedhető meg, hogy a súlyos testi sértést okozó foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés magasabb büntetési tétellel legyen fenyegetett, mint a szándékosan elkövetett súlyos testi sértés. Előbbi büntetési tétele a korábbi büntető törvény szerint ugyanis hat hónaptól – később egy évtől – öt évig, utóbbi három évig terjedő szabadságvesztéssel volt büntethető. A Kodifikációs Bizottság vitája során kezdetben a korábbi törvényben is uralkodó nézőpont látszott érvényesülni, azonban végül a büntetési tételek felülvizsgálatával kapcsolatban is egyetértés született,⁴⁰⁸ amely eredményeként mérséklődtek a korábbi – kirívóan – magas szankciók. Ezáltal a halált okozó foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés büntetési tétele a gondatlanságból elkövetett emberölésével lett azonos, hiszen a korábbi kettőtől nyolc évig terjedő szabadságvesztés hat hónaptól öt évig terjedő mértékre került leszállításra.

A törvénykönyv előkészítési munkálatai folyamán az orvoslással kapcsolatos kérdések is felmerültek, ugyanis a bizottsági vizsgálat részét képezte vagy egy külön orvosi veszélyeztetési tényállás megalkotásának lehetősége, vagy a veszélyeztetési tényállás olyan megfogalmazása, amelyből az orvosi tevékenység sajátos jellege tükröződhetett volna. A Kodifikációs Bizottság végül – helyesen – rámutatott arra, hogy az egyes foglalkozások között nem engedhető meg az elvi különbségtétel, tehát az orvosi tevékenység egyedi kiemelése sem indokolt. Továbbá a Bizottság hangsúlyozta, hogy az nem jelentheti az orvos számára a büntetőjogi fenyegetettség fokozását, hogy az orvostudomány fejlődésével párhuzamosan a hibás orvosi tevékenységek lehetősége is növekszik, hiszen ha az orvosi tevékenység a gyógyítás szabadságának jogszabályban körülhatárolt kereteit nem lépi túl, úgy a megengedett kereteken belül történő mérlegelés eredményeként végett gyógyító tevékenység büntetőjogi rosszalláshoz sem vezethet.⁴⁰⁹ A Bizottság arra az álláspontra helyezkedett, hogy nem biztosítana megfelelő védelmet, ha csupán a fokozott veszéllyel járó vagy az egyes kiemelt foglalkozások - például orvosi - szabályainak a megsértésére korlátozódna a tényállás.⁴¹⁰ A kodifikációs ülések során a halállal kapcsolatos kérdéskörben az újraélesztéssel kapcsolatos merültek fel még kérdések, ugyanis az orvostudományban bekövetkezett innováció, a halál biológiai és

⁴⁰⁸ LÁSZLÓ *i.m.* 442-443.

⁴⁰⁹ LÁSZLÓ *i.m.* 442-443.

⁴¹⁰ KÁDÁR Krisztina - MOLDOVÁNYI György: *Büntető Törvénykönyv*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1979, 229.

klinikai fogalmakra való elhatárolása, az újraélesztés, azaz reszuszcitáció⁴¹¹ fejlődése felvetették az emberi élet büntetőjogi védelmi határának módosítását, kiterjesztését is. Az emberi élet büntetőjogi védelme a klinikai halál beálltaig tartott, ezért a klinikai halál bekövetkezése utáni, az újraélesztés során tanúsított szabályszegés büntetőjogi felelősséget nem eredményezhetett egyes bizottsági álláspontok szerint. A reszuszcitáció elmulasztása vagy szabályainak a megszegése kizárólag etikai-fegyelmi eljárást vonhatott maga után, ezért a következő javaslat került megfogalmazásra: „*megállapítja az eljáró orvos felelősségét, ha az orvos a) az indikált reanimációt az adott helyzetben felrőhatóan elmulasztja, vagy b) a reanimáció szabályait tudatosan vagy hanyagságból megsérti.*”⁴¹² A Bizottság végül nem tartotta indokoltnak, ezért nem fogadta el az újraélesztéssel kapcsolatos külön tényállás megalkotását, döntését azzal indokolta, hogy az ilyen cselekmények a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállása szerint értékelhetők, hiszen ugyanolyan szabályszegésnek minősülnek, mint bármely más foglalkozási norma megsértése.⁴¹³

A korábbi tényállás által szabályozott és a gyakorlatban legmagasabb számban előforduló közlekedési szabályszegéseket a törvényhozó kiemelte ezen normából és közlekedési bűncselekmények címen külön fejezetben rendelte büntetni.⁴¹⁴

V.1.4. A tényállás elemzése

V.1.4.1. A védett jogi tárgy

A bűncselekmény jogi tárgya továbbra sem változott: az emberi élet, testi épség és egészség védelméhez fűződő társadalmi érték. A fokozott védelem – a harmadik büntetőnovella óta – abban nyilvánul meg, hogy a jogalkotó már a sérelem bekövetkezésének veszélyét előidéző magatartásokat is büntetni rendeli.⁴¹⁵ A korábbi

⁴¹¹ Megjegyzendő, hogy a Bizottság tévesen az újraélesztés szinonim fogalmaként a reanimációt használta, azonban míg a reanimáció az alapvető biológiai funkciók zavara miatt az életet közvetlenül fenyegető állapot elhárítására tett kísérlet magas szintű technikai eszközök egybehangolt és gyors alkalmazásával, addig a reszuszcitáció jelenti a már beállt klinikai halál okán alkalmazott komplex újraélesztési eljárást. In: DEZSŐ [1979] *i.m.* 165.

⁴¹² LÁSZLÓ *i.m.* 440.

⁴¹³ LÁSZLÓ *i.m.* 442-445.

⁴¹⁴ BITTÓ Márta: *A foglalkozási szabály személyi hatálya a büntetőjogban*, Jogtudományi Közlöny 1985, 582.

⁴¹⁵ ZÁKÁNY [2012] *i.m.* 71.

„egy vagy több ember” megfogalmazást a „más vagy mások” kifejezésre cserélte a törvényhozó, amely egyrészt továbbra sem teszi lehetővé a halmazati értékelés lehetőségét, hiszen a törvényi megfogalmazás alapján bűncselekményegység forog fenn, ha kettőnél több ember sérelmére kerül elkövetésre az adott cselekmény.⁴¹⁶ Másrészt, hasonlóan az öngyilkossághoz, az önveszélyeztetés sem büntetendő cselekmény,⁴¹⁷ ezért az elkövető saját személyére megvalósított bűncselekmény nyelvtani értelmezés szerinti lehetősége is kizárásra került az új tényállásban.⁴¹⁸

V.1.4.2. Az elkövetési magatartás

A bűncselekmény elkövetési magatartása kizárólag az emberi életet, testi épséget vagy egészséget veszélyeztetni képes foglalkozási szabály megszegése lehet, függetlenül attól, hogy az elkövető a foglalkozási tevékenységet milyen rendszerességgel végezte, azt ellenszolgáltatásért cserébe, vagy ingyenesen tette, valamint az is teljes mértékben irreleváns, hogy a diszpozíciószerű magatartást megvalósító személy rendelkezik-e az adott tevékenység végzéséhez szükséges iskolai végzettséggel és/vagy engedéllyel.⁴¹⁹ Az orvosi foglalkozás azonban továbbra is, a harmadik büntetőnovella hatálya alatt született elvi büntető döntés⁴²⁰ óta kivételt képezett, hiszen az orvosi hivatás szabályai alatt kizárólag csak az orvosi végzettséggel rendelkező személyek állhattak. Ugyanis az orvosi végzettséggel nem rendelkező, de ezirányú tevékenységet megvalósító alanyok az önálló kuruzslás tényállása szerint voltak felelősségre vonhatók.⁴²¹

A foglalkozási szabályok lehetnek írásban rögzítettek, de kialakulhatnak és szokássá válhatnak anélkül is. Az írásbeli normákat tartalmazhatja jogszabály vagy annak nem minősülő norma, mint például belső utasítás, előírás is. Az ítélkezési gyakorlatban öt nagy foglalkozási csoportnak van kiemelt jelentősége: a munkavédelmi és balesetelhárító szabályok, a biztonsági előírások, az orvosi tevékenység szabályai, az építkezéssel

⁴¹⁶ IDZIG *i.m.* <http://ugyeszeklapja.hu/?p=3689> (2024. március 14-i letöltés).

⁴¹⁷ FÖLDVÁRI József: *Magyar Büntetőjog Különös Rész*, Rejtjel Kiadó, Budapest, 1998. 111.

⁴¹⁸ TÓTH Emese Boglára - RÓZSAVÖLGYI Bálint: *A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés bűncselekményének hatályos szabályozása, különös tekintettel az orvosi műhibára*, Debreceni Jogi Műhely 2012. 1, 59.

⁴¹⁹ EBH2007. 1586

⁴²⁰ BH 1954.1.142 A Legfelsőbb Bíróság V. sz. büntető elvi döntése

⁴²¹ IDZIG Izabella: *A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés hatályos szabályozása az ítélkezési gyakorlat tükrében*, Ügyészégi Szemle 2022. 01, 43.

kapcsolatos szabályok, valamint a lőfegyver használatára és kezelésére vonatkozó előírások.⁴²²

Azon ok miatt, hogy a bűncselekmény nyitott törvényi tényállás, ezért mind tevőlegesen, mind mulasztás útján történő megvalósítása is lehetséges.⁴²³ Mulasztás esetén az elkövető egy, a saját tevékenységétől függetlenül megindult folyamatban annak ellenére nem avatkozik be, hogy foglalkozásából adódóan az a kötelessége lenne. Ezen esetben nem a veszélyhelyzet okozása miatt felel az elkövető, hiszen az már korábban is fennállt, hanem azon munkaköri kötelességének a megsértése miatt, hogy a veszélyhelyzet elhárításának vagy enyhítésének a szabályát sérti meg, ezáltal a veszélyhelyzetet továbbra is fenntartja, vagy az súlyosbítja.⁴²⁴ Lényegében ezen álláspontot erősítette meg a Kúria precedensképes határozata is, amely szerint az elkövető felelőssége akkor is megállapítható, ha az elkövetőnek bár lehetősége lett volna rá, de szabályszegő magatartása folytán nem akadályozza meg a tényállásszerű eredmény bekövetkezését, feltéve, hogy a káros eredmény tekintetében gondatlansága megállapítható.⁴²⁵

A bírói gyakorlat szerint a kétséget kizáróan bizonyított szakmai szabályszegés esetén is csakis az élet, testi épség, egészség védelmére irányuló foglalkozási szabályoknak van relevanciája, pontosan azon foglalkozási szabályoknak, amelyeknek megszegése veszélyt jelent a bűncselekmény jogi tárgyára. Az ezen körön kívül eső foglalkozási szabályok megszegése – a vizsgált tényállás keretei között – büntetőjogi felelősségre vonás tárgyát nem képezhet, de természetesen más jogágak szabályaiba ütközhetett és azok szerinti felelősséget akár meg is alapozhatott.⁴²⁶

Annak eldöntését pedig, hogy az adott esetben az elkövető foglalkozási szabály hatálya alatt állt-e, minden esetben az ügy körülményeire tekintettel, akár szakértő bevonásával volt szükséges megállapítani.⁴²⁷

Összességében tehát a foglalkozási szabályszegés akkor állapítható meg, ha az elkövető magatartása nincs összhangban, vagy kifejezetten ellentétes a jogtárgy védelme érdekében alkotott foglalkozási szabállyal.⁴²⁸

⁴²² BUSCH [2009] *i.m.* 124.

⁴²³ VASKUTI András: *Büntetőjog II. Különös Rész*, Novissima Kiadó, Budapest, 2011, 48.

⁴²⁴ FÖLDEVÁRI [1989] *i.m.* 148-149.

⁴²⁵ BH 2023.3.56 I.

⁴²⁶ Bf.24/2010/27

⁴²⁷ TÓTH Emese *i.m.* 60.

⁴²⁸ NAGY Ferenc (szerk.): *A Magyar Büntetőjog Különös Része*, Korona Kiadó, Budapest, 1999, 110.

V.1.4.3. Az eredmény: közvetlen veszély

A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés materiális, azaz eredmény bűncselekmény,⁴²⁹ mivel a diszpozíciószerűség csak akkor állapítható meg, ha a foglalkozási szabályszegés eredményeként – azzal okozati összefüggésben – közvetlen veszély jön létre, amely alapján fennáll az élet, testi épség és egészség sérelmének reális esélye, vagy a szóban forgó veszélyhelyzeten túlmenően – annak következményeként – testi sértés következik be.⁴³⁰ A közvetlen veszélynek pedig meghatározott személyre és helyzetre konkretizáltan kell fennállnia.⁴³¹

Mind a miniszteri indokolás, mind a büntetőjog tudománya szerint az 1978. évi Btk. hatálybalépésének idejére a közvetlen veszély büntetőjogi fogalma már kialakultnak volt tekinthető,⁴³² és az a következőképpen definiálható: „*a közvetlen veszély az élet, a testi épség vagy az egészség sérelmének reális lehetőségét, a helyzetre és a személyre konkretizált veszélyt jelenti. A lényeg az, hogy a veszély, általános jellegéből kilépve, határozott, külsőleg felismerhető formában, egyes személyhez, vagy személyekhez kapcsolódva jelentkezzen.*”⁴³³ A közvetlen veszélyhelyzet térben, időben konkretizálódó, meghatározott személyt fenyegető sérelem reális bekövetkezésének pusztán az esélyét, közeli lehetőségét jelenti,⁴³⁴ ezért általában csak utólag állapítható meg, hogy az adott helyzetben és adott személy tekintetében fennállt-e a sérelem bekövetkezésének valós lehetősége.⁴³⁵ Természetesen a sértő eredmény bekövetkezése esetén, azt megelőzően a veszélyhelyzet is fennállt, azonban az beolvad magába a sérelembe.

A közvetlen veszély fogalmának meghatározása kapcsán Földvári József hívta fel a figyelmet arra, hogy azt nem kizárólag az orvosi magatartás hozhatja létre, mivel az esetek jelentős hányadában a beteg már egy korábban kialakult veszélyhelyzet miatt keresi fel az egészségügyi szolgáltatót, ezekben az esetekben az okfolyamat elindítója tehát nem maga az orvos. Földvári így hátrányosnak tekinti azt a magatartást is, amely megakadályozza a meglévő veszélyhelyzet előnyös megváltozását.⁴³⁶ Hasonló

⁴²⁹ ZÁKÁNY [2012] *i.m.* 72.

⁴³⁰ VASKUTI *i.m.* 48.

⁴³¹ ZÁKÁNY [2012] *i.m.* 70.

⁴³² NAGY Ferenc [1999] *i.m.* 112.

⁴³³ KÁDÁR Krisztina *i.m.* 230.

⁴³⁴ BUSCH [2009] *i.m.* 124.

⁴³⁵ FÖLDVÁRI [1989] *i.m.* 151.

⁴³⁶ DEZSŐ [1979] *i.m.* 228.

állásontra helyezkedett a Legfelsőbb Bíróság is, ugyanis az 1586/2007. számú elvi határozatában kimondta, hogy „*a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetésben az elkövető büntetőjogi felelőssége csak akkor állapítható meg, ha foglalkozása szabályait szándékosan vagy gondatlanul megszegő tevékenységével okozati összefüggésben áll elő az eredmény, illetve akkor, ha az elkövető szabályszegő mulasztásával – bár lehetősége lett volna rá –, nem akadályozza meg a tényállásszerű eredmény bekövetkezését, feltéve, hogy a káros eredményre nézve, a gondatlan bűnössége is fennáll.*”⁴³⁷ Azokban az esetekben pedig, ha a beteg veszélyhelyzete nem az orvos szabályszegő magatartása miatt alakul ki, vagy az orvos ugyan megsértette a szakma szabályait, de a veszély azzal nem hozható okozati összefüggésbe, úgy a káros eredmény a gyógyítás kockázata vagy a diagnosztikai tévedés körébe tartozik.⁴³⁸ Továbbá akkor sem állapítható meg az orvos büntetőjogi felelőssége, ha cselekménye vagy mulasztása ugyan szakmai szabályt sértett, de az nem okoz veszélyhelyzetet, vagy azzal nem hozható okozati összefüggésbe.

Dezső László véleménye szerint az orvos foglalkozási szabályszegése általában együtt jár a veszélyhelyzet létrehozásával. Természetesen előfordulhat olyan eset is, amikor szabályszegés történik, de mégsem jön létre veszélyhelyzet, ilyen például az Eütv. által előírt dokumentáció megsértése, amely fegyelmi felelősséget vonhat maga után, és természetesen egy esetleges kártérítési perben jelentősen megnehezíti – vagy ellehetetleníti – a szolgáltató felelősség alóli kimentési lehetőségét.⁴³⁹

A testi sértés, mint eredmény tekintetében a jogalkotó nem tett különbséget annak gyógytartama szerint, tehát a sérülés súlyosságának értékelésére a büntetés kiszabása során kerülhet sor.⁴⁴⁰

Azon körülményt, hogy a jogalkotó már a közvetlen veszélyhelyzetet előidéző magatartást is büntetni rendeli, azzal magyarázható, hogy a speciális foglalkozási szabályok megsértésének következményeként létrejövő közvetlen veszélyhelyzetekből nagy valószínűséggel következhet be jelentős sérelem.⁴⁴¹

⁴³⁷ 1586/2007. számú Büntető Elvi Határozat

⁴³⁸ DÁVID Lilla: *Foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés a műtőben I. rész*, *Ügyészek Lapja* 2009, 3-4, 25.

⁴³⁹ DEZSŐ [1979] *i.m.* 220-221.

⁴⁴⁰ KÁDÁR Krisztina *i.m.* 230.

⁴⁴¹ KARSAI [2006] *i.m.* 750.

V.1.4.4. Az okozati összefüggés

A büntetőjogi felelősségre vonás feltételét képezi a sértő eredmény bekövetkezése és a szabályszegő magatartás közötti okozati összefüggés fennállása.⁴⁴² A vizsgálat első lépése annak megállapítása, hogy az elkövető magatartása, mint foglalkozási szabályszegés tekinthető-e a káros eredmény releváns okának, hiszen amennyiben nem történt szabályszegés, vagy az más személy vagy külső körülmény közrehatása kapcsán elkerülhetetlen volt, továbbá az a szabályszegő magatartás nélkül is bekövetkezett volna, úgy az okozati összefüggés kizárható.⁴⁴³ Tehát nem állapítható meg okozati összefüggés, ha szabályszegő magatartás nélkül, azaz a szakmai szabályok betartása mellett is bekövetkezett volna a káros eredmény.⁴⁴⁴

Az okozati összefüggés megállapításának az időbeliség nem képezheti akadályát, mivel a szabályszegés és a veszélyhelyzet között időbeli korlát nem alkalmazható.⁴⁴⁵ A büntetőjogi felelősségre vonás szempontjából ugyanis irreleváns a foglalkozási szabályszegés és a veszélyhelyzet időben egymástól való elválása, ha a kettő közötti okozati összefüggés megállapítható.⁴⁴⁶ Az időtényező kapcsán foglalt állást a bíróság – igaz nem gyógyító tevékenységhez kapcsolódóan –, amikor döntésében nem tulajdonított jelentőséget annak, hogy a foglalkozási szabályszegés következtében létrejövő – gázcsővarrat felrepedéséből eredő – káros eredmény, azaz nagymértékű gázszivárgás között akár másfél év is eltelhetett.⁴⁴⁷

Az okozati összefüggéssel kapcsolatban az EBH.2007/1680. számú döntés mondta ki, hogy a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetésért való büntetőjogi felelősség megállapításához a foglalkozási szabályok megszegésének ténye önmagában nem alapozza meg, hiszen szükséges az is, hogy a szabályszegés és a bekövetkezett eredmény között ok-okozati összefüggés is fennálljon.⁴⁴⁸ Abban az esetben pedig, ha több elkövető egymástól függő vagy független szabályszegése vezet káros eredményre, úgy az okozati összefüggést valamennyi elkövető vonatkozásában külön-külön kell megvizsgálni.⁴⁴⁹

⁴⁴² ZÁKÁNY [2012] *i.m.* 71.

⁴⁴³ NAGY Ferenc [1999] *i.m.* 113.

⁴⁴⁴ FÖLDEVÁRI [1998] *i.m.* 113.

⁴⁴⁵ TÓTH Emese *i.m.* 61.

⁴⁴⁶ BH 2010.31.

⁴⁴⁷ BH1988.386.

⁴⁴⁸ EBH2007.1680.

⁴⁴⁹ NAGY Ferenc [1999] *i.m.* 113.

V.1.4.5. A stádiumok

Befejezett a cselekmény, ha a káros eredmény bekövetkezett, tehát a közvetlen veszélyhelyzet vagy a testi sértés létrejött. A foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés kísérlete fogalmilag kizárt, amelyet az egyrészt a gondatlanság, másrészt a cselekmény veszélyeztető jellege indokol. A szándékos alakzat kísérlete elvi síkon lehetséges.⁴⁵⁰

V.1.4.6. A bűncselekmény alanya, „foglalkozása” szabálya

A bűncselekmény alanya tettesként a törvény hatályba lépését követő rövid, átmeneti időszakban csak olyan személy lehetett, aki szakképesítésének, vagy a rendszeresen folytatott mesterségének az írott vagy az írtalan szabályait sértette meg, ezért a kontár, aki nem rendelkezett megfelelő végzettséggel, nem válhatott a tényállás alanyává, tettéért a testi sértés vagy az emberölés szabálya szerint felelt.⁴⁵¹ A bírói gyakorlat kezdetben arra az álláspontra helyezkedett – a normaszövegben rögzített „foglalkozása szabályainak” fordulatra tekintettel –, hogy a foglalkozást bitorló, azaz a kontár nem lehet alanya ezen bűncselekménynek, tettét a testi sértés vagy emberölés tényállásai alapján kell elbírálni.⁴⁵² Ezen gyakorlat rövid ideig érvényesült, hiszen a BH 1982/451. számú határozatában a bíróság már úgy fogalmazott, hogy köteles betartani az adott tevékenységgel kapcsolatos biztonsági előírásokat az azt művelő, függetlenül attól, hogy szakképesítéssel vagy végzettséggel rendelkezik-e.⁴⁵³ Ezen álláspontot erősítette meg a Kúria precedens képes határozata, ugyanis kimondta, hogy a 2012. évi C. tv. 165. §-a szerinti „foglalkozási szabályok” és az 1978. évi IV. tv. 178. §-a szerinti „foglalkozása szabálya” közötti szövegezési eltérésnek büntetőjogi jelentősége nincs, az a büntetőjogi felelősség, illetve annak terjedelme szempontjából közömbös. A foglalkozás az elkövető által, a terhére rótt cselekménykor végzett vagy ellátott tevékenységet jelenti.⁴⁵⁴

⁴⁵⁰ BUSCH [2009] *i.m.* 124.

⁴⁵¹ ZÁKÁNY [2012] *i.m.* 73.

⁴⁵² BH1980.5.

⁴⁵³ BUSCH [2009] *i.m.* 124.

⁴⁵⁴ BH 2017.10.317

A korábban már – több alkalommal – említettek szerint kivételt képez az orvosi foglalkozás, hiszen a Legfelsőbb Bíróság V. sz. büntető elvi döntése értelmében az orvosi szakképzettséggel nem rendelkező személyek az orvosi foglalkozásra vonatkozó szabályok hatálya alá nem vonhatók. Nem állnak a foglalkozási szabály hatálya alatt az orvostanhallgatók és a szigorló orvosok sem, akik képzésük érdekében látszólag fejtenek ki orvosi tevékenységet, tevékenységükért az őket felügyelő orvos tartozik felelősséggel.⁴⁵⁵ Az orvoson kívül a bűncselekmény alanyává válhat a betegellátásban résztvevő személy is,⁴⁵⁶ természetesen kompetenciájának megfelelően. Betegellátónak minősül az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény szerint a kezelést végző orvoson kívül, az egészségügyi szakdolgozó, az érintett gyógykezelésével kapcsolatos tevékenységet végző egyéb személy, és a gyógyszerész is.⁴⁵⁷

A bűncselekmény alanya összességében olyan személy lehet, aki valamely foglalkozási szabály hatálya alá tartozó tevékenységet végez, szakképzettségének – az orvosi foglalkozás kivételével – nincs relevanciája. Tehát az alannyá válás egyetlen feltétele, hogy az adott tevékenység végzése valamilyen biztonsági szabályokhoz legyen kötve,⁴⁵⁸ és indifferens annak engedélyhez kötöttsége, vagy életvitelszerűen való végzése.⁴⁵⁹ Ezzel ellentétben *Karsai Krisztina* álláspontja, véleménye szerint ugyanis „külön kell választani az atipikus és tipikus elkövetői szituációkat, így atipikusnak kell tekinteni azokat, amelyek csupán alkalmi, eseti elkövetést foglalnak magukba.” Karsai álláspontját a Legfelsőbb Bíróság azon ítéletére alapozta, amely kimondta, „*hogy ha a vádlott a sértett által befogadott kutya bőre alá adott, sztrichnint tartalmazó fecskendő alkalmazása során, az állat megmozdulása folytán a sértett kezét is megsérti, és így annak halálát okozza, bár kétségkívül foglalkozási szabályt szeg a kutya elaltatásának vállalásával, de nem áll foglalkozási szabályok hatálya alatt.*”⁴⁶⁰

Társtettség a gondatlan cselekmények esetén kizárt, ezért több elkövető esetén egyenként, önálló tettesként vonhatók felelősségre; ennek rendkívül fontos jelentősége lehet a gyógyító tevékenység kapcsán, amelyről részletesen a teamfelelőség kérdésével foglalkozó részben olvashatunk. Szándékos alakzat esetén a társtettség

⁴⁵⁵ TÓTH Emese *i.m.* 60.

⁴⁵⁶ ZÁKÁNY [2012] *i.m.* 73.

⁴⁵⁷ 1997. évi XLVII. tv. 3. § g)

⁴⁵⁸ FONYÓ *i.m.* 115.

⁴⁵⁹ HOLLÁN *i.m.* 40.

⁴⁶⁰ KARSAI [2006] *i.m.* 747.

megállapításának elméletileg akkor van helye, ha valamennyi elkövető ugyanazon a foglalkozás hatálya és szabálya alatt állt.⁴⁶¹

Érdekes vetülete lehet és egy külön vizsgálódás tárgyát igényelheti bűncselekmény kapcsán a tevékeny megbánás kérdése.⁴⁶²

V.1.4.7. A bűnösség kérdése

Az 1961. évi V. törvény óta, eltérően az általános kodifikációs szerkesztési móddal a jogalkotó először a gondatlan alakzatot rendeli büntetni, amely azon egyszerű okra vezethető vissza, hogy az elvégzett statisztikai felmérések és kriminológiai vizsgálatok alapján ez az elkövetési mód a gyakoribb.⁴⁶³

A bűnösség kérdésében a tényállás igen jellegzetesnek tekinthető, mivel a pszichikus viszony jellege eltérő lehet az elkövetési magatartás és az eredmény tekintetében, ezért annak vizsgálatát – a korábbiakhoz hasonlóan – külön-külön kell elvégezni, először a foglalkozási szabályszegés, majd az eredmény, azaz a közvetlen veszélyhelyzet, illetőleg a sértő eredmény tekintetében.⁴⁶⁴ Abban az esetben, ha a foglalkozási szabályszegés szándékos, akkor az eredmény vonatkozásában általában gondatlanság állapítható meg, ha pedig az elkövetési magatartás gondatlan, az eredmény tekintetében is legfeljebb gondatlanság állhat fenn, hiszen logikailag lehetetlen, hogy a bűnösség az eredmény tekintetében szélesebb körű legyen, mint az elkövetési magatartás kapcsán. Ha pedig maga a szabályszegés nem bűnös, tehát gondatlanság sem állapítható meg, úgy az eredmény tekintetében a bűnösség eleve fogalmilag kizárt.⁴⁶⁵ Szándékosság akkor állapítható meg, ha az elkövető felismeri, hogy a foglalkozási szabályok mely magatartásra kötelezik, mégis attól eltérően vagy egyáltalán nem cselekszik. Tudatos gondatlanság akkor áll fenn, ha a bűncselekmény alanya ugyan ismeri a vonatkozó szabályt, de a tőle elvárható figyelem, körültekintés elmulasztása okán nem ismer fel, hogy milyen magatartásra lenne köteles. Hanyag gondatlanság pedig akkor állapítható

⁴⁶¹ TÓTH *i.m.* 62.

⁴⁶² lásd bővebben: GÖRGÉNYI Ilona: *Kárjövátétel a büntetőjogban, mediáció a büntetőügyekben*, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest, 2006.

⁴⁶³ FÖLDVÁRI [1989] *i.m.* 153.

⁴⁶⁴ GÖRGÉNYI Ilona (szerk.): *Magyar büntetőjog különös rész*, Wolters Kluwer Kft., Budapest, 2015, 96.

⁴⁶⁵ NAGY Ferenc [1999] *i.m.* 114-115.

meg, ha az elkövető a tőle elvárható figyelem és körültekintés hiánya folytán nem ismeri az adott foglalkozási szabályt.⁴⁶⁶

A gondatlansággal kapcsolatban annak objektív és szubjektív mércéje különíthető el. Az objektív gondosság mércéjét maguk maga a foglalkozási szabályok szolgáltatják, amelyek a hatályuk alatt álló személytől a hasonló helyzetben és körülmények között elvárható magatartásokat előírják. A gondatlanság szubjektív mércéje pedig az egyéni képességek vizsgálatát jelenti. Tehát még ha fent is áll az objektív gondossági kötelesség és annak megsértése, tovább vizsgálendő, hogy az elkövető képes volt-e az adott helyzetben személyes tulajdonságaira, képességére tekintettel a káros következmények előrelátására. Az elvárhatóság fokát számos személyi körülmény, például fizikális állapot csökkentheti, ezért abban az esetben, ha ilyen körülmények vezettek a szabályszegésre és az eredmény előidézésére, akkor a gondatlan bűnösség csak akkor állapítható meg, ha az elkövető ezen körülményeket felismerhette és azokat elháríthatta volna.⁴⁶⁷

A gondatlanság szubjektív elemével kapcsolatban *Madai Sándor* hívta fel a figyelmet arra a kérdésre, hogy az orvos mentális és fizikai állapota, azaz fáradtsága befolyásolja-e a tőle elvárhatóság mércéjét, ugyanis a gyakorló orvos szemszögéből nem elhanyagolható azon körülmény, hogy például az adott beavatkozást a huszonnegy órás műszak első órájában pihenten hajtja végre, vagy azt az ügyelet vége előtt – mind testileg, mind szellemileg fáradtan – végzi el.⁴⁶⁸

A veszélyhelyzet okozása lehet szándékos is, ezért a tényállás (3) bekezdése a szándékos elkövetést is büntetni rendeli. Az elkövető szándéka azonban a foglalkozási szabályszegésen és veszélyhelyzet létrehozásán túl bekövetkező testi sérülés okozására már nem terjedhet ki, azzal kapcsolatban csak gondatlanság terhelheti.⁴⁶⁹ Az ilyen típusú szándékot a Legfelsőbb Bíróság 123. számú büntető kollégiumi állásfoglalása alapján limitált veszélyeztetési szándéknak nevezzük.⁴⁷⁰ Abban az esetben pedig, ha az elkövető szándéka a – limitált – veszélyhelyzet okozásán túl a testi sértés vagy halál okozására is kiterjed, a bűncselekmény az eredménytől függően büntetendő.⁴⁷¹

⁴⁶⁶ FÖLDVÁRI [1998] *i.m.* 115.

⁴⁶⁷ GÖRGÉNYI [2015] *i.m.* 96-97.

⁴⁶⁸ MADAI Sándor: *Az „orvosi műhiba” gyakorlati problémáihoz*, In: KARSAI Krisztina (szerk.), *Keresztmetszet - tanulmányok fiatal büntetőjogászok tollából*, Pólay Elemér Alapítvány, Szeged, 2005, 151.

⁴⁶⁹ VASKUTI *i.m.* 49.

⁴⁷⁰ BUSCH [2009] *i.m.* 125.

⁴⁷¹ FONYÓ *i.m.* 116.

Abban az esetben pedig, ha egy cselekménnyel vagy cselekménysorozattal szándékos és gondatlan szabályszegések is fennállnak, úgy az általános bírói gyakorlat szerint a cselekmény egésze szándékos bűnösség alapján bírálendő el, míg többszörös szabályszegés esetén az eltérő bűnösségi alakzatok a büntetéskiszabás során kerülhetnek értékelésre.⁴⁷²

V.1.4.8. A minősítő körülmények

A (2) bekezdés szabályozza mind a gondatlan, mind a szándékos alakzat minősített eseteit. Mindkét esetben azonosak a minősítő körülmények, de eltérőek a büntetési tételek. Súlyosabban minősül tehát a cselekmény, ha maradandó fogyatékoságot, súlyos egészségromlást, vagy tömegszerencsétlenséget okoz, még súlyosabban minősül, ha halált okoz. Harmadik, egyben legsúlyosabban minősülő eset, ha a bűncselekmény kettőnél több ember halálát vagy tömegszerencsétlenséget okoz.

A maradandó fogyatékoság kapcsán a testi vagy szellemi fogyatékoság maradandó voltának megítélése részben orvosszakértői, részben anatómiai kérdés, hiszen például egy végtag elvesztése szakértői vélemény nélkül is maradandó fogyatékoságnak tekinthető. Végtagoknak az ítélkezési gyakorlat szerint „*az emberi törzstől elkülönült és az életműködés rendes elvégzésére elengedhetetlenül szükséges végtagokat, vagy azok valamelyik részét értjük*” tehát ide tartozik a kéz vagy a láb ujjai és azok ízületei, ujjpercei is.⁴⁷³ Továbbá ebbe a kategóriába sorolható, ha a sértett valamely érzékét vagy érzékszervét teljesen vagy részlegesen elvesztette, mint például látás, hallás, ízlelés, szaglás, akkor is, ha egyik szemére vakult meg, amely miatt látóképessége vált csökkentté. Maradandó fogyatékoság körébe tartozik még, ha a sértett bizonyos testi képességét elveszti, például nemző vagy fogamzásképtelenné válik, beszédképessége zavart szenved, artikulációképessége csökken.⁴⁷⁴ Egészségromlás alatt olyan, általában krónikussá váló betegségeket kell érteni, amelyek meglévő betegség rosszabbodását, annak elhúzódó gyógyulását okozhatják, sérülések szövődményeként jelentkezhetnek vagy azok következtében elmezavart eredményezhetnek. Súlyosnak akkor minősül az

⁴⁷² NAGY Ferenc [1999] *i.m.* 102-104.

⁴⁷³ HOLLÁN *i.m.* 37.

⁴⁷⁴ BUSCH [2009] *i.m.* 120.

egészségromlás, ha krónikus, vagy gyógyíthatatlan betegség alakul ki, tehát olyan állapot, amely tartósan fennáll.⁴⁷⁵

Tömegszerencsétlenségnek olyan baleset minősül, amely következtében legalább egy ember súlyos és legalább kilenc személy könnyű sérülést szenved. Halálos tömegszerencsétlenség pedig akkor következik be, ha legalább egy ember életét veszti és kilenc másik személy megsérül.⁴⁷⁶

V.1.4.9. Az elhatárolás kérdése

A szándékos elkövetés esetén az elkövető szándéka a veszélyhelyzet létrehozásán túl bekövetkező testi sérülés okozására nem terjedhet ki, azzal kapcsolatban csak gondatlanság terhelheti. Abban az esetben, ha az elkövető szándéka a veszélyhelyzet okozásán túl a testi sértés vagy halál okozására is kiterjed, a bűncselekmény az eredménytől függően büntetendő. Tehát a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés testi sértéstől és emberöléstől való elhatárolása kapcsán annak van relevanciája, hogy az elkövető szándéka csupán a veszélyhelyzet előidézésére, vagy a ténylegesen bekövetkezett eredmény létrehozására terjedt ki.⁴⁷⁷

V.1.5. Életvégi kérdések

Az orvos halált okozó szándékos cselekményével kapcsolatban nem hagyható figyelmen kívül az eutanáziával kapcsolatos kérdéskör sem, annak részletes elemzése azonban meghaladná jelen dolgozat kereteit, ezért csak a lényegi problémák említésére kerül csupán sor. Az eutanázia a beteg kifejezett kérésére történhet az orvos által elvégzett aktív – tevőleges – beavatkozással, vagy passzív – orvosi mulasztás eredményeként bekövetkező – magatartással,⁴⁷⁸ például passzív eutanáziának felelhet meg egy életfenntartó kezelés megszüntetése vagy életmentő beavatkozás elmaradása is.⁴⁷⁹ A

⁴⁷⁵ NAGY Ferenc [1999] *i.m.* 102-104.

⁴⁷⁶ VASKUTI *i.m.* 49.

⁴⁷⁷ TÓTH Emese *i.m.* 60.

⁴⁷⁸ BELOVICS Ervin (szerk.): *Bűnetőjog II. Különös Rész*, HVG-ORAC, Budapest, 2013, 147.

⁴⁷⁹ KÖRÖSI Alexandra: *Az önrendelkezési jog az eutanázia kapcsán*, Jog Állam Politika 2017. 2, 78.

hazai jogirodalom egyetért abban, hogy az aktív eutanázia bűncselekménynek, azaz szándékos emberölésnek minősül. Nem ilyen egyszerű annak meghatározása, hogy a passzív eutanázia is bűncselekménynek minősül-e, vagy csupán az ellátás visszautasításának, mint betegjog, amely a beteget önrendelkezési joga alapján illet meg,⁴⁸⁰ ezzel kapcsolatban hazánkban többféle nézőpont alakult ki. Tudományos álláspontok szerint az életfenntartó beavatkozás visszautasításának joga önkéntes passzív eutanáziaként értékelhető és a sértetti beleegyezés esetei közé tartozik.⁴⁸¹ Más szerzők – *Jobbágyi*,⁴⁸² *Homicskó*⁴⁸³ – az ellátás visszautasításának jogát egy harmadik jogintézményként, tehát nem a passzív eutanázia körében értékelik. Az eutanáziával kapcsolatos két egymással konkuráló kötelesség jelenik meg, úgymint a beteg önrendelkezési jogának tiszteletben tartása szemben az orvosi kötelesség teljesítésével.

V.1.6. *A diagnosztikus tévedés*

A betegellátással kapcsolatban általánosságban kijelenthető, hogy kulcsfontosságú a megfelelő, helyes diagnózis felállítása, hiszen nagyban meghatározza az azt követő ellátás, kórlefolyás mentét.⁴⁸⁴ Felmerülhet tehát a kérdés, hogy egyrészt mi lehet az oka, másrészt milyen következményekkel járhat a nem megfelelő kórisme felállítása.

A diagnosztikus tévedéssel kapcsolatban megkülönböztethető annak objektív és szubjektív okai. Objektív okok adódhatnak eszközök, felszerelések hibáiból, míg a szubjektív oldal az orvos személyéhez köthető. Utóbbiak eredhetnek a kellő tapasztalat, vagy ismeret hiányából, a kórelőzmény hiányos felvételéből, szükséges vizsgálatok elmulasztásából, tünetek és eredmények nem megfelelő értékeléséből, betegség lefolyásának helytelen észleléséből, több betegség együttes fennállásakor egyik feletti elsiklásból. *Dezső* véleménye szerint a jóhiszemű tévedéssel kapcsolatos büntetőjogi felelősségre vonás akadályát a tévedés, mint büntethetőségek kizáró ok szolgáltatja,⁴⁸⁵ mivel véleménye szerint nem büntethető olyan tény miatt az elkövető, amelyről az

⁴⁸⁰ HÁMORI Antal: *Az „eutanázia” fogalmáról*, Magyar Jog 2010. 9, 561.

⁴⁸¹ BÉRCES Viktor: *A sértett magatartásának büntetőjogi relevanciájáról: beleegyezés, közrehatás, utólagos hozzájárulás*, Büntetőjogi Szemle 2017. 2, 49-50.

⁴⁸² JOBBÁGYI *i.m.* 149.

⁴⁸³ HOMICSKÓ Árpád Olivér: *Az egészségügyi ellátás visszautasításának jogának vizsgálata a magyar egészségügyi ellátásban*, Glossa Iuridica 2022. 3-4, 156.

⁴⁸⁴ SÓTONYI Péter *i.m.* 140.

⁴⁸⁵ DEZSŐ [1979] *i.m.* 275.

elkövetéskor nem volt tudomása.⁴⁸⁶ Főszabály szerint az orvos a helytelenül felállított diagnózison alapuló téves gyógykezelés sikertelenségéért, az ennek következtében kialakult állapotrosszabbodásért nem felel.⁴⁸⁷ Diagnosztikus tévedés kapcsán szakmai szabályszegés akkor valósulhat meg, ha a tévedés egy szükséges vizsgálat elmaradására vezethető vissza.⁴⁸⁸ A bíróság még a BH 1996.4.182.I. határozatában megállapította, hogy egyrészt nem valósítja meg a foglalkozás körében elkövetett halált okozó gondatlan veszélyeztetés vétségét az az orvos, aki formális szabályszegéseivel közvetlen veszélyhelyzetet nem teremtett, másrészt ha a közvetlen veszély nem a foglalkozási szabályszegése folytán következett be, büntetőjogi felelősséget csak olyan diagnosztikus tévedés alapozhat meg, amely egyben foglalkozási szabályszegés is.⁴⁸⁹ Amennyiben tehát a téves diagnózis a protokolltól való eltérésre, azaz szakmai szabályszegésre vezethető vissza,⁴⁹⁰ és azzal okozati összefüggésben legalább közvetlen veszélyhelyzet áll elő, amellyel kapcsolatban a terhelt gondatlansága megállapítható, úgy a tényállásszerű magatartásáért az elkövető büntetőjogi felelősséggel tartozik. Tehát maga a diagnosztikus tévedés nem feltétlenül hiányos orvosi tevékenység eredménye.⁴⁹¹ Somogyi véleménye szerint pedig a kórisme meghatározása során minden eszköz, amely segíti annak felállítását igénybevételre került, akkor a diagnosztikus tévedés nem tekinthető foglalkozási szabályszegésnek.⁴⁹²

V.2. A 2012. évi C. törvény

Az 1978. évi IV. törvény hatálybalépését követő közel három és fél évtized alatt a több mint száz, olykor gyors ütemű és ellentmondásos törvénymódosítás, az új bűnözési formák megjelenése, a tudományos fejlődés és az európai integráció érdekében eszközölt jogharmonizációs törekvések eredményeként szükségesnek tűnt egy új büntető

⁴⁸⁶ 1978. évi IV. tv. 27. § (1) Nem büntethető az elkövető olyan tény miatt, amelyről az elkövetéskor nem tudott.

⁴⁸⁷ POLT Péter (szerk.): *Új Btk. Kommentár 3. Kötet, Különös Rész*, Nemzeti Közszerkesztési és Tankönyv Kiadó, Budapest, 2012, 179.

⁴⁸⁸ SÓTONYI Péter *i.m.* 141.

⁴⁸⁹ BH 1996.4.182 I.

⁴⁹⁰ POLT *i.m.* 179.

⁴⁹¹ LÉVAY Miklós: *Dezső László: Az orvos büntetőjogi felelőssége c. könyvéről*, Jogtudományi Közöny 1982. 9, 744.

⁴⁹² DEZSŐ [1979] *i.m.* 275.

törvénykönyv megalkotása, amely eredményeként 2013. július 1. napján lépett hatályba a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény.⁴⁹³

V.2.1. A változás állandósága

A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés törvényi tényállásának alapesetét a Btk. 165. § (1) bekezdése tartalmazza, amely a következőképpen rendelkezik:

„Aki foglalkozási szabály megszegésével más vagy mások életét, testi épségét vagy egészségét gondatlanságból közvetlen veszélynek teszi ki, vagy testi sértést okoz, vétség miatt egy évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.”

Tekintettel arra, hogy a tényállást egyetlen minimális változás érintette, így a dolgozat jelen fejezetben ezen módosítással kapcsolatos elemzésre, valamint a dolgozat egyik sarokpontjának tekinthető, szakmai szabályokkal kapcsolatos problémára tér ki. A normaszöveg többi elemének áttekintésére már az előző Btk.-val kapcsolatos részben sor került, így azokra most nem térek ki.

Az apró, de lényeges változása a harminc éve alkalmazott gyakorlatnak megfelelő birtokos jelző elhagyása, ugyanis az új törvény a „*foglalkozása szabálya*” helyett már a „*foglalkozási szabály*” kifejezést alkalmazza.⁴⁹⁴ A korábbi megfogalmazás kezdetben rövid ideig, a BH 1982/451. számú határozatig az alanyi kört indokolatlanul, kizárólag az adott foglalkozást hivatásként vagy keresetszerűen gyakorló személyekre szűkítette.⁴⁹⁵ Egy újabb, korábban már hivatkozott bírósági határozatot követően a joggyakorlat helyesen, a foglalkozási szabály szerinti, kiterjesztő értelmezést alkalmazta, annak ellenére, hogy a törvényszöveg további harminc éven keresztül a birtokos kapcsolatot a foglalkozás és a bűncselekmény alanya között fenntartotta. Ezen problémát természetesen a jogtudomány neves képviselői éles kiritkával bíráltak.⁴⁹⁶ Foglalkozási szabályok körébe sorolhatók a jogszabályok előírásai, hatósági rendelkezések, munkaköri előírások, üzemeltetési szabályzatok, egyéb műszaki és technológiai előírások, a foglalkozás gyakorlásával kapcsolatos tudományos szabályok, például orvostudományi szabályok,

⁴⁹³ GÖRGÉNYI [2014] *i.m.* 63.

⁴⁹⁴ IDZIG *i.m.* <http://ugyveszeklapja.hu/?p=3689> (2024. március 14-i letöltés).

⁴⁹⁵ POLT *i.m.* 171.

⁴⁹⁶ lásd: KARSAI [2006] *i.m.* 745-750.

veszélyes sportok és tevékenységek szabályai, valamint a rendvédelmi szervek munkaszabályai is.⁴⁹⁷

V.2.2. Az orvosi foglalkozás szabályai, azok „kaotikus helyzete”

A bírói gyakorlat az orvos büntetőjogi felelősségét – eltérően a polgári jogi felelősségtől – csak akkor állapítja meg, ha az orvos a tevékenységét nem a szakmai szabályok szerint végezte és azzal okozati összefüggésben a beteg – legalább – közvetlen veszélyhelyzetbe kerül.⁴⁹⁸ Ezért kiemelet jelentőséggel bír a tényállás szempontjából annak ismerte, hogy melyek az orvosi foglalkozás szabályai.

Az orvosi foglalkozás szabályainak meghatározása azonban mai napig sem problémamentes feladat, annak köre bizonyos jogtudományi álláspontok szerint nehezen körülírható,⁴⁹⁹ amelynek magyarázatául szolgálhat, hogy azokat számos diverz forrás tartalmazhatja. Például az 1997. évi CLIV. tv. 77. § (3) bekezdése az orvost a szakmai szabályok betartása mellett kötelezi a beteg ellátása során az etikai szabályok, illetve irányelvek figyelembevételére is. Továbbá az 1997. évi LXXXIII. tv. 19. § (1) bekezdése előírja a miniszter által meghatározott vizsgálati és terápiás eljárási rend alkalmazását az orvosi tevékenység gyakorlása kapcsán.⁵⁰⁰

A bíróság az EBH 2007.1586 számú határozatában pedig megállapította, hogy az orvosi foglalkozás szabályai jogi normákba, rendeletekbe, utasításokba foglaltan írott, vagy a szakma általánosságban elfogadott előírásaival szokásszerű, s így íratlan szabály is lehet, továbbá mivel az orvosi foglalkozás szabályai sajátosak, azokat részleteiben jogszabály nem rendezi, azok csak szakértő bevonásával állapíthatók meg.

Az Eü. tv. 119. § (3) bekezdése,⁵⁰¹ mint az egészségügyi szolgáltatások minőségbiztosítási rendszerének szabálya az ellátás során alkalmazandó szakmai

⁴⁹⁷ KARSAI Krisztina (szerk.): *Nagykommentár a Büntető Törvénykönyvhöz*, Wolters Kluwer, Budapest, 2022, 366.

⁴⁹⁸ TÓTH Emese *i.m.* 59-60.

⁴⁹⁹ DÁVID *i.m.* 29. old.

⁵⁰⁰ DÓSA *i.m.* 98-100.

⁵⁰¹ „az ellátás során érvényesüljenek a jogszabályban foglalt vagy egyéb szakmai szabályok, így különösen a tudomány mindenkori állását tükröző és bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek, ezek hiányában a megalapozott, széles körben elfogadott szakirodalmi közlésekre, vagy szakmai konszenzusra támaszkodó szakmai ajánlások”

szabályok alkalmazása tekintetében kvázi hierarchikus rendet fogalmaz meg. Első körben a jogszabályban foglalt vagy a tudomány mindenkori állását tükröző és bizonyítékon alapuló szakmai irányelvek alkalmazását, ezek hiányában, második körben megalapozott és széles körben elfogadott szakmai közlésekre vagy szakmai konszenzusra támaszkodó ajánlások használatát írja elő.⁵⁰²

Jogszabályi szintű jogforrásoknak minősülnek még a 2022. évig működő Emberi Erőforrások Minisztériuma által kiadott szakmai irányelvek is, amelyek azonban nem terjednek ki az orvostudomány teljes spektrumára, továbbá azok nehezen megtalálhatók. Például míg a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ weboldalán regisztráció nélkül, ingyenesen elérhetőek⁵⁰³, addig a Magyar Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Társaság azok megtekintését tagságon alapuló regisztrációhoz köti.⁵⁰⁴ A Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Központi Gyógyszertára a Módszertani Levelek menüpont alatt pedig „*forrás nem található*”.⁵⁰⁵

Összességében megállapítható tehát, hogy a jogszabályi szintűnek tekinthető szakmai szabályok, mint módszertani levelek nehezen hozzáférhetőek és relatíve szűk kört érintenek.

A jogszabályi szintű szabályozás ellen szól, hogy a gyógyítás szabályainak relatíve gyors változása, fejlődése miatt azokat jogszabályok eleve csak csekély részben tartalmazhatják. Ezért a jogi normákon túl *Sótonyi Péter* véleménye szerint szakmai szabálynak kell tekinteni az orvosi egyetemen használt tankönyveket, egyetemi előadásokat és jegyzeteket, ellenőrzött kiadott szakkönyveket, szakfolyóiratokat, orvosi szakcsoportok írásban megjelent állásfoglalásait, az egészségügy országos intézetei által kiadott módszertani leveleket, és a gyógyszergyárak gyógyszerekhez mellékelt használati utasításait is.⁵⁰⁶

Az orvosi egyetemi tananyag részét képezik a nemzetközi források is, hiszen a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karának szigorlóévi belgyógyászati

⁵⁰² NOGEL Mónika: *A bizonyítékokon alapuló ellátás és az egészségügyi minőségbiztosítás kapcsolata*, Med et Jur 2017. 2, 22.

⁵⁰³ https://www.antsz.hu/felso_menu/temaink/jarvany/modszertani_levelek (2024. április 29-i letöltés).

⁵⁰⁴ <https://maitt.hu/protokollok.aspx?Ord=1&Asc=1> (2024. április 29-i letöltés).

⁵⁰⁵ <https://u-szeged.hu/szakk/cepha/letoltheto-dokumentumok/modszertani-levelek> (2024. április 29-i letöltés).

⁵⁰⁶ SÓTONYI Péter *i.m.* 21.

gyakorlati tematikájában az egyetlen hazai szerkesztésű tankönyv mellett külföldi – magyar nyelvre fordított és eredeti angol nyelvű – források szerepelnek döntő többséggel.⁵⁰⁷

Az egyetemi tananyag részét képezik továbbá még a külföldi, bizonyítékon alapuló orvoslás irányelvei is, hiszen a Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Karának Klinikai Pszichológiai Tanszékének oldalán, az oktatási források részét képezik az angol NICE irányelvek is. Utóbbi az Egyesült Királyság Nemzeti Egészségügyi Szolgálat,⁵⁰⁸ amelyet az 1999. évben hozott létre az Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézetét,⁵⁰⁹ amely célja, hogy szakértői a gyakorló orvosokat és közreműködőiket segítse abban, hogy a betegek részére a legjobb ellátást nyújthassák.⁵¹⁰ A NHS rendszerét a kötelezően alkalmazandó policy-k és a választható protocol-ok és guideline-ok építik fel,⁵¹¹ utóbbi kettő ugyan kogens erővel nem bír, de a gyakorló egészségügyi dolgozó az attól való eltérés esetén magyarázattal tartozik, hibájáért pedig önállóan felel. Az NHS hatásköre alatt minden kórház önállóan határozhatja meg saját szakmai kollégiuma által mely policy-k, protocol-ok és guideline-ok alapján működik, de ezek általában a NICE és a szakmai társaságok irányelveitől érdemi eltérést nem mutatnak.⁵¹² A nemzetközi források hazai alkalmazásának fontosságát jól szemlélteti tehát a Semmelweis Egyetem gyakorlata, miszerint a tananyag részét képezik a külföldi tankönyveken túl a vonatkozó NICE irányelvek is, amelyek eredeti nyelven, angolul és magyarra fordítva a tanszék oldalán szabadon, azaz bárki számára elérhetőek.⁵¹³ A NICE összesen több mint kétezer áttekinthető, szabadon és ingyenesen használható szakmai iránymutatást tartalmaz,⁵¹⁴ amelyeket ha a klinikus munkája során betartva jár el, szakmai szabályszegés vele szemben nem állapítható meg.

⁵⁰⁷ <https://semmelweis.hu/belonko/files/2023/05/Kovetelmenyrendszer-szigorloev.pdf>

(2024. április 29-i letöltés).

⁵⁰⁸ NHS: National Health Services

⁵⁰⁹ NICE – National Institute for Health and Care Excellence

⁵¹⁰ NICE helps practitioners and commissioners get the best care to patients, fast, while ensuring value for the taxpayer. forrás: <https://www.nice.org.uk> (2024. április 30-i letöltés).

⁵¹¹ <https://www.england.nhs.uk/get-involved/resources/docs/>

(2024. április 30-i letöltés).

⁵¹² <https://www.nice.org.uk/process/pmg6/chapter/developing-and-wording-guideline-recommendations>

(2024. április 30-i letöltés).

⁵¹³ <https://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/betegellatas-es-szakmai-profilok/terapiak/kezelesi-iranyelvek-nice/>

(2024. április 30-i letöltés).

⁵¹⁴ <https://www.nice.org.uk/guidance/published?sp=on>

(2024. április 30-i letöltés).

Hazánkban mind az Országos Mentőszolgálat szakmai kollégiuma,⁵¹⁵ mind a Magyar Légimentő Nonprofit Kft.⁵¹⁶ közel egy évtizede dolgozza ki és alkalmazza az úgynevezett „Szabványos eljárásrendek”-et, amelyek célja „a magyar és nemzetközi irányelvek adaptációja, így az Országos Mentőszolgálat kivonulói, ill. mentésirányítói munkájának egységesítése, továbbá a szokásokon alapuló, bizonyíték nélküli vagy bizonyítottan haszontalan, esetleg káros beavatkozások mellőzése.”⁵¹⁷ Tehát maga az eljárásrend célja egyben annak elismerésként is szolgál, hogy a hazai szakmai állapotok állapota nem elfogadható, hiszen az eljárásrend nélküli, szokáson és nem bizonyítékon alapuló beavatkozások károsító hatásának kivezetését tűzi ki egyik elérendő célként.

Összességében megállapítható, hogy mind az Eü. tv. minőségbiztosítási rendszerének szabályai, mind a hivatalos egyetemi tananyag elrendeli a külföldi, nívós források alkalmazását, tehát azok szakmai szabályként történő használatát, amelyeket a szabad hozzáférés, könnyű megismerhetőség és rendszerszintű csoportosítás jellemez, ellenben a hazai szabályokkal, amelyek szerteágazók, nehezen fellelhetők.

Természetesen a brit szabályokhoz hasonlóan hazánkban is az orvost megilleti a gyógymódválasztási szabadság, amelyről az Eütv. 129. §-a a következőképpen rendelkezik: „A kezelőorvos joga, hogy a tudományosan elfogadott vizsgálati és terápiás módszerek...közül...szabadon válassza meg az adott esetben alkalmazandó, általa, illetve az ellátásban közreműködő személyek által ismert és gyakorolt, a rendelkezésre álló tárgyi és személyi feltételek mellett végezhető eljárást.” A törvény rendelkezése szerint a kezelőorvos jogosult szabadon megválasztani az alkalmazandó eljárást, azonban választásának számos korlátja van, hiszen annak tudományosan elfogadottnak kell lennie, nem ütközhet a hatályos jogba,⁵¹⁸ továbbá a gyógymódnak az azt alkalmazó személy által ismertnek és a szakma által korábban már alkalmazottnak kell lennie, az eljárás kockázatának pedig alacsonyabbnak kell lennie, mint annak elmaradása esetén beálló

⁵¹⁵ „További cél a magyar és nemzetközi irányelvek adaptációja, így az Országos Mentőszolgálat kivonulói, ill. mentésirányítói munkájának egységesítése, továbbá a szokásokon alapuló, bizonyíték nélküli vagy bizonyítottan haszontalan, esetleg káros beavatkozások mellőzése.”

<https://www.omszorvosszakma.hu/szabvanyos-eljarasrendek/>

(2024. április 30-i letöltés).

⁵¹⁶ <https://oktatas.legimentok.hu/szabvanyos-eljarasrendek>

(2024. április 30-i letöltés).

⁵¹⁷ Az akut coronaria szindróma (ACS) és szövődményeinek prehospitális ellátása Szabványos Eljárásrend. <https://www.omszorvosszakma.hu/wp-content/uploads/2020/06/Az-akut-coronaria-szindróma-ACS-és-szövődményeinek-prehospitális-ellátása.pdf>

(2024. május 01-i letöltés).

⁵¹⁸ ZÁKÁNY [2012] *i.m.* 71.

kockázatnak. Továbbá a betegnek – önrendelkezési jogából eredően – hozzájárulását kell adnia a beavatkozáshoz.⁵¹⁹ Az orvos az általa választott gyógymóddért felelősséggel tartozik, ugyanis annak megválasztása során is köteles az elvárt gondosság mértéke szerint eljárni. A bíróság ezen követelményt fogalmazta meg az EBH2005.1306. számú határozatában, amely szerint az anya számára valóban kisebb kockázatot jelentett a természetes szülés, és csak akkor kellett volna a császármetszés mellett döntenie a kezelőorvosnak ha a kitolási szak elhúzódik, vagy a magzatvíz meconiumossá válik, továbbá ha a magzatnál tartós szívhang-rendellenesség jelentkezik, tehát a kezelőorvos helyesen választotta meg a természetes úton történő szülésvezetés módját.⁵²⁰ A gyógymódválasztás szabadsága kiterjed arra a lehetőségre is, hogy a kezelőorvos a tudomány által elismert többségi álláspont helyett a szintén prominens de kisebbségi szabályt alkalmazza, de azt a tudomány eredményeivel és érveivel igazolni szükséges.⁵²¹

A hazánkban a szakmai szabályok diverzitása, az orvos gyógymódválasztási szabadsága az elmúlt évtizedekben olyan helyzetet teremtett, hogy egy esetleges káros eredményű kezelési hiba szakmai mulasztásként történő megítélése utólag, orvosszakértői megítélésén múlhat. Hiszen az eljárási szabályok szerteágazó rendszere tette indokolttá, hogy számos esetben az orvosszakértő feladata legyen annak meghatározása, hogy az adott esetben melyek voltak a vonatkozó szakmai szabályok, továbbá történt-e az orvos részéről szabályszegés.⁵²² Ennek következtében kialakult az úgynevezett defenzív medicina, azaz az orvos bizonyos vizsgálatokat – tudva annak szükségtelenségét - kizárólag azért rendel el, hogy azzal kimerítse az elvártnak vélt követelményeket, akár annak szükségtelensége esetén is.⁵²³ A brit rendszerben, ha az orvos a szabadon, egy helyen elérhető irányelvek szerint jár el, szakmai hiba hiányában felelőssége nem állapítható meg. Ezért javaslom a Semmelweis Egyetemhez hasonlóan ezen ajánlások alkalmazását, egyrészt a bizonyítékon alapuló, eredményes betegellátás, másrészt a kiszámítható, defenzív célú többletvizsgálatok elkerülése érdekében.

Lényegében ezen gondolatmenetet fogalmazta meg a bíróság a Bhar.56/2007/15. számú határozata, amely szerint: *„Egy jogállamban, egy demokratikus társadalomban követelmény, hogy a gyógyító folyamat ne csak kóreltani ismereteken, a gyógyító orvos*

⁵¹⁹ JOBBÁGYI *i.m.* 66-67.

⁵²⁰ FÉZER Tamás: *A kártérítési jog magyarázata*, Budapest, Complex, 2010, 365-367.

⁵²¹ DÁVID *i.m.* 29.

⁵²² TÓTH Emese *i.m.* 60.

⁵²³ SÁNDOR Judit: *Gyógyítás és ítélkezés*, Budapest, Medicina, 1997, 14-15.

szakmai felkészültségén és tapasztalatán, hanem a legfrissebb klinikai kutatások eredményén és szakmai előírásokon alapuljon: szakmai protokollok foglalják össze azokat a tapasztalatokat, amelyek az évek során kialakultak, és amelyeknek a gyógyításban jelentősége van.”

Megjegyzendő ugyanakkor, hogy a büntetőjogi és polgári jogi szabályszegés megítélése – a foglalkozási szabályok meghatározása tekintetében – azonos alapokon nyugszik.

V.3. A büntetőjogi és polgári jogi felelősség eltérő aspektusai

A büntetőeljárások és a kártérítési perek alapját képező szabályszegő és veszélyeztető vagy károkozó orvosi magatartások közötti elhatárolás nem problémamentes feladat, mivel azonos cselekvéssor – például kezelési hiba, szabályszegés – vezethet büntetőeljárás vagy polgári jogi kártérítési per megindításához is. Alapvető különbséget eredményez a két jogterület eltérő dogmatikája, azok egymástól való távolsága, hiszen míg a büntetőjog közjogi, addig a polgári jog magánjogi területhez tartozik.⁵²⁴

A polgári jog felróható és objektív felelősségi alakzatokat különböztet meg. Tekintettel arra, hogy a bírói gyakorlat az egészségügyi beavatkozásokkal kapcsolatos kártérítési perekben csak különleges esetekben alkalmazta az objektív felelősség szabályait⁵²⁵, így az orvos polgári jogi felelősségre vonásának alapját a felróhatóság képezi. A polgári jogi szabályok alapján annak felróható a magatartása, aki nem úgy járt el, ahogy az adott helyzetben általában elvárható.

A büntetőjogi felelősség alapját a bűnösség fogalma képezi. Az elkövető bűnössége akkor állapítható meg, ha tudatában volt - vagy lehetett - cselekményének tényével és annak lehetséges következményeivel, tehát tudata és cselekménye között pszichés kapcsolat áll fenn.⁵²⁶ A bűnösség fogalma tehát egy olyan szubjektív kategória, ami az elkövető magatartását vizsgálja, és felelősségét szubjektív alapon ítéli meg.

⁵²⁴ KOVÁCS Gábor [2019] *i.m.* 115.

⁵²⁵ DÓSA *i.m.* 106-107.

⁵²⁶ GÖRGÉNYI [2014] *i.m.* 136.

Alanyi oldalt tekintetében míg a büntetőjogi felelősség csakis egyéni felelősséget jelenthet, addig a polgári jogban elsődlegesen a szolgáltató - mint a munkavállaló egyének mögött álló - felelőssége érvényesül.⁵²⁷

A büntetőjogban az ártatlanság véelme érvényesül, amely alapján a bizonyítás a vádló kötelezettsége. A polgári jog azonban az exkulpációs felelősségi rendszert alkalmazza, ami alapján a károsultnak kell bizonyítani a kárt, a jogellenességet és a kettő közötti okozati összefüggést, a károkozó pedig kimentheti magát, ha bizonyítja, hogy úgy járt el, ahogy az adott helyzetben általában elvárható.

Az eredménnyel kapcsolatban fontos megemlíteni, hogy míg a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés törvényi tényállásának megvalósításához elegendő a foglalkozási szabályszegéssel okozati összefüggésben álló közvetlen veszélyhelyzet fennállása a sértetti oldalon, addig a polgári jogi kártérítési felelősség megállapításához elengedhetetlen a tényleges kár bekövetkezése.

A büntetőjog - eltérően a polgári jogtól, amely általánosságban tiltja a károkozást - taxatívén sorolja fel a felelősségre vonás alapját képező törvényi tényállásokat. A Büntető Törvénykönyv különös része így számos olyan tényállást tartalmaz, amelyet látszólag az orvos gyógyító tevékenysége során megvalósít, ilyen például *Busch Béla* véleménye szerint a beteg életét megmentő vakbélműtét vagy végtagamputáció is. Ezek a beavatkozások ugyanis formálisan fogyatékossgot okozó testi sértésnek minősülnek, azonban a cselekmény hiányzó társadalomra veszélyessége, a beteg beleegyezése és jogszabály engedélye –például az 1997. évi CLIV. tv. - kizárja a büntethetőséget.⁵²⁸

⁵²⁷ KOVÁCS Gábor [2019] *i.m.* 115.

⁵²⁸ SÓTONYI Péter *i.m.* 166.

V.4. Szemelvények a gyakorlatból

V.4.1. Precedensképes határozatok

1. A Kúria a Bfv. III. 916/2012. számú precedensképes határozata szerint, ha az ügyeletes orvos az alvó, erősen verejtékező, a szívelégtelenség előjeleit mutató sértettet az együttműködési készség hiányára hivatkozással nem ébreszti fel, nem vizsgálja meg, azzal orvosi foglalkozásának szabályait megszegi és ezzel a sértett életét, egészségét közvetlen veszélynek teszi ki. A terhelt bűnösségét foglalkozás körében, gondatlanságból elkövetett veszélyeztetés vétsége miatt mondta ki és mellékbüntetésként az orvosi foglalkozásától kettő év időtartamra eltiltotta.

A tényállás lényege szerint a háziorvosi ügyeletet ellátó, háziorvosi szakvizsgával rendelkező terhelt a sértett hozzátartozójának értesítését követően, annak kérésére jelent meg otthonukban a sértett rosszullétének okán. A hozzátartozó bejelentése szerint ugyanis a sértettet zavartnak, aluszékonynak és pszichiátriai gondozottnak jelölte meg. A terhelt a helyszínen, a sértett otthonában ugyan megjelent, a beteget az ágyban fekve találta, alvó, szuszogó, verejtékező állapotban, amely tünetek a szívelégtelenség jeleinek is megfeleltek. A terhelt a sértettet nem ébresztette fel, nem vizsgálta meg, pusztán szemrevételezést tartott és pulzusát kézzel megtapintotta, majd megkérte a hozzátartozót, hogy „szóljanak neki ha lesz valami” és távozott. A família ezt követően mentőt nem hívott, terheltet nem kereste újra. A következő napon, hajnalban a sértett heveny hörgőgyulladásához társult koszorúverőér-elégtelenség következtében életét veszítette. A bíróság az Eütv. vonatkozó szabályai alapján arra a következtetésre jutott, hogy a beteg ahhoz, hogy önrendelkezési jogát gyakorolhassa és szabadon eldönthesse kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, ébrenléte lett volna szükséges. Tehát ahhoz, hogy a sértett ezen jogait gyakorolhassa, fel kellett volna ébreszteni, amelyre a terhelt kísérletet sem tett. Továbbá ügyeleti időben az orvosnak minden alkalommal a sürgős szükség vélelmezésével kell a beteget felkeresnie. Sürgős szükség az Eütv. 3. § i) pontja szerint *"az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne."* Az orvos által végzett betegvizsgálat az előfeltétele annak, hogy az orvos eleget tegyen azon kötelességének, azaz a sürgős

szükség fennálltát megállapíthassa vagy kizárja, továbbá annak feltárásához is, hogy a beteg veszélyeztetett helyzetben van-e. Az Eütv. 3. §. j) pontja szerint veszélyeztetett helyzet *"az az állapot, amelyben az azonnali intézkedés hiánya a beteg vagy más személy életét, testi épségét vagy egészségét közvetlenül fenyegető helyzetet eredményezne, illetőleg a környezetére közvetlen veszélyt jelentene."* Az Eütv. 5. § (3) bekezdés e) pontja szerint pedig sürgős szükség vagy veszélyeztető állapot észlelése vagy arról való tudomásszerzés esetén mindenki köteles a tőle elvárható módon segítséget nyújtani és a tudomása szerint az illetékes egészségügyi szolgáltatót értesíteni. Az orvosi foglalkozással bíró személyt pedig, szakképzettsége folytán fokozott elvárhatóság terheli, ezért foglalkozási szabályainak megfelelő ellátásra köteles. Összességében tehát az ügyeletes orvosnak elsődlegesen a sürgős szükség, másodlagosan pedig a veszélyeztető állapot megítélése a feladata, amelynek elengedhetetlen feltétele a betegvizsgálat. A bíróság vizsgálata során megállapította, hogy a terhelt megszegte a szakma íratlan és írott szabályait, mivel a beteget nem vizsgálta meg, hiszen nem végezte el az alapvető betegállapot felmérést, nem győződött meg valós tudatállapotáról, nem tájékozódott korábbi-, társbetegségeiről, nem tisztázta a kórtörténetet, nem vett fel heteroanamnézist a hozzátartozótól. Ezen okok miatt a terhelt nem került olyan helyzetbe, hogy érdemi döntést tudjon hozni a sértett állapotával kapcsolatban, sürgős szükség, veszélyeztető helyzet fennálltáról, ezáltal a sértett életét, testi épségét közvetlen veszélynek tette ki. Szakképzettségénél fogva a terhelt előre látta a foglalkozási szabályszegésének lehetséges következményeit, de könnyelműen bízott azok elmaradásában. Az elvégzett vizsgálatok alapján azonban nem volt megállapítható, hogy azonnali szakszerű ellátás a sértett életét megmenthette volna, ezért a foglalkozási szabályszegés és a halál, mint eredmény között okozati összefüggés nem került megállapításra.⁵²⁹

2. A Kúria a Bfv. I. 239/2015. számú precedensképes határozata szerint a sértett halálával ok-okozati összefüggésben áll azon orvos mulasztása, aki a közlekedési balesetet szenvedett beteget nem vizsgálja meg, ezért nem ismeri fel annak életveszélyes állapotát, valamint a cselekvőképtelen sértett együttműködésének hiánya nem értékelhető az ellátás visszautasításának jogaként. Továbbá a Kúria kimondta, hogy a terhelt mulasztásaként, azaz kötelességellenes nemtevésként értékelhető az életveszélyes állapot okán beállt

⁵²⁹ BH 2013.8.203

halál, mint káros eredmény meg nem akadályozása, hiszen az orvost eredményelhárítási kötelezettség is terheli.

A tényállás lényege szerint a vonat által elsodort hajléktalan, ittas férfit a mentőegység szállította a kórházba, aki az intézménybe érkezéskor a mentőszolgálat dolgozóinak kérése ellenére nem volt hajlandó ülőkocsiban helyet foglalni, ezért saját lábán sétált be a traumatológiai ambulancia várójába. A sértett érkezését követően a vizsgálatok visszautasítására irányuló szóbeli kijelentéseket tett, valamint a homlokán észlelhető három centiméter átmérőjű felületes hámsérülések asszisztens által kezdeményezett kezelési kísérletét is elutasította. A sértett a kórházi ellátással kapcsolatos dokumentáció aláírását is megtagadta. Az ügyeletes traumatológus rezidens sem a szakma szabályai szerint elvárt részletes fizikális vizsgálatokat, sem a célirányos – medencetáji – képkötő vizsgálatot nem végezte el, kizárólag mellkas és koponya röntgen felvételeket készített, ahová a sértettet maga kísérte el. A sértett járása eközben igen nehézkes, döcögő, széttartó volt, pár méter megtétele után megállt és derekát megtámasztotta. A terhelt a vizsgálatot követően a pihenőszobájába távozott, majd a sértett a várót lassan, döcögő járással elhagyta és az épületen kívül foglalt helyet, ahol körülbelül két óra múlva életét veszítette. A bíróság megállapította, hogy a helyes diagnózis felállítása a szükséges vizsgálatok hiányában maradt el, amely oka a betegvizsgálatra irányuló foglalkozási szabályok megsértése volt. Hiszen a sértett a röntgen vizsgálatokba ráutaló magatartásával beleegyezett, amelyeket a terhelt részben a fizikális vizsgálat hiánya miatt, részben a sérülési mechanizmus helytelen értékelése okán helytelenül kérte. Tehát ezen okok miatt nem észlelhette a terhelt, hogy a sértett súlyos, életveszélyes állapotban van. A beteg traumatológiai osztályról, érdemi ellátás nélkül való távozása ellen az orvos semmit sem tett, azzal hallgatólagosan egyetértett. A sértett halálnak oka a csontos és lágyrész sérülések következtében kialakult vérzéses állapot, azaz traumás sokk okozta heveny szívelégtelenség volt. A bíróság kimondta, hogy sértett halála okozati összefüggésben állt a foglalkozási szabályszegéssel, a sértetti együttműködés hiánya pedig nem értékelhető az ellátás visszautasításának jogaként, mivel a beteg a bíróság véleménye szerint a kórházi tartózkodása alatt a korábbi baleset okán cselekvőképtelen állapotban volt. A vádlottat a bíróság halált okozó foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés vétsége miatt pénzbüntetésre ítélte.⁵³⁰

⁵³⁰ BH 2015.10.271 I.

3. A Kúria a Bfv.1182/2017/17. számú precedensképes határozata szerint megállapítható a foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés vétsége annak a gyermek háziornosnak a terhére, akivel a hagyományos orvosi módszerekkel szemben bizalmatlan gyermekkorú sértett ellátására és gondozására köteles felmenői megszakították a kapcsolatot, ennek ellenére a terhelt a körzetéből betegét nem jelentette ki, a kötelező szűrővizsgálatok elvégzését nem ellenőrizte és dokumentációs készségének sem tett eleget.

A tényállás lényege szerint az első és másodrendű terheltek, mint házastársak gyermeke, a későbbi sértett 2011. szeptember 16. napján született meg. Szülők a terhesség alatt a szükséges belgyógyászati vizsgálatok elvégzése érdekében egyetlen alkalommal sem jelentkeztek. Házastársak elsőrendű terhelt szüleivel, harmad és negyedrendű terheltekkel éltek egy háztartásban. Az újszülött gondozására harmadrendű terhelt hatodrendű terhelt budapesti gyermekgyógyász szakorvos végzettséggel rendelkező gyermek háziornost kereste fel, aki a homeopátiás gyógymódot részesítette előnyben, praxisában a 975 bejelentett gyermekből 361 körzeten kívüli, akár több száz kilométer távolságban élő volt. A háziornos a sértettet több alkalommal megvizsgálta, akinek fejlődése a negyedik hónapig zavartalan volt, azonban a 2011. december 20-i vizsgálaton terhelt által feljegyzésre került, hogy sírás esetén a sértett fején az ered kidagadnak, fejét ülésbe húzáskor lógatja, néha nyálzik, széklete pedig zöldes. 2012. február 17. napján a háziornos a továbbra is fennálló eltérések miatt ultrahang és laborvizsgálatot javasolt, a beutalót állítása szerint postázta, amelynek azonban nyoma nem volt. Ezt követően elmaradt a vizsgálatok teljesülésének számonkérése és a betegút ellenőrzése is. A szülők és nagyszülők miután felmerült az ultrahang vizsgálat szükségessége, utánanéztek annak esetleges kockázatainak és arra az álláspontra jutottak, hogy az a vízfejőség kialakulásához hozzájárulhat, ezért azt nem fogják elvégeztetni, bizodalomuk hatodrendű vádlottal szemben ekkor megingott. 2012. március 20. napján történt vizsgálatig a gyermek súlya nem gyarapodott, tünetei fokozódtak, ezért a háziornos ismét ultrahang vizsgálatot javasolt. Utolsó személyes vizsgálatára 2012. június 26. napján került sor, ahol a háziornos észlelte, hogy a gyermek kevésbé élénk, izomtömege kevesebb, mint korábban, mozgásfejlődése lelassult, fejformája hydrocefal, ezért terápiaként homeopátiás vaskészítményt írt fel. 2012. július 18. napján telefonbeszélgetés során a háziornosban felvetődött, hogy a gyermek nem jut elég tápanyaghoz, ezért azokat tápszer formájában felírta, amelyeket azonban a família nem váltott ki, ezt követően még egy alkalommal

telefonon kommunikáltak, majd véglegesen megszakították a kapcsolatot a háziorvossal. Annak ellenére, hogy a háziorvos a családot 2012. július 30. napján nem tudta elérni, ennek tényét nem jelezte a gyermekjóléti szolgálat felé, valamint az éhezési és táplálkozási hiánytünetek ellenére nem intézkedett a veszélyeztető állapot kapcsán az intézeti felvétel kezdeményezéről sem. A gyermek 15. hónapos korának megfelelő kötelező védőoltások elmaradásának oka sem került feltüntetésre az ANTSZ felé tett jelentésben. A gyermek haláláig, azaz 2013. április 14. napjáig a háziorvosi praxisból nem került kijelentésre. Összességében a háziorvos hatodrendű terhelt a sértett kilenc hónapos koráig észlelte annak fejlődési elmaradását, rögzítette kóros tüneteit, de ennek ellenére nem tette meg a megfelelő lépéseket az okok feltárása érdekében. Az ismételt sikertelen kapcsolatfelvételt, az orvosi vizsgálat elutasítását tévesen nem értékelte a gyermek veszélyeztetésének, amelyekkel megsértette a foglalkozás szabályait. A gyermeket ezt követően ötödrendű vádlott, bioenergetikus, aposztróf doktor „kezelte” haláláig. A halál oka súlyos fokú lesoványodás, alultápláltság, fehérjehiányos állapot és kiszáradás következtében kialakult keringési elégtelenség volt. A bíróság a háziorvos hatodrendű terheltet foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés vétsége miatt hat hónap, végrehajtásában két év próbaidőre felfüggesztett szabadságvesztésre ítélte. Terhére róható volt, hogy észlelte ugyan a gyermek egészségének veszélyeztetett voltát, azaz vízfejűségét, annak tüneteit rögzítette is, továbbá az elégtelen táplálás lehetőségére is gondolt, azonban ezek okait a szakma szabályait megszegve nem vizsgálta ki, a kapcsolat megszakadását figyelmen kívül hagyta és nem tette meg a szükséges intézkedéseket, amelyek megakadályozhatták volna a szülőket és nagyszülőket a gyermek sérelmére megvalósított cselekmények megakadályozásában. Továbbá terhére rótták, hogy az általa is feltételezhetően veszélyeztetett gyermek ügyében nem tett eleget azon kötelező törvényi előírásnak, miszerint nem élt jelzéssel a gyermekjóléti szolgálat felé, amely hatósági eszközök igénybevételével gondoskodhatott volna a gyermek egészségi ellátásáról, a veszélyeztető állapot megszüntetéséről. Mivel a halálos eredmény a kapcsolat megszakadását követően tíz hónappal később következett be, továbbá a halál lehetősége az utolsó vizitkor még nem állt fenn, ezért az a hanyag gondatlanság amely a terhelt foglalkozási szabályainak megszegésével kapcsolatban megállapítható, a halálos eredménnyel nem, kizárólag az életet, egészséget és testi épséget közvetlenül veszélyeztető helyzettel hozható összefüggésbe. A szabályszegések idejében ugyanis még kellő figyelem és körültekintés mellett sem kellett volna a gyermek halálának

lehetőségével számolnia. Összességében tehát szabályszegő magatartásával az észlelt közvetlen veszélyt nem hátrította el, sőt mulasztásával azt fenntartotta.⁵³¹

4. A Kúria Bfv. III.1.166/2021/5. számú precedensképes határozata szerint a terhelt orvosnak látnia kellett volna a sértett vizsgálatának hiányából eredő azon kockázatot, hogy a korábban szívinfarktuson átesett betegnek ismételten szívinfarktusa van, mégis elmulasztotta annak újbóli vizsgálatát, amely miatt nem ismerte fel a sürgős szükség fennálltát. A terhelt a kellő gondosságot elmulasztotta, hiszen a rá gondolás hiánya miatt nem láthatta előre a magatartása lehetséges következményeit, amely a büntetőjogi felelősségének az alapját szolgáltatta.

A tényállás lényege szerint a korábban már szívinfarktuson átesett beteg mellkasi panaszok miatt kérte az orvosi ügyelet segítségét. A kikerkező ügyeletes orvos, azaz a terhelt ekkor a sértettet a szakma szabályai szerint megvizsgálta, EKG-t készített, vérnyomást és véroxigén szintet ellenőrzött, azonban téves diagnózist állított fel, mivel reflux betegséget véleményezett, amelynek megfelelő gyógyszeres terápiában is részesítette a beteget. Mivel a sértett állapota, panaszai nem javultak, pár óra múlva ismét kihívta az ügyeletet, ekkor, azaz a második észlelés során a terhelt a szakma szabályait megsértve a korábbi vizsgálatokat nem ismételte meg, továbbra is állította, hogy a panaszokat reflux betegség okozza nem pedig szívinfarktus, majd kórházi beutalót írt és javasolta a családnak, ha a beteg rosszabbul lenne, akkor szállítsák kórházba. A sértett állapota nem javult, ezért másnap kórházba vitték, ahol harminc órája fennálló heveny szívizomelhalással járó szívinfarktust diagnosztizáltak. A szakértői véleményekre alapozva a bíróság álláspontja szerint a terhelt mulasztása miatt ismerte fel a szívinfarktus fennállását, tehát a kellő gondosságot elmulasztotta, továbbá amennyiben a sértett tizenkét órán belül megfelelő ellátást kapott volna, úgy a szívizomkárosodás mértéke érdemlegesen csökkenthető lett volna. A terhelt mulasztása és a maradandó fogyatékoság, mint eredmény között ok-okozati összefüggés volt megállapítható. A foglalkozási szabályszegés pedig abban merült ki, hogy a terhelt második alkalommal történt látogatása során az orvosszakmai protokollból ismert vizsgálatokat nem végezte el, ezért nem is kerülhetett abba a helyzetbe, hogy megfelelő diagnózist hozzon. Első vizsgálatát, ahol szakmai szabályszegés nem történt pusztán diagnosztikus tévedésnek

⁵³¹ Bfv.1182/2017/17.

minősült. A bíróság a terheltet foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés vétsége miatt pénzbüntetésre ítélte.⁵³²

5. A Kúria Bfv.183/2021/10. számú precedensképes határozata szerint a kezelés büntetőjogi értelemben vett kockázata akkor igényel vizsgálatot, ha az orvos eltér a foglalkozási szabályoktól. A szabályszegések azonban nem önmagukban, objektíve tesznek felelőssé, a bűnösség ugyanis azt jelenti, hogy az alany tehet a bűncselekményt megvalósító magatartás tanúsításáról és magatartásával előidézett következményekről, mivel a terhelt nem fejtette ki azt a gondosságot, amelyre egyrészt orvosként kötelezve volt, másrészt amely tőle adott tények ismerete mellett elvárható lett volna. A bíróság az elsőrendű terheltet foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés vétsége miatt két év próbaidőre bocsátotta. A másodrendű vádlott vonatkozásában a Járásbíróság 12.B.1382/2015/80. számú ítéletét hatályon kívül helyezte, a vádlottal szemben foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés vétsége miatt indult büntetőeljárást felfüggesztette, mivel a másodrendű vádlott a másodfokú eljárás során elhalálozott.

A tényállás lényege szerint a házasságban élő sértettnek 2008. évben természetes szüléssel, érett, egészséges, nagy súlyú fiúgyermek született, majd 2012 januárjában ikerterhessége került felismerésre, amely kapcsán terhesgondozásra rendszeresen járt, terhessége eseménytelenül zajlott, választott orvosa az elsőrendű terhelt volt. A sértett a terhessége 33-34. hetében enyhe görcsök miatt felvételre került azon szülészeti osztályra, ahol a terhelt is dolgozott. Ezt követően 9 nappal B magzatnál spontán burokrepedés következett be, ekkor a sértett panaszmentes volt. A két magzat megfigyelésére alkalmas CTG vizsgálat alapján mindkét magzatnál jó szívhangokat észleltek, ezért természetes, hüvelyi úton történő szülés mellett döntöttek. A szülőszobán azonban a magzatok egyidejű CTG monitorozására papírhiány miatt nem volt lehetőség. A szülés idején a másodrendű terhelt volt a szülészeti-nőgyógyászati osztály ügyeletvezető főorvosa, aki a szülés során mindvégig jelen volt, és értesítette elsőrendű terheltet, aki ezt követően, körülbelül öt óra múlva érkezett. Elsőrendű terhelt érkezését követően A magzat esetén burokrepesztést végeztek és a tolófájások támogatására oxytocinos infúziót alkalmaztak, amelyek ellenére az A magzat koponyája a kimenetben stagnált. Másodrendű terhelt ekkor a megszületés elősegítése érdekében, hogy a magzatot a szülőcsatornába terelje a

⁵³² BH 2023.3.56

méhfenékre alkarjával több alkalommal extrém erejű nyomást gyakorolt, azonban A magzat csak szemöldökvonaltig született meg. A terhelték vákuum-extrakció mellett döntöttek, anélkül, hogy előzetes belső vizsgálatot végeztek volna. A vákuumot a sértett koponyájára helyezve, kétszeri gördítési kísérlet közben másodrendű vádlott ismét a méhfenekre gyakorolt nyomással próbált segíteni, de A magzat mozdulatlan maradt. Előrendű terhelt csak ezt követően végzett belső vizsgálatot, amely során észlelte a szülési képtelenséget, azaz B magzat feje A magzat válla elé került a szülőcsatornában. Az akadály elhárítása végett elsőrendű vádlott B magzat fejét kézzel próbálta visszanyomni, amely nem vezetett eredményre, ezért császármetszés mellett döntöttek, amely során B magzat egészségesen, A magzat Apgar 1 értékkel, klinikai halál állapotban jött világra, újraélesztést követően állapota átmenetileg stabilizálódott, majd a gyermekklinikára szállították, ahol 1 hetes kezelés után végül életét veszítette. A halál oka a szüléskor elszenvedett súlyos agyi, illetőleg belső szerveket érintő oxigénhiányos állapot, valamint a szüléskor elszenvedett fizikai sérülések, úgymint a koponya csontthártyáján, a hajjas fejbőrön vérbeszűrődések, hason és háton lévő véraláfutások, zúzódások, politraumatizáció által kiváltott sokkos állapot volt. A bíróság a szakértői vélemények alapján megállapította, hogy foglalkozási szabályszegésnek minősült az elsőrendű vádlott tekintetében az előzetes belső vizsgálat nélkül végzett vákuum-extrakció, a másodrendű vádlottnál a méhfenekre gyakorolt extrém erejű nyomás alkalmazása, a császármetszés késői alkalmazása. Ezen szabálytalan eljárások és a szükséges beavatkozások elmaradása okán közvetlenül veszélyeztették a sértettek életét, testi épségét és egészségét. Továbbá a technikai feltételek sem voltak megfelelőek, hiszen a folyamatosan végzett, párhuzamos CTG monitorozás az összeakadás miatt kialakult oxigénhiányt képes lett volna időben jelezni, ennek hiányában, azaz a természetes szüléshez szükséges tárgyi feltételek nélkül azonnali, profilaktikus személetű császármetszést kellett volna végezni. Összességében az elsőrendű terhelt foglalkozási szabályt segett, mivel a párhuzamos monitorozás hiánya miatt nem ismerte fel időben az oxigénhiányos állapotot és nem döntött a magasabb szintű intézménybe történő utalásról vagy a helyszíni császármetszésről, hanem a hüvelyi szülést erőltette. Összességében tehát a szakmai szabályok többszörös megsértése történt, mivel elsőrendű terhelt a szakmai tilalom ellenére koraszülés esetén vákuumot alkalmazott, amely előtt vizsgálatot sem tartott, és nem ellenezett, azaz hallgatólagosan helyeselte a másodrendű vádlott méhfenekre alkalmazott szintén tiltott nyomó jellegű tevékenységét. Ezen szabályszegések egyenként is közvetlenül alkalmasak voltak a veszélyhelyzet

előidézésére, azonban az ikerkoraszülés megindításával már önmagában előállt a közvetlen veszélyhelyzet. A bíróság a szabályszegés kapcsán kimondta, hogy nem önmagában, objektíve jelenti a felelősség alapját a foglalkozási szabály megsértése, mivel a bűnösség azt jelenti, hogy az alany tehet a bűncselekményt megvalósító magatartásáról és annak következményeiről. Azért tehet róla, mert az elkövetéskor belátta, felismerte magatartása jellegét és annak lehetséges következményeit, és tehet arról, mert beláthatta volna vagy felismerhette volna cselekménye jellegét, annak lehetséges következményeit. A bűnösség a törvényi tényállás tárgyához és tárgyi oldalához fűződő aktuális, pszichikus viszony, amely kapcsolat a rá gondolásban, vagy a rá gondolás hiányában fejeződik ki. Az alany bűnös, hiszen az elkövetési magatartás tanúsításakor rá gondol a magatartása jellegére és annak következményeire és ebben a tudatban hajtja végre cselekményét. A rá gondolás hiánya is felróható, hiszen az elkövető az eredményt éppen azért okozza, mert nem gondol a lehetséges következményekre, pedig azokra gondolnia kellett volna. A rá gondolás a szándékosság és a tudatos gondatlanság esetén kimutatható, annak hiánya esetén pedig hanyag gondatlanság állapítható meg. Tudatos gondatlanság esetén az elkövető előre látja magatartása következményeit, de könnyelműen bízik azok elmaradásában, hanyag gondatlanság esetén pedig nem látja előre magatartása következményeit, mert a tőle elvárható körültekintést elmulasztotta. A bűnösség tekintetében arra kellett a bíróságnak választ adnia, hogy volt-e és ha igen, akkor mi lett volna elvárható a terhelttől. Az elvárt figyelem és a következmények előre látásának vizsgálata kétlépcsős folyamat, az első az objektív gondossági kötelesség, amellyel kapcsolatban elvárható, hogy a cselekmény legyen biztonságos, tehát ne jelentsen kockázatot a másokra, nem kockázatos az, ami teremt közvetlen veszélyhelyzetet. Közvetlen veszély pedig akkor áll fenn, amikor az élet, egészség, testi épség sérelmének a helyzetre és személyre konkretizált reális lehetősége jelentezik, amelyet reálisan akár sérülés követhet. Az orvosi tevékenység sajátossága, hogy a káros következmény akár szabályszegés nélkül, mint a kezelés kockázata is jelentkezhet. Elemi jelentőségű tehát annak eldöntése, hogy az adott káros következmény szabályszegés eredményeként, vagy pedig mint a gyógykezelés kockázata állt be, utóbbi ugyanis nem képezheti büntetőjogi felelősségre vonás alapját. A gyógyítás kockázata a beteg életének, egészségének vagy testi károsodásának az az objektív meglévő, akár előre látható, vagy rejtett veszélyét jelenti, amellyel az adott beavatkozás a vonatkozó szabályok megtartása mellett járhat. A gyógyítás büntetőjogi értelemben vett kockázata akkor igényel tehát vizsgálatot, ha az orvos eltért az irányadó foglalkozási szabálytól. A foglalkozási szabályok vizsgálata előtt

azonban el kell végezni az okozati összefüggés elemzését. Az ikerkoraszülés megindításával már önmagában előállt egy általános veszélyhelyzet, továbbá az egyik magzat oxigénhiányos állapotának késői felismerése az anya és a magzatok életét, testi épségét és egészségét közvetlen veszélyeztette, amelyet tovább fokoztak az egyéb szabályszegések. A bűncselekmény akkor vált befejezetté, amikor az egyik magzat oxigénhiányos állapota bekövetkezett és a válla elakadt, hiszen ezek által állt a közvetlen veszélyhelyzet. Oksági vizsgálat részét azonban nemcsak az objektív, azaz előreláthatóság, hanem a szubjektív, felróhatóság is képezi. A terhelt szubjektív felróhatóságát illetően nem tett meg minden, tőle elvárható annak érdekében, hogy a kiemelt kockázatú ikerkoraszülés az anya és a magzatok életét, testi épségét vagy egészségét közvetlenül ne veszélyeztesse, azaz nem fejtette ki azon gondosságot, amely orvosként kötelességét képezte volna és tőle az adott tények ismeretében elvárható is lett volna. Tehát az elsőrendű terhelt a kellő gondosságot elmulasztotta, a rá gondolás hiánya miatt nem látta előre a magatartása lehetséges következményeit, ugyanis tisztában kellett volna lennie a párhuzamos monitorozás hiányából eredő kockázattal, tehát azzal, hogy az oxigénhiányos állapot csak késve ismerhető fel, továbbá nem alkalmazhatott volna tiltott módszereket sem, az elmulasztott belső vizsgálat okán pedig a szülési képtelenséget sem ismerhette fel. A határozat a korábbi gyakorlatnak megfelelően mondta ki, hogy az elkövető büntetőjogi felelőssége csak akkor állapítható meg, ha a foglalkozási szabályt gondatlanul vagy szándékosan megszegő tevékenységével okozati összefüggésben áll elő más vagy mások életének, testi épségének közvetlen veszélybe kerülése vagy testi sérülése, halála, illetve a szabályszegő mulasztása folytán annak ellenére hogy az elkövetőnek lehetősége lett volna, nem akadályozta meg a tényállászerű eredmény bekövetkezését, feltéve, hogy a káros következmény tekintetében gondatlan bűnössége fennáll.⁵³³

V.4.2. Egyéb határozatok

1. A Csongrád Megyei Bíróság az 1. Bf. 574/1994. számú ítéletében felmentette a vádlott orvost a foglalkozás körében elkövetett halált okozó gondatlan veszélyeztetés miatt indult büntetőeljárásban, mivel a hasi műtét során a hasüregben hagyott törlő és ennek

⁵³³ BH 2022.6.145

következtében beállt halál kapcsán a bíróság megállapította, hogy az Egészségügyi Tudományos Tanács Igazságügyi Bizottságának állásfoglalása szerint önmagában nem tekinthető foglalkozási szabályszegésnek a törülő hasüregben felejtése.⁵³⁴

2. A Veszprém Megyei Bíróság a Bf. 485/1995/3. számú ítéletében helybenhagyta a Veszprémi Városi Bíróság elsőfokú határozatát, amelyben a bíróság azért állapította meg az orvos bűnösségét foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés vétsége miatt, mert a sürgősségi osztályra bekerült koponyasérült sértett vércsoportját a vádlott orvos rosszul határozta meg, aminek következményeként a beteg nem csoportazonos vérkészítményt kapott. A bíróság ítéletében megállapította, hogy a sértett halálát ugyan nem a vércsoporttévesztés következményeként adott nem csoportazonos vérkészítmény okozta, azonban az a beteg életét, testi épségét, egészségét az veszélyeztette.⁵³⁵

3. A Kúria büncselekmény hiányában felmentette a terhelt orvost a halált okozó, foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés vádja alól, mivel egyrészt a sértett életét közvetlenül veszélyeztető helyzet az orvosi ügyelet értesítését megelőzően alakul ki, így az nem hozható okozati összefüggésbe azon ténnyel, hogy az orvos csak 50 perccel az értesítést követően érkezett ki az akkor már életét veszített sértetthez. Másrészt az eljárás során az igazságügyi orvosszakértő megállapította, hogy az adott esetben az egy órán belül megkezdett ellátás nem szabályellenes, így foglalkozási szabályszegés nem történt. Továbbá a szakértő szakvéleményében azt is megállapította, hogy sürgős szükségállapot sem állt fenn, mivel a vádlott előző nap már megvizsgálta a felső légúti gyulladás tüneteit mutató sértettet, és ezt követően az ügyeleti időben a sértett hozzátartozója annak állapotáról olyan tartalmú tájékoztatást adott, hogy a 3 éves gyermek meg van fázva, fulladva köhög, nem bírja a slájmot felköhögni, láza most nincs, elaludt. A vádlott tehát joggal következtethetett arra – figyelemmel a járványos időszakra -, hogy a sértett tünetei influenzára utalnak, azonban a láztalan állapota miatt sürgős szükségállapot nem állt fenn. A Legfelsőbb Bíróság az ügyel kapcsolatban az EBH2007. 1586. számú elvi határozatában kimondta, hogy *„a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetésben az elkövető büntetőjogi felelőssége csak akkor állapítható meg, ha*

⁵³⁴ SÁNDOR *i.m.* 212-213.

⁵³⁵ Bf. 485/1995/3.

*foglalkozása szabályait szándékosan vagy gondatlanul megszegő tevékenységével okozati összefüggésben áll elő az eredmény, illetve akkor, ha az elkövető szabályszegő mulasztásával - bár lehetősége lett volna rá -, nem akadályozza meg a tényállásszerű eredmény bekövetkezését, feltéve, hogy a káros eredményre nézve, a gondatlan bűnössége is fennáll”.*⁵³⁶

4. BH+ 2003.8.364. számú határozatában a bíróság bűnösnek találta és pénzbüntetésre ítélte halált okozó foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés vétsége miatt azon orvost, akinek a transzfúziós szabályzatot sértő, csoport-idegen vérátömlesztés által megindított okfolyamata vezetett a sértett halálához.

A tényállás lényege szerint a sértett a szívsebészeti klinikán feküdt szívbillentyű műtét elvégzése céljából. Vércsoportja, 0 Rh pozitív a transzfúziós intézetben korábban meghatározásra került, azt jegyzőkönyvben is rögzítették, és a műtét napján két egység csoportazonos vérkészítmény a szívsebészet hűtőszekrényében deponálás céljából elhelyezésre került. A műtét során az altatóorvos, aki nyelvvizsga hiányában még érvényes diplomával nem rendelkezett, határozta meg a beteg altatása ideje alatt annak ágy melletti vércsoportját, azonban az észlelő lapra figyelmetlenül más beteg eredményeit, köztük a vércsoportot is tévesen, A Rh pozitív eredménnyel jegyezte fel, végül ezen hibás dokumentációval került ki a beteg a műtőből. Az operációt követően a téves adatok szerint plazma adását is elrendelték, ezért tévesen A csoportú plazma került beadásra. A műtétet követő napon az operáló orvos utasította az osztályon dolgozó vádlott a rezidens orvost a vérátömlesztés elvégzésére. A téves dokumentációra alapozva a vádlott A Rh pozitív vért rendelt, amelyet ki is szállítottak az osztályra. A téves vérkészítmény beérkezését követően a vádlott állítása szerint az ágy melletti vércsoport meghatározás alapján is ezen eredményre jutott és a keresztpróba vizsgálat is negatívnak bizonyult. A vádlott azonban ezen – téves – eredményt nem vetette össze a hiteles laboratóriumi adattal, ezért műtét után csoportidegen vérkészítménnyel kezdte meg a sértett vérpótlását, amelyből 10-15 ml mennyiség beadása után shockos állapot lépett fel, ezért a transzfúziót leállították. A műtétet végző orvost az ápoló ugyan tájékoztatta a vércsoportok közötti ellentmondás lehetőségére, azonban az operátor a beavatkozást követő billentyűelégtelenségre gondolva azonnali műtét mellett döntött. A szívmotorral

⁵³⁶ EBH2007.1586

végrehajtott nyitott szívűműtétet a legyengült szervezetű beteg rosszul tolerálta és a következő napon meghalt. Az operáló orvos a keringésösszeomlást a korábbi műtéttel hozta összefüggésbe, amely diagnosztikus tévedésnek minősült, azonban annak felállítása során elvárható gondosságot tanúsított, mivel nem számított arra, hogy az igen csekély mennyiségű vér beadása ilyen heves reakció kiváltására képes, amely oka a beteg szervezetében lévő, átlagnál jóval magasabb ellenanyag szintre volt visszavezethető. A halál oka a shockos keringésösszeomlás és következményes másodlagos szervkárosodás volt, amely mellett a diagnosztikus tévedés következtében elvégzett reoperációnak is jelentős hatása volt, mint a szervezetet ért műtéti megterhelés. Az A csoportú plazma műtét utáni beadása ugyan foglalkozási szabályszegésnek minősült, de okozati összefüggésbe nem volt hozható a beteg halálával. A vádlott foglalkozási szabályt vétett, mivel nem kutatta fel a laboratóriumi vizsgálat eredményét és vetette össze azt az által meghatározottal. Közreható okként került értékelésre a sértett túlérzékenységre való hajlama és a sürgős műtét is, amely álláspontra a bírói gyakorlat által alkalmazott felételek egyenértékűségének elmélete (*conditio sine qua non*) alapján jutott a bíróság, hiszen ha az elkövetési magatartás indítja el az eredményre vezető okfolyamatot, esetleges további együttható okok bekapcsolódása pedig nem szakítja meg az okozati összefüggést. Ezért közreható és nem okozati összefüggést megszakító okként került értékelésre a vérvérvételével szembeni túlérzékenységi reakció és a sürgős műtét is. Hiszen a sértettnek túlérzékenységi reakció hiányában is számolnia kellett volna a téves csoportú vér alkalmazásának halálos lehetőségével. A halál oka és a transfúziós szabályok megszegése között mindezen körülményekre tekintettel közvetett ok-okozati összefüggés volt megállapítható.⁵³⁷

5. Bfv.II.999/2004. számú határozatában a bíróság kimondta, hogy nem valósul meg a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés büntette, ha az orvosnak a foglalkozási szabályok megszegésével végrehajtott beavatkozása a sértett egészségét, testi épségét közvetlenül nem veszélyeztette. A bíróság a szülész-nőgyógyász szakorvosi végzettségű terhelt magzatelhajtást megvalósító cselekményeit négyrendbeli magzatelhajtás büntettének minősítette és felmentette a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés vétsége miatt emelt vád alól.

⁵³⁷ BH+ 2003.8.364

A tényállás lényege szerint a terhelt az öt sterilizációs kérelemmel felkereső nők hüvelyébe injekciózott a saját maga által kifejlesztett eljárású petevezeték hegesedést okozó szert. Az eljárás a cselekmények elkövetésekor a szabadalmi hivatalnál még elbírálás alatt álltak. Ezen sikertelen eljárásokból nemkivánt terhességek adódtak, amelyeket a terhelt szabálytalanul terminált, abortuszt végzett. Az eljárásával kapcsolatban nem volt megállapítható még közvetlen veszélyhelyzet okozása sem, hiszen a sértettek a kezelés ellenére teherbe estek, tehát a célzott egészségkárosodás nem következett be, ezért pusztán a szabályszegés léte, eredmény hiányában nem volt alkalmas a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés törvényi tényállásának megvalósítására.⁵³⁸

6. A Bhar.56/2007/15. számú határozattal a bíróság a szülész-nőgyógyász szakorvosi végzettségű vádlott bűnösségét állapította meg foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés vétsége miatt és önálló mellékbüntetésként három év szülész-nőgyógyász orvosi foglalkozástól eltiltásra ítélte.

A tényállás lényege szerint a szülész-nőgyógyász szakorvos vádlottat 1999 novemberében otthoni szülési szándékkal keresték fel és kérték ezirányú segítségét a későbbi sértett szülei. Ezt követően a vádlott által üzemeltetett vállalkozás keretein belül a szülők elvégeztek egy otthoni szüléssel kapcsolatos tanfolyamot, majd a vádlott elfogadta felkérésüket az otthoni szülés vezetésével kapcsolatban és megegyeztek abban, hogy a szülés kezdetéről őt telefonon értesítik. 2000 márciusában a kismamánál megindultak a méhösszehúzóadások, ezért a megbeszéltek szerint telefonon tájékoztatták a vádlottat, majd egy óra múlva az arra kijelölt helyen találkoztak. A vádlott megérkezésekor észlelte, hogy a szülés előrehaladott állapotban volt, ellenőrizte a szívhangokat és előkészítette a szükséges eszközöket, amelyet követően a magzat gyorsan és komplikációmentesen 22 óra 15 perckor megszületett, majd felsírt. A vádlott az újszülöttet megvizsgálta, amely eredményeként megállapította, hogy jó állapotnak örvend, és a több ízben is ellenőrzött Apgar értéke 10 pont volt. A vádlott a magzatot a szülés után körülbelül 15 perccel az anya karjaiba adta, majd mellére tette, aki ezt követően erőteljes szopó mozdulatot tett és elaludt, ekkor azonban még a méhlepény nem vált le és a köldökzsinórt sem került átvágásra. A vádlott a méhlepény leválására

⁵³⁸ Bfv.II.999/2004.

várakozva, az asztalnál a szükséges dokumentációt készítette, eközben az apa kíváncsiságból megszólaltatott egy zenélő játékot, de az anya őt csendre intette és figyelmeztette a magzat alvó állapotára, ezt követően a vádlott 23 óra 15 perc körül az anyához lépett azon célból, hogy ellenőrizze a méhlepény leválását és átvágja a köldökzsinórt, de észlelte, hogy a magzatnak megállt a légzése és a szívműködése is. A vádlott azonnal utasította az egyik segítőt, hogy hívjon mentőt, majd sikertelen emelt szintű légútbiztosítást követően ballonnal lélegeztette az újszülöttet, a segítő pedig szívmasszázst alkalmazott. A kikerülő mentőorvos a magzat orrnyílásainak ellenőrzése során csak az egyiket találta a legkisebb szondával átjárhatónak, a másikat egyáltalán nem. Sikeres emelt szintű légútbiztosítás utáni gépi lélegeztetés mellett az újszülöttet a közeli gyermekklinikára szállították, ahol megállapították, hogy az oxigénhiány miatt súlyos, kiterjedt maradandó agykárosodást szenvedett. A gyermek közel két hónapos kezelés ellenére heveny gennyes-nyákos tüdőgyulladás nyomán kialakult keringési elégtelenségben elhalálozott. A bíróság a vizsgálata során kimondta, hogy nem a szakérők és a vád által is kifogásolt otthonszülés problematikája képezi az ügy tárgyát, hanem az, hogy a szülést vezető szakorvosi tevékenység során történt-e olyan foglalkozási szabályszegés, amely okán közvetlen veszélyhelyzet alakult ki, hiszen hazánkban a kérdéses időpontban jogszabály nem tiltotta a tervezett otthonszülést. Az eljáró bíróság elismerte, hogy létező és megoldásra váró kérdés az otthonszülés szabályainak a rendezése, hiszen arra társadalmi igény mutatkozik és az Európai Unióhoz való csatlakozást követően nem lehet tovább halogatni az uniós államokban elfogadott, támogatott és népszerű otthonszülési forma részletszabályainak a megteremtését. A bíróság több ízben próbálta feloldani a szakvélemények közötti ellentmondásokat, végül arra a következtetésre jutott, hogy a vádlott három foglalkozási szabályt segett meg. Nem tett eleget azon követelménynek, hogy a köldökzsinórt annak pulzálásának megszűnése után, de a szülés után legfeljebb tizenöt perc múlva el kellett volna vágnia, hiszen azt csak egy órával a szülés után került átvágásra. Továbbá a lepényi szakban nem figyelte folyamatosan, olyan gondosan az anya és a magzat állapotát, ahogyan az tőle elvárható lett volna, amelyet azon tény is alátámaszt, hogy a magzat halálát csak akkor észlelte, amikor a méhlepény leválásának ellenőrzése miatt ment az anyához, azt megelőzően a dokumentáció elvégzésével volt elfoglalva, amely a figyelmét elvonhatta, a sértettet csak félprofilból láthatta az asztaltól. Valamint azon okból eredően, hogy a magzat betakart állapotban volt, a magzat bőrének színét sem láthatta, a megfigyelést pedig olyan személyre bízta, aki maga is megfigyelésre szorult és életében első

alkalommal szült, tehát a vádlott harmincöt, negyven percen keresztül nem figyelte és ellenőrizte a magzat légzését. Végül elmaradt az Apgar-féle szondázás, azaz az orrjáratok átjárhatóságának vizsgálata, valamint az orr, száj és garat leszívása is, mivel az Egészségügyi Tudományos Tanács Igazságügyi Bizottsága által irányadó szakvélemény szerint az újszülöttnak orrlégzése van, ha pedig az orrán nem képes légvételre, akkor a légzése leáll, amely a halálához vezet. Azzal a magatartásával, hogy a vádlott tudatosan nem végezte el az Apgar szondázást közvetlen veszélynek tette ki a magzat életét, egészségét és testi épségét. Összességében megállapításra került, hogy mindhárom szakmai szabályszegéssel ok-okozati összefüggésben a magzat élete, egészsége és testi épsége közvetlen veszélyhelyzetbe került, azonban ezen összefüggés már nem volt megállapítható az újszülött későbbi halálával kapcsolatban.⁵³⁹

7. Az Ítélet tábla a Bf.527/2012/14. számú határozatában foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés vétsége miatt állapította meg a bűnösségét annak a házi gyermekorvosnak, aki a sértett műtétét követően számára a véralvadásgátló injekciót hanyag gondatlansága okán nem írta fel, a beteg pedig ezen foglalkozási szabályszegéssel nem megállapítható okozati összefüggésben a balesetszerű elesés kapcsán kialakult combcsont törés miatt létrejött alsó végtagi visszérrögösödés talaján kialakult tüdőverőér rögösödés következtében életét veszette. A szakértői vélemények egyértelműek kimondták, hogy tekintettel a sértett társbetegségeire, kockázati tényezőire a terheltnek akkor is gondoskodnia kellett volna a műtétet követő véralvadásgátló terápia adásáról, ha a szakorvosi javaslat tartalma nem állt volna rendelkezésére, így mulasztása foglalkozási szabályszegésnek minősült. Azonban nem volt megállapítható a rögösödés kezdetének időpontja, részben annak néma lefolyása, részben a sértett társbetegségei, hajlamosító tényezői miatt, ezért kétséget kizáróan nem volt megállapítható, hogy a szakmai szabályszegéssel ok-okozati összefüggésben következett be a sértett halála. A bíróság a terheltet pénzbüntetésre ítélte.

A tényállás lényege szerint a down-kórral született sértett szüleinek, azaz harmad és negyedrendű vádlottak lakásában elesett, bal combcsontját eltörte, amely miatt traumatológiai osztályon megműtötték. A zárójelentésben előírták, hogy a kórházban megkezdett véralvadásgátló injekció adása továbbra, otthonában is szükséges, azt a

⁵³⁹ Bhar.56/2007/15.

mellékelt szakorvosi javaslat alapján a házi orvosának kell felírnia, a zárójelentésben pedig feltüntették, hogy azt haladéktalanul el kell vinniük a házi orvoshoz, az aznapi injekciót a sértett pedig még a kórházban megkapta. A zárójelentést az egyik szülő aláírásával igazoltan átvette, de vélhetően nem a kezelőorvos hatodrendű vádlottól. A zárójelentést a szülők csak a kórházi elbocsátást követő harmadik napon vitték el a házi orvosi rendelőbe, ahol ötödrendű vádlott házi orvosukat szabadsága okán az elsőrendű vádlott gyermek házi orvos helyettesítette, asszisztensével, a másodrendű vádlottal. Szülők a kórházi iratokat átadták az első és másodrendű terhelteknek, az elsőrendű terhelt a zárójelentést átlapozta, az asszisztens pedig rögzítette a diagnózisokat, azonban a profilaxis rész nem került bejegyzésre, a kórházi javaslat ellenére a sértett semmiféle véralvadásgátló kezelésben nem részesült a kórházi távozását követően. Pár nappal később a szülők telefonon beszéltek a gyermekük állandó házi orvosával, ötödrendű vádlottal, aki a gipszről érdeklődött, de a véralvadásgátló terápia nem került szóba. Körülbelül két héttel később a szülők személyesen is felkeresték a házi orvos ötödrendű vádlottat rendelőjében, a zárójelentést neki is bemutatták, aki ekkor már azt is rögzítette a számítógépes rendszerben, hogy megkezdett trombózis profilaxis folytatása, de nem kérdezett rá, hogy a gyermek valóban részesül-e ezen terápiában. Pár nap múlva a sértettet kontroll vizsgálatra szállították a kórház traumatológiai osztályára, ahol kezelőorvosa, hatodrendű vádlott a lábáról röntgen felvételt készített és rákérdezett, hogy szedi-e a gyógyszereit, amelyre a szülők igenlő választ adtak, bár állításuk szerint hozzátették, hogy a nyugtatóit. Öt nappal később otthonukban a sértett ágyból felkelve megszédült és elájult, a kiterjedt mentőszolgálat dolgozói az újraélesztését megkezdték, amely eredményre nem vezetett, sértett halálát balesetszerű elesés kapcsán kialakult combcsont törés miatt létrejött alsó végtagi visszérrögösödés talaján kialakult tüdőverőér rögösödés okozta. Sértett a véralvadásgátló kezelést a szakma szabályainak megfelelően, a kórházban megkapta, ahol annak otthoni folytatását egyértelműen javasolták, arra mégsem került sor. A fennálló súlyos fokú veszélyeztető tényezőkre tekintettel, úgymint az elhízásra, a csekély mozgáskészségre és az értelmi fogyatékosra nem állítható teljes bizonyossággal, hogy a halál nem következett volna be a véralvadásgátló terápia mellett is, de arra egyértelműen csekélyebb esély lett volna. A bíróság álláspontja szerint a helyettesítő gyermekorvos elsőrendű terheltnek a foglalkozási szabályok alapján át kellett volna tanulmányoznia a zárójelentést és az abban leírtak alapján a kórházban megkezdett profilaxis folytatásáról a sértett otthonában is gondoskodnia kellett volna. Tehát a gyógyszer felírásának elmulasztása és annak adagolásával kapcsolatos tájékozódás

hiánya foglalkozási szabályszegésnek minősült, de azzal nem állt okozati összefüggésben a sértett tüdőverőér rögösödés következtében beállt halála, pusztán a sértett életét, testi épségét és egészségét közvetlenül veszélyeztette. Az állandó házi orvos ötrendű terhelt szintén foglalkozási szabályt sértett, mivel nem kérdezett rá, hogy a sértett valóban részült-e véralvadást gátló terápiában, azonban a szakértő szerint ezen szabályszegés nem veszélyeztette közvetlenül a sértett életét, testi épségét. A szülőknek, mint harmad és negyedrendű vádlottaknak a kórházi elbocsátás napján fel kellett volna keresniük a zárójelentéssel a házi orvost valamint a szakorvosi javaslatot be kellett volna mutatniuk annak érdekében, hogy gyermekük a szükséges terápiában folyamatosan részesülhessen. A szülők nehezményezték, hogy a traumatológus kezelőorvostól nem kaptak egyértelmű kioktatást arra vonatkozóan, hogyan kell az injekciót használni, az milyen napszakban kell adagolni és amennyiben azt személyesen nem vállalják, úgy annak beadására házi betegápolás keretében is lett volna lehetőségük. A szakértő azonban nem állapított meg közvetlen okozati összefüggést a sértett halála és azon ok között, hogy a szülők csak a harmadik napon keresték fel a házi orvost. A hatodrendű vádlott traumatológus kezelőorvos foglalkozási szabályt sértett, amikor szóban nem tájékoztatta a szülőket a gyógyszer adagolásával, annak beadási módjával kapcsolatban, valamint nem hívta fel figyelmüket a házi betegápolás lehetőségére sem, azonban a szakértő megállapította, hogy ezen tájékoztatási kötelezettség elmulasztása nem veszélyeztette közvetlenül a sértett életét. A másodrendű vádlott ellen halált okozó foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés miatt emelt vád alól, a harmad és negyedrendű vádlottakat az ellenük emelt emberölés vétsége vád alól, ötöd és hatonrendű vádlottakat pedig az ellenük emelt foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés vád alól a bíróság felmentette.⁵⁴⁰

8. A Bf.195/2017/12. számú ítéletével a bíróság bűnösnek mondta ki egyrendbeli halált okozó foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés vétségében és egyrendbeli maradandó fogyatékoságot okozó foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés vétségében a terhelt orvost, ezért 2 év fogházbüntetésre és 10 év szülész-nőgyógyász orvosi valamint szülésznői foglalkozástól való eltiltásra ítélte. A terhelt végzettsége pszichológus, szülész-nőgyógyász szakorvos és szülésznő, a cselekmények időpontjában több éve szervezett meg és vezetett le otthoni körülmények között tervezett szüléseket. A

⁵⁴⁰ Bf.527/2012/14.

terheltet a bíróság korábban a Bhar.56/2007/15. számú határozatával foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés vétsége miatt ítélte el és önálló mellékbüntetésként három év szülész-nőgyógyász orvosi foglalkozástól való eltiltásra ítélte. A tervezett otthonszüléseket ezen időpontban hazánkban jogszabály nem szabályozta, tehát az ugyan megengedett, de mégis szabályozatlan volt, azonban a terhesgondozás részletszabályait a 33/1992. (XII.23.) NM. rendelet tartalmazta, amely ikerterhesség vagy olyan anyai megbetegedés során, amely magzati veszélyeztetettséget okozhat, a szülés kiemelt szülészeti intézetben történő lebonyolítását javasolta.

Az első tényállási pont lényegi tartalma szerint a korábban egy gyermeket már szült sértett terhességét 2006 decemberében állapították meg. Második gyermekét nem kórházban, hanem otthoni körülmények között szerette volna világra hozni, ezért a terhessége huszadik hetében felvette a kapcsolatot az elsőrendű vádlottal. Később a házaspár részt vett a terhelt által tulajdonlott cég előadásán, ahol tájékoztatást kaptak az otthonszülés lehetőségeiről. A kismama rendszeresen járt terhesgondozásra, amely során derült fény az anya kissé magasabb vércukor szintjére, de ez még nem jelentett a magzatra nézve rendkívüli súlygyarapodási kockázatot képező terhességi cukorbetegséget. Továbbá a várandósság 37. hetében az ultrahang vizsgálat már második alkalommal mutatott ki a szív kamráiban ismeretlen eredetű foltokat, valamint tágabb beleket és vastagabb bóralatti zsírréteget. Az anya pajzsmirigy betegségben, pontosan annak alul működésében szenvedett, amely miatt gyógyszeres kezelésre is szorult. Ezen körülmények miatt terhessége veszélyeztetettnek minősült, amelyről a terheltnek tudomása volt, a magzati eltérések miatt pedig újabb ultrahang vizsgálatot javasolt. A sértett az ismételt vizsgálat kedvező eredményéről a terheltet telefonon értesítette, ezért végül elvállalta az otthonszülés levezetését és abban állapodtak meg, hogy amennyiben 2007. augusztus 31. napjáig nem indul be lakóhelyükön a szülés, úgy Budapestre utaznak és a terhelt tulajdonát képező ingatlanban fogja levezetni azt. A szülés végül a budapesti ingatlanban, 2007. szeptember 14. napján délután 4 óra körül indult meg, a terhelt a helyszínre este 6 órára érkeztek. A vádlott a szükséges vizsgálatokat elvégezte, a külső műfogások alapján a magzatot átlagos méretűnek tartotta. Hajnal 2 óra körül a méhszáj eltűnt, ezért terhelt burokrepesztés mellett döntött, amely elvégzése után tiszta magzatvíz ürült, de a méhszáj összeszűkült, a szülés megtorpant és a kitolási szak hajnal 4 óráig nem kezdődött meg. Körülbelül 10 perccel hajnali 4 óra után a magzat feje végül megszületett, de a vállalai elakadtak, ezért terhelt a sértettet nyomásra szólította fel, de az nem vezetett eredményre,

ennek okán terhelt fél ampulla oxytocint adott be intravénásan a sértettnek. Sem az intravénás oxytocin, sem a sértett négykézlábra állítása nem vezetett eredményre. Ezt követően terhelt először a szakmai protokollban nem ismert műfogást sikertelenül, majd ismert műfogásokat szintén sikertelenül alkalmazott, gátmetszést nem végzett. Végül megpróbálta a magzat kulcscsontját eltörni a vállak közti távolság csökkentése érdekében, de ez sem vezetett eredményre. Hajnali 4 óra 40 perckor mentőt hívtak, amely 4 perc alatt a helyszínre ért, a szolgálatot teljesítő neonatológus végzettséggel rendelkező szakorvos a magzat nyaki verőerőt megtapintva pulzust nem észlelt, szemrevételezése során a magzat életjelenségeket sem mutatott, halála azonban eszközök hiányában nem volt megállapítható. A mentőorvos a magzatot egy alkalommal műfogás segítségével megpróbálta világra hozni, amely során magzat fejére irányuló húzó mozdulatot is kifejtett, de próbálkozása eredményre nem vezetett, ezért a kórházba szállítás mellett döntött. A mentőegység 9 perc alatt ért a közeli kórház szülészeti osztályára, ahol az ügyeletes orvosok magzati életjelenséget szintén nem észleltek, gátmetszést követően a magzat jobb karját kifejtve, a bekövetkező fájás és a szülész szakorvos által alkalmazott nyomás és ezzel egyidejű szülésznő által gyakorolt fogás hatására megszületett a magzat. A megszületést követően azonnal megkezdték az életjelenségeket továbbra sem mutató magzat újraélesztését, amely 40 perc elteltével sem járt sikerrel. A magzat a leírások szerint érettnak és életképesnek tűnt. Halála a szülés megindulását követően a szülőútban következett be, azt oxigénhiány okozta. Az elakadást a magzat nagy súlya, az elhúzódozó szülés és az emiatt kialakult fájásgyengeség okozta, amely gátmetszéssel és megfelelő műfogások alkalmazásával elhárítható lett volna. Az eljáró bíróságok megállapították, hogy a magzat halála a szülés megindulását követően a szülőútban állt be, annak okát oxigénhiány képezte. A terhelt a szülés kísérése során kettő olyan foglalkozási szabályszegést valósított meg, amelyek a magzati halállal közvetlen okozati összefüggésben álltak. Annak ellenére alkalmazott intravénásan oxytocint a kitolási szakban, hogy annak feltételei nem álltak fenn, továbbá a vállalakadás észlelése után, annak elhárítása érdekében nem alkalmazott gátmetszést. A közvetlen veszélyhelyzet magával az oxigénhiányos magzati állapot fennálltával már bekövetkezett, amelyre a helytelenül alkalmazott oxytocin injekció miatt fellépő oxigénhiány és a gátmetszés elmaradása, mint szükséges vállalakadás megszüntetésére tett beavatkozás hiánya egyenként is alkalmasak voltak. A magzat elakadásához annak nagy súlya, az elhúzódozó szülés és az emiatt kialakult fájásgyengeség is vezethetett, ami azonban még nem teremtett közvetlen veszélyhelyzetet, mivel a bíróság véleménye szerint a gátmetszéssel

alkalmazott megfelelő szakmai műfogásokkal a vállalakadás elhárítható lett volna. Diagnosztikus tévedésként és nem szakmai szabályszegés körében értékelte a bíróság azt, hogy a vádlott annak ellenére nem döntött a sértett kórházba szállításáról, hogy a burokrepesztést követően általa észlelésre került, hogy a magzat feje magasan van és a méhszáj sem tágult, továbbá akkor már közel 10 órája tartott a vajúdás. A perújítás során benyújtott új (hatodik) szakértői vélemény alapján nem minősült szakmai szabályszegésnek, hanem a beavatkozás kockázataként értékelték a kérdéses műfogások alkalmazását és azok következtében létrejött, a boncolás során feltárt gerincsérüléseket. Az Egészségügyi Tudományos Tanács megállapította, hogy a hatodik, hetedik csigolyák magasságában kialakult sérülések a nyak húzásával, feszítésével járó műfogások kivitelezése közben alakulhatott ki, azonban azok keletkezésének időpontja nem volt pontosan meghatározható. A kórházi szülőszobára való beérkezést követően végzett CTG vizsgálat szív működést nem mutatott, így az ekkor végzett vállkifejtés bevezéssel járó sérülést már nem okozhatott. A nyakcsigolya szétválás létrejöhetett a terhelt által végzett műfogások alkalmazása során, de akár a mentőorvos által megkísérelt vállkifejtés alkalmával is. A gerincsérülés szerepe azonban az oxigénhiány miatt bekövetkezett halál kialakulásában nem volt bizonyítható, ezért maga a gerincsérülés kialakulási körülményei és annak a halál bekövetkeztében játszott szerepe tekintetében az perújítás alapjául szolgáló szakértők által készült szakvélemény megállapításait megalapozottnak tartották.

A második tényállási pont lényege szerint a sértett terhességét 2003 júliusában, majd ikerterhességét augusztusban, az akkor elvégzett ultrahang vizsgálat során állapították meg. A kismama ezt követően vette fel a kapcsolatot a terhelttel azon okból, hogy tervezett otthoni szülés keretei között szeretné magzatait világra hozni. Ezt követően vett részt a terhelt által tartott, otthoni szüléssel kapcsolatos tanfolyamon, továbbá terhessége során mindvégig járt terhesgondozásra, ahol magzati fejlődési rendellenesség nem került leírásra. A sértett a terhelttől írásbeli tájékoztatást is kapott az otthoni szülés során fellépő esetleges szövődmények veszélyeiről, továbbá arról is, hogy szövődmény bekövetkezése során, annak ellátására egészségügyi intézményben kerülhet sor, valamint arra is kitért ezen tájékoztató, hogy maga az ikerterhesség önmagában fokozott kockázatot jelent. Ezen körülmények tudatában döntött a sértett a tervezett otthoni szülés mellett. A sértett vidéki lakóhelye miatt a terhelt a tervezett otthoni szülést úgy vállalta, ha az által biztosított lakásba költözik a házaspár és segítők, aki szeretett volna a szülésnél jelen lenni. A lakást sértett a hozzátartozóival a szülés előtt négy héttel foglalták el. A szülés december

24. napján hajnal 1 óra körül indult meg, amelyet követően a terhelt is a helyszínre érkezett. A közel 18 órás vajúrást követően, december 24. napján 18 óra 30 perckor született meg természetes, hüvelyi úton a sértett első gyermeke. Ezt követően a terhelt azt észlelte, hogy a második magzat szívfrekvenciája csökken, ami oxigénhiányos állapotot jelezhetett, ezért a szülés meggyorsítása végett oxytocin injekciót adott be a sértettnek intravénásan, hígítás nélkül, amely után 3-4 perccel, 18 óra 40 perckor megszületett a második magzat is, aki ekkor nem lélegzett, tónustalan, cianotikus volt. Az újraélesztést a segítők kezdték meg, terhelt a méhlepény eltávolításával foglalkozott. Három perc sikertelen újraélesztést követően az egyik segítő értesítette a mentést, akik 18 óra 52 perckor érkezett a helyszínre, ekkor a magzatonál spontán légzés nem volt észlelhető, szívfrekvenciája 30/min volt, komplex újraélesztést kezdtek, amely eredményeként a szívfrekvencia normalizálódott, majd gépi lélegeztetés mellett kórházba szállították. A második magzat a mentő kiérkezéséig, körülbelül 12 percig oxigénhiányos állapotban volt, amely következtében maradandó agykárosodást szenvedett, és a későbbiekben sem vált kontaktusba vonhatóvá, szopási funkciói nem alakultak ki, táplálása gyomorszondán keresztül történt, majd 2004. július 6. napján otthonában, légcsőhurut következtében történt légzésleállás okán elhunyt. Az eljáró bíróság megállapította, hogy önmagában azzal, hogy a terhelt a sértett ikerterhességével kapcsolatos tervezett otthoni szülésben közreműködött, foglalkozási szabályt nem sértett. A szakmai szabályszegést azon körülmény képezte, hogy a tervezett otthoni szülésre annak ellenére vállalkozott, hogy annak sem a levezetéséhez, sem az esetleges komplikációk elhárításához szükséges eszközökkel nem rendelkezett. A magzatok szülése során való észlelésével kapcsolatos dokumentáció elmaradása pedig olyan foglalkozási szabályszegésnek minősült, amely az életet, egészséget vagy a testi épséget közvetlenül veszélyeztető helyzetet nem teremtett. Továbbá az oxytocin beadása azért minősült foglalkozási szabályszegésnek, mert az hígítás nélkül, intravénásan került beadásra, szakértők szerint ugyanis cseppinfúzió alkalmazása lett volna indokolt. Valamint az újszülött megszületését követően a terhelt a helyszínen, mint legképzettebb orvos az anyával és nem a nagyobb segítségre, újraélesztésre szoruló magzattal foglalkozott, ezért tevékenységét csak szülés észlelésként és nem szülésvezetésként lehetett értékelni. További foglalkozási szabályszegésként került megállapításra, hogy a terhelt nem végzett folyamatos keringésvizsgálatot, nem végzett az első magzat megszületése után méhúri vizsgálatot és burokrepesztést, valamint elmulasztotta az óránkénti méhszájvizsgálatot is. A megfelelő szintű ellátás hiánya és késedelme miatt került sor a legalább tizenkét perccig tartó

oxigénhiányos állapot bekövetkezésére, amely okán alakult ki a súlyos fokú agyi károsodás. A megállapított szabályszegésekkel okozati összefüggésben következett be a magzat életét és egészségét érintő közvetlen veszélyhelyzet és az abból eredően kialakult maradandó fogyatékoság is, azonban későbbi halálával kapcsolatban már nem volt egyértelműen megállapítható az okozati kapcsolat.⁵⁴¹

V.4.3. *Diagnosztikus tévedéssel kapcsolatos határozatok*

1. A Bf.I.2421/1994. számú határozatában a bíróság megállapította, hogy „*nem valósítja meg a foglalkozás körében elkövetett halált okozó gondatlan veszélyeztetés vétségét az az orvos, aki formális szabályszegésével nem veszélyeztette közvetlenül a beteg életét, testi épségét vagy egészségét, illetve a közvetlen veszély nem a foglalkozási szabályszegése folytán következett be.*” Továbbá „*a diagnosztikus tévedés esetén csak akkor állapítható meg az orvos büntetőjogi felelőssége, ha a tévedés egyben foglalkozási szabályszegésnek is tekintendő, mert sérti az orvosi tevékenységre irányadó objektív gondossági kötelezettséget.*” A bíróság ezért kétféle halált okozó foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés vétsége miatt emelt vád alól felmentette az orvos foglalkozású vádlottat.

A tényállás lényege szerint a vádlott sebészeti és urológiai szakvizsgákkal rendelkezett, hazánkban elsőként végzett percután vese, majd epeműtéseket, amelyek elvégzésére az Országos Sebészeti Intézet és az Országos Urológiai Intézet szakmai véleménye alapján adott engedélyt az Egészségügyi Tudományos Tanács. A percután epeműtét ekkor klinikai kísérleti gyógyeljárásnak minősült, elvégzésére a sebészeti szakmai kollégium körültekintő feltételrendszert szabott. A vádlott mindösszesen egyszázhatvanegy percután műtétet végzett, amelyből nyolc esetben lépett fel szövődmény, ebből hat betegnél sikerült orvosolni azt, kettő azonban életét veszítette. Az első tényállási pont lényege szerint a sértettet a műtét előtt belgyógyász nem vizsgálta meg és a vádlott elfogadta a több mint másfél évvel korábban elvégzett orvosi vizsgálatok eredményeit. A helyi érzéstelenítéssel végzett műtétet követő napon a sértett oldalszúrásra és hányingerre panaszkodott, az elvégzett hasi ultrahang vizsgálat azonban epecsorgást nem igazolt, ezért ezt követően izotópos vizsgálat is történt, amelyet követően a sértett sokkos állapota

⁵⁴¹ Bf.195/2017/12

alakult ki. Shocktalanítást követően negatív eredményű gyomortükrözés, majd feltárási műtét történt, utóbbi során braunolos fertőtlenítést is végeztek. A sértettet az operációt követően az intenzív osztályon két hétig kezelték, majd hashártyagyulladásához társult légzési és keringési elégtelenség következtében életét veszítette. A második tényállási pont szerint a sértett percután epeműtétére a háziorvosa által kiállított igazolás alapján került sor. A műtétet követő napon a sértettnél szédülés, haspuffadás és hányinger jelentkezett, ezért hasi ultrahang vizsgálat, majd pungálással epés váladék eltávolítása történt, az esti órákban pedig feltárási műtétet végeztek, amely során a hasüregbe ürült epét eltávolították és fertőtlenítő atmoszféra is alkalmaztak. Az operációt követően a sértett az intenzív osztályra került, ahol a vádlott két alkalommal is megvizsgálta, állapotát kielégítőnek találta. A sértett az alkalmazott kezelésekre ellenére másfél hónappal a műtétet követően meghalt, amely oka epés hashártyagyulladásához és felfekvéses hámelhaláshoz társuló vérmérgezés volt. Mindkét esetben szakmai szabályszegésnek minősült, hogy a vádlott a kutatásetikai normákat megszegve a sértettet nem tájékoztatta, továbbá szakmai szabályt szegett, mivel a műtét előtt belgyógyász véleményét nem kérte ki, a feltárási műtétet pedig nem vont be sebészet. A szövődmény azonban az adott beavatkozás kockázataként volt értékelhető és a vádlott szabályszegései nem álltak ok-okozati összefüggésben sem a kórlefeljással, sem a halállal. A sebész bevonása pedig mellőzhető volt, mivel a vádlott abban kellő jártassággal bírt. Összességében megállapításra került, hogy a vádlott a műtétek során egyetlen olyan szabályt sem szegett meg, amely alkalmas lett volna az élet, egészség vagy testi épség közvetlen veszélyeztetésére. A percután műtétek után fellépő szövődmények olyan okfolyamatok következményei voltak, amelyért a vádlott felelőssége nem volt megállapítható. A bíróság kiemelte, hogy a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállásának vonatkozásában kizárólag az olyan foglalkozási szabályoknak van jelentőségük, amelyek az élet, a testi épség és az egészség védelmére irányulnak, tehát megszegésük veszélyt jelent a bűncselekmény jogi tárgyára. Az orvosi tevékenységgel kapcsolatos egyéb szabályok megsértése nem büntetőjogi, hanem más, például fegyelmi, polgári jogi felelősséget alapozhat meg.⁵⁴²

⁵⁴² Bf.I.2421/1994

2. A B.225/2008/18. számú határozatában a bíróság megállapította, hogy büntetőjogi relevanciával nem bír az olyan diagnosztikus tévedés, amely során az orvosok nem gondoltak a hátfájdalom okaként az egy hónappal korábban elszenvedett sérülésre.

A tényállás lényege szerint a sértett szúrt háti sebe miatt került kórházba, ahol sérülése miatt szakszerű műtétet végeztek. Az egyébként csont- és ízületi betegségben, csontritkulásban, gerincferdülésben, elfajulásos ízületi gyulladásban szenvedő sértettnél a műtétet követően pár héttel hátfájdalmak jelentkeztek. Fontos megjegyezni, hogy az anonimizált határozat nem tartalmazza, de vélelmezhető, hogy a betegnek a tályogra utaló tünetei nem voltak, így láza nem alakult ki, sebe gyógyult, hiszen valószínűleg korábban sebkötözésre is járnia kellett, ismert reumatológiai betegségei pedig panaszait magyarázhatták. Háziorvosa belgyógyászati és reumatológiai vizsgálatokra küldte, majd nyolc napig krónikus belgyógyászati osztályon is feküdt, de panaszai nem csökkentek, ezért háziorvosa is injekciós terápiában részesítette, amely eredménytelennek bizonyult, ezért mentővel a sürgősségi osztályra szállították, ahol panaszait mozgásszeri és pszichés eredetűnek véleményezték, majd otthonába bocsátották. Két nappal a sürgősségi vizsgálat után teljesen lebénult, széklete, vizelete elakadt, lábai érzéketlennél váltak, ezért ismét kórházba szállították. A vizsgálatok során megállapításra került, hogy a háti csigolyákon porckorong feletti tályog alakult ki, ezért a korábbi műtéti területet feltárták, a gyulladásos részeket eltávolították, azonban alsó végtagi bénulása megmaradt, ágyinak esett, amely következtében felfekvések alakultak ki, továbbá a fekvő, elesett állapot miatt létrejött hörghurut talaján kialakult vérmérgezés eredményeként légzési és keringési elégtelenség állt be, végül a sértett életét veszítette. A szakértői vizsgálat megállapította, hogy a háttájéki szúrás okozta sebzés következtében baktérium-fertőzés lépett fel, amely pontos ideje nem volt megállapítható, az akár a szúrás során, a műtét alatt vagy azt követően a sértett otthonában is kialakulhatott. Továbbá a szakértő által megállapításra került az is, hogy valószínűleg már akkor sem volt kizárható a halálos eredmény, amikor a tályog még nem érintett közvetlenül ideget, hiszen annak lokalizációja miatt, kialakulásának kezdeti szakaszán is életveszélyes állapotot eredményezett, de nem kérdéses, hogy a halálos eredmény kialakulásának megakadályozására nagyobb esély lett volna. A szakértői vizsgálatok szerint a sebellátást egyértelműen szakszerűen végezték

el. A beteg kivizsgálása kapcsán a diagnosztikus tévedéssel kapcsolatban szakmai szabályszegés nem történt.⁵⁴³

3. A B.785/2008/32. számú határozatában az eljáró bíróság kimondta, hogy a sértett ellátása során történt diagnosztikus tévedéssel kapcsolatban a tévedés és a sértett halála között természettudományos pontossággal nem volt bizonyítható ok-okozati összefüggés.

A tényállás lényege szerint a vádlott az italkimérő helyen szóváltásba keveredtek a sértettel, amelyet követően a vádlott késsel a sértettet bal bordaív alatt megszurta. Egy bemeneti nyílásból két szúrcsatorna alakult ki, egyik áthatolt a vastagbélben, a máj bal lebenyének felszínén, továbbá a rekeszen is felületes sérülést okozott, a másik szúrcsatorna pedig a bal májlebenyen és rekeszizom keresztüli sérülést létrehozva a szívizomban végződött. A kórházban az elvégzett műtét során a hasúri vért eltávolították, a máj és mellkasi sérüléseket ellátták, azonban nem észlelték a vastagbél sérülését, amely következtében hashártyagyulladás alakult ki. A szakértői vélemények szerint a felismerést akadályozhatta egyrészt a jelentős mértékű vérgyülem, másrészt a vastagbél friss sérülését annak azonnali lezáródása követheti, így a felismerése igen nehezített lehet. A sértett a műtétet követően az intenzív osztályra került, ahol pár napon belül keringési elégtelenség miatt elhalálozott. Az eljárás során megállapításra került, hogy a beteg halálát a bekövetkezett sérülések együttesen okozták. Az ügyben eljáró szakértők a műtét során orvosi szabályszegést nem véleményeztek, de a kellő körültekintés hiányát felvetették. Az intenzív osztályos kezeléssel kapcsolatban pedig diagnosztikus tévedés került megállapításra, mivel a beteg romló állapotának okaként nem merült fel a hashártyagyulladás lehetősége, de hozzátették, hogy a tüneteket jelentősen befolyásolta a sértett nyugtalansága miatt alkalmazott gyógyszeres terápia, ami a hashártyagyulladás jeleit valóban elfedhette. A sértett halála és a diagnosztikus téves között ok-okozati összefüggés nem volt megállapítható.

4. Bf.101/2009/6. számú határozatában a bíróság a bántalmazott sértett kórházi gyógykezelése során a bordatörések felismerésének elmaradását diagnosztikus tévedésként értékelte, amellyel kapcsolatban szakmai szabályszegésre, orvosi

⁵⁴³ B.225/2008/18

mulasztásra, gondatlanságra utaló egyértelmű adat nem merült fel, továbbá a téves diagnózis és a halál adott időpontban való beállta közötti okozati összefüggés sem volt bizonyítható.

A tényállás lényege szerint a vádlott és sértett általi italozás közben köztük szóváltás alakult ki, amelyet követően a terhelt a sértettet bántalmazta. Sértett másnap derékfájdalomra panaszkodott a hozzátartozóinak, akik csak a következő napon, a délutáni órákban kérték a házi orvos segítségét, hogy vizsgálja meg a sértettet otthonukban annak rossz állapota miatt. A családorvos a helyszíni vizsgálat során észlelte a beteg beszédzavarát és súlyos állapotát, ezért mentőt hívott, a sértett azonban a kórházba szállítást követő napon, a hajnali órákban életét veszítette. A halál oka a bántalmazásából eredő, bal oldali sorozat-bordatörés következtében kialakult légzési nehezítettség talaján kialakult tüdőgyulladás volt. A szakértői vizsgálat megállapította, hogy a bántalmazás során szenvedett sérülések szövődményeinek kialakulásában és a halál bekövetkeztében a sértett számos alapbetegsége és a késedelmes orvoshoz fordulás is részoki szereppel bírtak, hiszen a házi orvos vizsgálatakor a halálhoz vezető szövődmények már kialakultak. A sértett hospitalizációját követően az észlelt neurológiai és alkoholmegvonási tünetegyüttes miatt koponya MRI, a tüdő hallgatósági lelete - vélelmezhetően tüdőgyulladásra utaló zörejek - alapján mellkas röntgen vizsgálatok készültek, utóbbi a tört csontvégek el nem mozdulása miatt azonban nem mutatott ki bordatörést. Alkoholmegvonását kezelték, amellyel kapcsolatos tünetei javultak ugyan, tüdőgyulladása miatt oxigén terápiában részesítették és antibiotikumos kúrát is előkészítettek, de ennek alkalmazására a hirtelen bekövetkező keringés összeomlás okán beállt halál miatt már nem kerülhetett sor. A szakértői vélemény a házi orvosi vizsgálat során a sértettnél már fennálló beszédzavart a bordatörés miatti felületes légzés, majd tüdőgyulladás okán bekövetkezett oxigénhiányos agyi károsodás ideggyógyászati tüneteként értékelte, ezért csupán a bordatörés fel nem ismerése a halál adott időpillanatban való bekövetkeztével ok-okozati összefüggésbe nem volt hozható, hiszen a halál oka, azaz a tüdőgyulladás felismerésre került, az adekvát terápiára pedig előkészítésre került. A bordatörés fel nem ismerése során pedig szakmai szabályszegés nem történt.⁵⁴⁴

⁵⁴⁴ B.785/2008/32.

5. A Bhar.80/2011/6. számú ítéletével a bíróság felmentette a foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés vétsége miatt emelt vád alól és diagnosztikus tévedésnek minősítette azon cselekményt, amely során a vádlott orvos a beteget térdfájdalom miatt vizsgálta meg és panaszait mozgásszervi eredetűnek véleményezte, majd egy későbbi vizsgálat során a beteg mélyvénás trombózisa került megállapításra.

A tényállás lényege szerint a sértett a vizsgálatkor kizárólag a térdét fájlalta, amely a szakértői vélemények szerint megfelelehetett egy korábbi, már gyógyulóban lévő sérülés következményének is. A trombózisra utaló tünetek, azaz az egy centimétert meghaladó végtagduzzanat, bőrfeszesség, melegség, bőr kifényesedése nem voltak észlelhetők, továbbá a beteg öröklött véralvadási zavara, mint hajlamosító tényező sem állt fenn. Az ellátás egésze, azaz az anamnéziszfélével, a fizikális vizsgálat, a megállapított diagnózis és a javasolt terápia a vonatkozó szakmai szabályoknak megfelelően történt. Továbbá a műszeres, azaz ultrahang vizsgálat elmaradása sem alapozott meg foglalkozási szabályszeget, hiszen a vizsgálatkor a mélyvénás trombózis jellegzetes fizikai tünetei nem álltak fenn, ezért a tünetszegény kórlefolyás megtévesztő volta vezetett magához a diagnosztikus tévedéshez. A bíróság ezért ítéletében kimondta, hogy a vádlott a szakmai szabályoknak megfelelően járt el és a helytelen kórmegeállapítása csupán diagnosztikus tévedésének minősült, amely kapcsán foglalkozási szabályszeget nem volt megállapítható. Tehát az orvos terhére rótt bűncselekmény elkövetése nem bizonyítható, mivel egyrészt a bizonyítás eredményeként nem volt minden kétséget kizáróan megállapítható a kórelőzmények feltárásának elmulasztásában jelentkező szakmai szabályszeget, másrészt a téves diagnózis pedig a tünetszegény kórlefolyás megtévesztő volta miatt büntetőjogi felelősséget nem keletkeztető diagnosztikus tévedésnek minősült.⁵⁴⁵

6. A B.1725/2011/10. szám számú határozatában a bíróság megállapította, hogy a sértett kórházba szállítása után észlelésre és szakszerű ellátásra került mellkasi szúrt sérülése, hiszen a mellüregben lévő vérgyülemet eltávolították, a vérszegénység miatt pedig transfúzióban is részesítették. A kezelés ellenére, azt követően rövid időn belül azonban a sértett életét vesztette, a halál oka sérülésszerű és vérzéses sokk volt, amelyhez a boncolás szerint a mellkasba hatoló, tüdőt is sértő szúrás és a lépsérülés okozta vérvesztés vezetett.

⁵⁴⁵ Bhar.80/2011/6.

Ugyan a lépsérülés fel nem ismerése összefüggésbe volt hozható a sértett halálával, de az sem a terhel, sem a kezelőorvos terhére bizonyíthatóan nem volt róható, szakmai szabályszegés bizonyíthatóságának hiányában diagnosztikus tévedésként került értékelésre. A terhelt cselekményének eredménye, azaz maga a mellkasi sérülés önmagában is alkalmas volt arra, hogy elvezessen a halál bekövetkezéséhez.

A tényállás lényege szerint a vádlott italozást követően szóváltásba keveredett élettársával, a sértettel, mert az túl sokat dohányzott a lakásban, ezért hasára térdelve, konyhakéssel egy vagy két alkalommal bal mellkasfelén szúrta, majd tettének tudatosulását követően mentőt hívott, a sebre pedig egy papírsebkendőt nyomott. A beteget kórházba szállították, ahol észlelték a mellkasi szúrt sérülését, ennek megfelelően a mellüregben lévő vérgyülemet eltávolították, a vérszegénység miatt pedig transfúzióban részesítették, azonban a lépsérülés sem felismerésre és ezért ellátásra sem került. Következő napon gyors állapotrosszabbodást észleltek, amely vérvesztésre utalt, amit önmagában a mellkasi sérülés nem magyarázott. Az orvosi iratok között fellelhető volt 18 óra 31 perckor kiállított hasi ultrahangot kérő vizsgálati lap, amelyet 18 óra 50 perckor elő is jegyeztek, de elvégzésre csak 20 óra 43 perckor került sor, amely szerint a hasban közepes mennyiségű szabad hasi folyadék látszott, továbbá a lép egyenetlen szerkezetet mutatott és körülötte folyadék volt észlelhető, amely alapján az a vélemény fogalmazódott meg, hogy „nem zárható ki a lépsérülés”. Azzal kapcsolatban azonban nem állt rendelkezésre adat, hogy a lelet a vizsgálatot kérő orvos vagy osztály felé közlésre került-e, hiszen azt később sem az ápolási lapra, sem a haláleseti összefoglalóra nem vezették fel, de a kórösszefoglalásban sem tüntették fel. Összességében megállapítható volt, hogy a kezelőorvos még az állapotrosszabbodás előtt kétségtelenül felvetette a hasúri vérzés lehetőségét és ezirányba hasi ultrahang vizsgálatot is kért, azon körülményt pedig, hogy a vizsgálatot nem sürgős jelzéssel kérte magyarázza, hogy a kérés időpontjában még nem alakult ki a súlyos, sokkos állapot. Annak indokára azonban nem derült fény, hogy a vizsgálat végül miért csak két órával a kérést követően került elvégzésre, de felmerülhetett egyéb, sürgős vizsgálat elvégzése miatti késedelem is. A kérő osztály a lépsérülés igazolt tényéről nem értesült, mivel bizonyíthatóan a vizsgálat eredményét velük nem közölték. A hasi ultrahang vizsgálatot követően a sértett állapota annak ellenére, hogy addig vér és folyadékpótlásban részesítették és a megfelelő gyógyszeres kezelést is elvégezték fokozatosan és visszafordíthatatlanul romlott, majd 23 óra 05 perckor életét veszítette. Abban az esetben, ha a hasi ultrahang vizsgálat

eredményét azonnal közölték volna, úgy megkísérelhető lett volna a hasi műtét elvégzése és a vérzésforrás felkutatása, annak megszüntetése. Azonban a sértett állapota alapján, továbbá a vizsgálat és halál közötti körülbelül két órás időintervallumra tekintettel nem állapítható biztosan, hogy a halálos következmény feltétlenül elhárítható lett volna, hiszen a rossz általános állapotra tekintettel a túlélésre még műtét esetén is csak csekély esély állhatott fenn. A késve végzett ultrahang vizsgálat akkor tekinthető mulasztásnak, ha annak elvégzését másik sürgős vizsgálat nem akadályozta meg, hiszen egy radiológus egyszerre két vizsgálat elvégzésére nem képes, ezért a sértett még stabilnak tekinthető állapotában kért, nem sürgős vizsgálatot szabályszerűen előzhette meg másik, sürgős jelzéssel kért vizsgálat. Továbbá nem volt bizonyítható, hogy a lépsérülés lehetőségét megállapító lelet közlésre került-e az azt kérő orvossal vagy sem. A diagnosztikus tévedésben szerepet játszhatott továbbá, hogy a beteg hasi panaszokat nem említett, arra utaló külsérelmi nyom vagy a rekeszen áthatoló szúrt sérülés nem volt észlelhető. A lépsérülés okát maguk az eljáró szakértők sem tudták megállapítani. A lépsérülés keletkezésének sem módja, sem ideje nem volt meghatározható továbbá mellkasi szúrt sebeit, és az annak következtében kialakult vérzést ellátták, hasi sérülés lehetősége miatt pedig hasi ultrahang vizsgálatot kértek. Összességében a lépsérülés kezelőorvos általi fel nem ismerése bizonyíthatóság hiányában diagnosztikus tévedésként került értékelésre.⁵⁴⁶

7. A Bhar.III.215/2023/6. számú ítéletében a bíróság a diagnosztikus tévedéssel kapcsolatos korábbi, a BH1996.182. számú határozatban megfogalmazott álláspontját megerősítette, hiszen kimondta, hogy diagnosztikus tévedésnek minősül, ha a terheltek nem értékelték megfelelően a sértett aktuális állapotát és annak változását, ezért kezelése során nem megfelelő dózisú gyógyszert alkalmaztak. Az ügy kapcsán ismét rávilágított a bíróság, hogy *„a diagnosztikus tévedés esetén csak akkor állapítható meg az orvos büntetőjogi felelőssége, ha a tévedés egyben foglalkozási szabályszegésnek is tekintendő, mert sérti az orvosi tevékenységre irányadó objektív gondossági kötelezettséget (BH1996.182.).”* Az ügyvel kapcsolatban született marasztaló ítélet az elsőrendű vádlott bűnösségét foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés vétsége miatt állapította meg és egy év próbára bocsátotta, gyógyszertúladagolással kapcsolatos cselekményét foglalkozási szabályszegés körében értékelte. A másodrendű vádlott mulasztását, amiért

⁵⁴⁶ B.1725/2011/10.

nem tartott vizitet és a sértettet nem vizsgálata meg, a bíróság foglalkozási szabályszegés körében értékelte és foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés vétsége miatt próbára bocsátotta. A harmad és negyedrendű terhelteket a bíróság felmentette a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés vétsége miatt emelt vád alól, akik a beteg állapotának rosszabbodását nem észlelték, ezért gyógyszerelését sem változtatták, foglalkozási szabályszegés hiányában mulasztásukat a bíróság diagnosztikus tévedésnek minősítették.

A tényállás lényege szerint a néhai sértett idők otthonában élt, krónikus betegségei miatt állandó gondozásra és ápolásra szorult, köztük pszichiátriai kezelésre is. Kezelőorvosa korábban is és a tényállás szempontjából releváns időben is az elsőrendű vádlott volt. A pszichiátriai osztályra történő felvételére 2017. május 9. napján került sor, amelyet megelőzően a szociális otthon összekészítette korábbi orvosi dokumentációit, gyógyszerlistáját, utóbbi részletesen tartalmazta a gyógyszerek dózisait és adagolásukat is. Ezen dokumentumok között volt fellelhető az immunológiai osztály által kiállított kezelőlap is, amelyen szerepelt az ott javasolt Trexan nevű gyógyszer adagolása, ami szerint azt heti egy alkalommal, pénteken 3x5 mg mennyiségben kellett a betegnek szednie, a hét többi napján pedig folsavat. Az otthonból érkező gyógyszerelési lapon is ezzel megegyező dozírozás szerepelt. Az elsőrendű vádlott a beteg kórlapjára felvezette annak autoimmun betegségeit, de a Trexan adagolását hétszeres dózisban, azaz naponta 3x5 mg mennyiségben tüntette fel, ezért annak adagolására a felvételét követő reggeltől ennek megfelelően került sor. Elsőrendű vádlott a beteg kezelését május 9. és 12. napjai között látta el, majd szabadságát töltötte, ezért május 13. napjától a kezelőorvosi feladatokat az Eütv. 127. § (1) bekezdés a) pontja szerinti szakmai felettese, a pszichiátriai osztály osztályvezető főorvosa, azaz másodrendű vádlott, ügyeleti időben pedig harmad és negyedrendű vádlottak, mint ügyeletet teljesítő szakorvosok látták el. Május 15. és 16. napjain sértettet az osztályon dolgozó rezidens egyedül vizsgálta meg. Sértett állapota május 11. napjától romló tendenciát mutatott, ezért áthelyezték a figyelő részlegre. Állapota a gyógyszertúladagolás következtében folyamatosan hanyatlott, szájában, szája körül és nyelvén, végtagjain hólyagos kiütések jelentkeztek, amelyek miatt nyelni is alig tudott. Végül általános állapota olyan mértékben leromlott, hogy május 16. napjára önellátásra képtelen, súlyosan elesett állapotba került, amit jeleztek másodrendű vádlottnak, aki a beteg vizsgálatát követően a Sürgősségi osztályra utalta. Utóbbin észlelték a sértett veseműködésének súlyos fokú károsodását, gyulladással értékeinek emelkedését és fehérvérsejt hiányos állapotát, amelyek mögött Trexan túladagolást

véleményeztek és a beteget hematológiai osztályra helyezték. Kezelése során vesefunkciós értékei, fehérvérsejt száma rendeződött, azaz a mérgezés és annak következményei megszűntek, azonban a sértett köhögni kezdett, amely okán az elkészült mellkasröntgen folyadékot írt le, valamint gyulladási értékei az alkalmazott antibiotikum terápia ellenére ismét emelkedtek. A kezelés ellenére a sértett május 24. napján végül elhalálozott. A bíróság az eljárás során megállapította, hogy az elsőrendű vádlott a Trexan nevű gyógyszert súlyosan túladagolta, mivel azt nem megfelelő dózisban rendelte el, azaz szakmai hibát vétett, amellyel a sértett életét, testi épségét és egészségét közvetlen veszélynek tette ki. Továbbá foglalkozási szabályszegésnek minősült az is, hogy nem élt az Eütv 129. § (3) a) és b) pontjai szerinti jogával, amely szerint jogosult lett volna más orvost vagy egészségügyi közreműködőt felkérni a beteg gyógykezelésében való közreműködésre, konzíliumot kérni. Másodrendű vádlott azon magatartásával, hogy nem tartott vizitet, beteget - az SBO-ra utalást megelőzően - nem vizsgálta meg, megszegte a pszichiátriai osztály működési rendjében foglalt kötelezettségét, amely mulasztás okán nem észlelhette a sértett állapotromlását és ezért nem is tudta felülvizsgálni az elsőrendű vádlott által túladagolt gyógyszerelést. Továbbá megsértette a beosztott rezidens orvos felügyeletére és a dokumentációk ellenőrzésére vonatkozó foglalkozási szabályokat is. Megállapításra került, hogy abban az esetben, ha időben a helyes dózissal módosították volna a sértett gyógyszerét, úgy túlélési esélyei ugyan növekedtek volna, de teljes bizonyossággal nem volt megállapítható, hogy ezáltal életben is maradt volna. Az ügyeleti időben vizitet tartó harmad és negyedrendű vádlottak a sértettet ugyan megvizsgálták, de intézkedést szükségessé tevő állapotrosszabbodást nem észleltek, ezt azonban az ápoló személyzet sem jelezte számukra, ezért a gyógyszerelésen sem változtattak. A bíróság cselekményükkel kapcsolatban megállapította, hogy a sértett állapotrosszabbodásával kapcsolatos észlelés elmulasztása olyan diagnosztikus tévedésként értékelhető, amely nem minősül foglalkozási szabályszegésnek. Összességében tehát nem volt megállapítható harmad és negyedrendű vádlottak részéről olyan foglalkozási szabályszegés, orvosi mulasztás, amely a sértett életének, testi épségének, illetve az egészségének a közvetlen veszélyeztetésével, illetve a bekövetkezett halálos eredménnyel okozati összefüggésben állt volna. Ezzel lényegében a bíróság megerősítette a korábbi gyakorlatot, amely szerint *„a diagnosztikus tévedés esetén azonban csak akkor állapítható meg az orvos büntetőjogi felelőssége, ha a tévedés egyben foglalkozási szabályszegésnek is tekintendő, mert sérti az orvosi tevékenységre irányadó objektív gondossági kötelezettséget (BHI 1996. 182.)”* A hematológiai osztályon

a sértett kezelése során a gyógyszeradagolás következtében kialakult tüneteket felszámolták, így az eleve számos alapbetegséggel terhelt sértettet ért gyógyszeradagolást a bíróság állapotrontó tényezőnek, nem pedig halál okaként értékelte, utóbbit a szakértők véleménye szerint ugyanis magasvérnyomás betegség és ischaemiás szívbetegéét következtében kialakult szívelégtelenség okozta. Mivel a gyógyszermérgezés és annak következményei felszámolásra kerültek, ezért a szakmai szabályszegés és a bekövetkezett halál között ok-okozati kapcsolat nem volt megállapítható.⁵⁴⁷

VI. A TÁRSADALOMRA VESZÉLYESSÉGET KIZÁRÓ OKOK ÉS A GYÓGYÍTÓ TEVÉKENYSÉG

VI.1. Történeti előzmények

A második világháborút megelőzően a hazai büntetőjog a büntetendő cselekmény jogszabálysértő mivoltát meghatározó formális kellékeként a jogellenesség fogalmát használta, ezáltal azonban megválaszolatlanul hagyta azon kérdést, hogy a jogalkotó mely okokra és körülményekre tekintettel pönalizált egy adott magatartást.⁵⁴⁸ Az természetesen nem hagyható figyelmen kívül, hogy a jogellenesség, mint fogalom alkalmazása egyben jogállami garanciát is jelent(ett), hiszen a nullum crimen sine lege elvét erősítette, azonban a bűncselekménnyé minősítés lényegével és annak társadalmi-erkölcsi tartalmával kapcsolatban érdemi információt nem szolgáltatott.⁵⁴⁹ A büntető törvénykönyv általános részéről szóló 1950. évi II. törvény – szocialista mintát alkalmazva – a bűncselekmény fogalmi kritériumává tette a társadalomra veszélyesség definícióját, hiszen a jogalkotó az adott magatartás bűncselekménnyé való minősítését annak társadalomra veszélyességéhez kötötte.⁵⁵⁰ Ezen megoldás eredete az 1926. évi szovjet büntetőkódexre vezethető vissza, ahol alkalmazásának oka a nullum crimen sine lege elv fölé helyezése volt, hiszen ezáltal lehetőség keletkezett egy adott cselekmény

⁵⁴⁷ Bhar.215/2023/6.

⁵⁴⁸ BELOVICS Ervin: *A jogellenesség és a társadalomra veszélyesség konfliktusa*, Iustum Aequum Salutare 2007. 3, 31.

⁵⁴⁹ SZEMÁN Ádám: *Társadalomra veszélyesség megjelenése, alakulása és fogadtatása a magyar büntető törvényekben*, Debreceni Jogi Műhely 2022. 1-2, 108.

⁵⁵⁰ BELOVICS [2007] *i.m.* 31.

törvényi tényállás hiányában való bűncselekménnyé minősítésére is.⁵⁵¹ Korabeli fogalom meghatározást idézve „*a társadalomra veszélyesség tehát egy cselekménynek az a jellemvonása, hogy egy társadalmi jellegű érdeket a társadalomra nézve károsan érint és ezáltal a társadalmi létet hátrányosan befolyásolja.*”⁵⁵² Wiener véleménye szerint a pönalizált cselekmények társadalomra veszélyességét azon körülmény szolgáltatja, hogy azok a társadalom számára fontos életviszonyokat és érdekeket sértenek vagy veszélyeztetnek.⁵⁵³ Összességében megállapítható, hogy a társadalomra veszélyesség a materiális értelemben vett bűncselekmény fogalmi elemeként jelent meg a szocialista büntetőjogban.⁵⁵⁴

VI.2. A társadalomra veszélyesség a hatályos büntetőjogban

A hatályos Büntető Törvénykönyv a 2012. évi C. törvény 4. § (2) tartalmazza a társadalomra veszélyesség fogalmát, amely a következőképpen rendelkezik: „*Társadalomra veszélyes cselekmény az a tevékenység vagy mulasztás, amely mások személyét vagy jogait, illetve Magyarország Alaptörvény szerinti társadalmi, gazdasági, állami rendjét sérti vagy veszélyezteti.*”

A fogalom annyiban változott a korábbi, 1978. évi IV. törvényhez képest, hogy a sértett jogi tárgyak kategóriáinak sorrendje felcserélődött, hiszen először az egyéni jogok, majd Magyarország Alaptörvény szerinti rendjének sérelme, illetve veszélyeztetése került meghatározásra. Ezen változás elméleti pontosításnak tekinthető, hiszen a korábbi büntetőtörvénykönyvtől eltérően a társadalmi rend került a felsorolás élére, amely a kommentár szerint a fejlődés kronológiai pontosítása csupán. Továbbá az új törvényben a büntetőjogi oltalom elvont tárgyai már nem felsorolásként szerepelnek, hanem az Alaptörvény szerinti rend került meghatározásra.⁵⁵⁵ Összességében a társadalomra veszélyesség, mint a bűncselekmény fogalmi eleme kapcsán megállapítható, hogy az

⁵⁵¹ PALLAGI Anikó - IRK Ferenc: *A társadalomra veszélyesség és az ultima ratio elvének viszonyáról*, Jogtudományi Közlöny 2016. 11, 548.

⁵⁵² BÉNYEY Zoltán: *A társadalomra veszélyesség fogalma és szabályozása de lege ferenda*, Jogtudományi Közlöny 1955. 11, 650.

⁵⁵³ WIENER A. Imre: *A társadalomra veszélyességet kizáró körülmények a szocialista büntetőjogban*, Állam- és jogtudomány 1980. 1, 62.

⁵⁵⁴ BÉNYEY *i.m.* 653.

⁵⁵⁵ KÓNYA István (szerk.): *Magyar Büntetőjog I-IV. - új Btk. - Kommentár a gyakorlat számára*, ORAC Kiadó, Budapest, 2023.

jelentős hatással bír a jogalkalmazásra, hiszen a bíróságok számára alakító szerepet biztosít azáltal, hogy egyedi ügyek esetén szükséges a kérdéses cselekmény társadalomra veszélyességének bizonyítása, hiányában pedig lehetőség adódik felmentő ítélet meghozatalára a cselekmény büntetendőségének esetén is.⁵⁵⁶

VI.3. A társadalomra veszélyességet kizáró körülmények

A büntetőjog tudománya a társadalomra veszélyesség definiálása mellett természetesen felismerte, hogy előfordulhatnak olyan körülmények, amelyek még akkor is a büntetőjogi felelősségre vonás ellen szólnak, ha látszólag diszpozíciószerűek és akár még a káros következmény is bekövetkezik. *Wiener* szerint ugyanis „nem lenne helyes testi sértésért megbüntetni az orvost, aki a foglalkozási szabályait betartva az egyik ember egészséges testrészétől megfosztja azért, hogy egy másik életét megmentse..”, tehát a károsnak tűnő tevékenység egy társadalomra hasznos cél érdekében, vagy arra törekedve történik.⁵⁵⁷ A társadalomra veszélyesség hiányát *Dezső* véleménye szerint vagy a sértett, azaz a beteg beleegyezése vagy jogszabály által megfogalmazott sürgős szükség elhárítása, mint az orvos gyógykezelési kötelezettsége szolgáltatja, utóbbit, mint a beteg közvetlen életveszélyes állapotának elhárítására irányuló parancs adja.⁵⁵⁸

A társadalomra veszélyességet kizáró körülményeket, mint büntethetőséget érintő okokat a Büntető Törvénykönyv csak részben tartalmazza, ezek a jogos védelem, a végszükség, a jogszabály engedélye, vagy a törvényben meghatározott egyéb okok.⁵⁵⁹

⁵⁵⁶ SZEMÁN *i.m.* 117.

⁵⁵⁷ WIENER [1980] *i.m.* 62.

⁵⁵⁸ LÉVAY *i.m.* 741.

⁵⁵⁹ 2012. évi C. tv. 15. §.

VI.3.1. Az orvosi tevékenység és a megengedett kockázat

VI.3.1.1. Problémafelvetés

A gyógyító tevékenységgel kapcsolatos büntetőjogi kérdések már a XX. század derekán a jogtudomány érdeklődési körébe kerültek, hiszen először *Schächter Miksa* írt tanulmányt az orvosi beavatkozás jogáról és az orvos felelősségéről,⁵⁶⁰ majd *Finkey Ferenc* a testi sértésbe való beleegyezés kapcsán foglalkozott⁵⁶¹ az orvosi beavatkozás büntetőjogi vonatkozásaival. *Finkey* az egészségügyi beavatkozásokkal kapcsolatban a sértett beleegyezését, mint jogellenességet kizáró okot elvetette, véleménye szerint ugyanis a *volenti non fit injuria* elve csak abban az egy esetben érvényesülhet, ha a beteg saját kérésére megvalósított testi sértést egy laikus végzi gyógyítási céllal.⁵⁶² Álláspontja szerint ugyanis az egészségügyi beavatkozásokkal kapcsolatban az orvos az általa látszólag megvalósított testi sértés, illetve az egészségveszélyeztetés alól azon okból mentesülhet, ha a tevékenységét szabályszerűen végezte.⁵⁶³ Véleményét a német büntetőjog tudományban kialakult két nézőpontra alapította, amely a sértett beleegyezését azért nem tartotta szükségesnek, mert a gyógyító célból végzett orvosi tevékenység megengedett, tehát eleve nem tiltott a megvalósult testi sértés, vagy nem tekinthető testi sértésnek az orvosi beavatkozás, mivel hiányzik annak a bántalmazási szándéka.⁵⁶⁴ *Kassai* és *Szőke* pedig nyilvánvalónak tartották, hogy maga a gyógyító célzat zárja ki az orvosi cselekmények jogellenességét és *Angyal Pál* álláspontját megerősítve helytelennek minősítették azon felfogást, amely az orvos mentességét a beteg beleegyezésére alapította. Az ellentétes nézőpontok kialakulásának okaként a jogszabályi háttér azon hiátusát tartották, miszerint az orvosi tevékenység büntetlenségét törvény nem tartalmazta. A korabeli bírói gyakorlat pedig a végszükségben cselekvés, mint büntethetőséget kizáró okot alkalmazta a beteg életét mentő, látszólag testi sértést megvalósító orvosi beavatkozásokkal kapcsolatban.⁵⁶⁵

⁵⁶⁰ lásd: SCHÄCHTER Miksa: Az orvosi beavatkozás jogáról és az orvos felelősségéről, Magyar Jogászegyleti Értekezések, Budapest, 1902. 24.

⁵⁶¹ lásd még: FINKEY Ferenc: *Orvosi beavatkozás és a testi sértés*, Büntető Jog Tára. Budapest. 1905. 25.

⁵⁶² FINKEY Ferenc: *Testi sértés és a „volenti non fit injuria*, Büntető Jog Tára 1905. 14, 212.

⁵⁶³ FINKEY [1905] 14, *i.m.* 213.

⁵⁶⁴ FINKEY [1905] 14, *i.m.* 211.

⁵⁶⁵ KASSAI *i.m.* 115-116.

A büntetőjog tudományában tehát vita tárgyát képezte, hogy az orvos lege artis végzett gyógyító tevékenységét a kockázatvállalás, a végszükség, a sértett beleegyezése, vagy a foglalkozás szabályszerű gyakorlása alapján kell-e értékelni. Közismert ugyanis, hogy az orvosi beavatkozások egy része kockázattal, mellékhatásokkal járhat együtt, amelyek az indokolt kockázatvállalás lehetőségét alapozza meg, míg a tájékozott beleegyezés a sértett beleegyezését veti fel, addig az életveszély elhárítására törekvő orvos cselekménye pedig megfelelhet a végszükség intézményének is. A más-más oldalról való megközelítést magyarázza, hogy a beavatkozás veszélyességét a kockázatvállalással, az életveszély elhárítását a végszükséggel, a beteg akaratának figyelembevételét pedig a sértett beleegyezésével lehet magyarázni.⁵⁶⁶

VI.3.1.2. *A kockázat fogalma*

A kockázat az élővilág megjelenésével egyidős, hiszen közismert, hogy már az ősember egyik lehetséges élelemszerzési módja, a vad elejtése is veszélyes, akár halálos tevékenységnek számított.⁵⁶⁷ A modernizáció, azaz az ipari forradalmak okán végbement robbanásszerű fejlődés pedig nemcsak az emberi társadalom számára előnyös technikai vívmányok megjelenését jelentette, hanem magával hozta - a hasznos célok elérésére alkalmazott eljárásokkal együtt – a potenciális veszélyforrások fokozott jelenlétét is.⁵⁶⁸ Például az orvostudomány terén a XIX. század végén felfedezett narkózis nélkül nem jöhetett volna létre a modern, addig kezelhetetlen betegségekre megoldást jelentő sebészet,⁵⁶⁹ azonban nemcsak a sebészeti kockázatok, hanem az anesztézia, mint új szakág káros, akár halálos veszélyei is megjelentek.⁵⁷⁰

A magyar nyelv értelmező szótára szerint kockázat szó, mint főnév valamely cselekvéssel, vállalkozással járó veszély, kár, baj, kellemetlenség lehetőségét jelenti, például „*kockázatnak teszi ki magát, vállalja a kockázatot vagy a rajtaiütés azzal a*

⁵⁶⁶ WIENER [1980] *i.m.* 74.

⁵⁶⁷ IRK Ferenc: *A rizikó és a gondatlan bűncselekmények*, Jogtudományi Közlöny 1980. 3, 180.

⁵⁶⁸ WIENER A. Imre: *Kockázat és bűnösség*, Állam és jogtudomány 1972. 1, 91.

⁵⁶⁹ GAÁL *i.m.* 7.

⁵⁷⁰ BUDVÁRI Róbert - HORVÁTH Dezső: *A modern anaesthesiologia kockázatai*, Orvosi Hetilap 1964. 40, 118.

kockázattal jár, hogy mindnyájan ott vesznek".⁵⁷¹ A kockázat szinonimájaként ismert rizikó szó eredete a latin *risicare* vagy görög rhiza kifejezésekből származik, amelyeket az ókorban a szirtek körül hajózására, mint potenciálisan veszélyes tevékenységre használtak,⁵⁷² amely ezáltal egy káros eredmény lehetséges bekövetkezését magába foglaló cselekményt jelent. Tehát maga a kockázat olyan helyzetek kapcsán merülhet fel, amelyek kimeneteleként a kívánt eredmény mellett – vagy helyett – megjelenhet egy nemcsak kedvezőtlen, hanem károsító következmény is, mint alternatív következmény.⁵⁷³

A kockázat fogalmának jogtudományi vonatkozású meghatározása már kevésbé problémamentes feladat, hiszen például *Irk* egyenesen elválasztja a köznyelvben kockázat következményeként vagy akár szinonimájaként is használt veszély fogalmakat egymástól, véleménye szerint ugyanis a kockázat nem csupán a veszély lehetőséget jelenti, álláspontja szerint a két fogalom közt lényegi különbség áll fenn, amelyet azzal magyaráz, hogy míg a kockázat általában elméleti síkon jelentkezik, addig a veszély gyakorlati tartalmú, valós fenyegetettséget jelent.⁵⁷⁴ A stádiumbeli elhatárolást jól szemlélteti az egyes jogtudósok meghatározása, például *Székely* veszély alatt „*még nem eredmény, csupán lehetősége, valószínűsége annak*”⁵⁷⁵ *Angyal* szerint pedig „*veszély alatt valamely hátrány bekövetkezésének közeli lehetőségét, valószínűségét értjük*”, míg *Auer* nézete szerint „*a veszély személyek, vagy dolgok megsérülésének közeli lehetőségét jelenti, tekintet nélkül arra, hogy ez kellő elővigyázatosság mellett kiküszöbölhetőnek tekintendő, vagy az adott esetben tényleg is hátrított*”.⁵⁷⁶ Szükségszerű azonban, hogy bármely veszélyhelyzetet egy olyan előzmény indítson meg, amelyet általában egy kockázatvállalás szolgáltat, utóbbi egy olyan elhatározás eredményeként jelenik meg, amit a döntéshozó magára a kockázatra építve tesz meg. Ezen cselekménysort *Erdősy* négy fázisra osztotta fel, amely szerint az első a kockázatot vállaló személyben létrejövő célkitűzéssel veszi kezdetét, hiszen az alanyban végbemenő döntésnek egy általa elérendő eredményre kell, hogy irányuljon, amelynek előfeltétele az elérendő kívánatos cél és ahhoz szükséges út, például egy betegség gyógykezelésének az adott személy általi pontos ismerete. Természetesen a megfelelő ismeret részét képezi a nem kívánatos, káros

⁵⁷¹ <https://www.arcanum.com/hu/online-kiadvanyok/Lexikonok-a-magyar-nyelv-ertelmezo-szotara-1BE8B/k-359B8/kockazat-1-379DB/> (2024. április 20-i letöltés).

⁵⁷² *IRK i.m.* 178.

⁵⁷³ *SÓTONYI Péter i.m.* 204.

⁵⁷⁴ *IRK i.m.* 178.

⁵⁷⁵ *SZÉKELY János i.m.* 152.

⁵⁷⁶ *SZÉKELY János i.m.* 149.

eredményekre kiterjedő tudás is, amely ismerete vezeti el a döntéshozót a benne létrejövő belső konfliktus kialakulásához.⁵⁷⁷ *Irk* véleménye lényegében ezzel megegyezik, hiszen álláspontja szerint a kockázat elengedhetetlen felételtét képezi a döntéshozóban történő cselekvés veszélyességének a felismerése, vagy legalább annak a lehetősége.⁵⁷⁸ A második állomás a mérlegelés fázisa, amely során a döntéshozó a rendelkezésére álló ismeretei és tudása alapján számításba veszi a cselekmény valamennyi lehetséges kimenetelét és az arányosítási művelet során a kívánt és nemkívánt lehetőségek valószínűségi fokait egymással szembe állítva győződik meg a várható kedvező eredmény és lehetséges károsodás mértékéről. A harmadik fázisban a mérlegelés eredményeként kitűzött cél megvalósítása okán születik meg az elhatározás az adott magatartásra, amely az eredmény elérése érdekében egyben az ahhoz vezető út elfogadását is jelenti. Majd végül a végrehajtás során a kiválasztott cselekmény megvalósítása következik, amely *Erdősy* véleménye szerint⁵⁷⁹ mindig egy tudatos döntés, tehát pszichológiai értelemben szándékos magatartás eredménye kell, hogy legyen.⁵⁸⁰ A kockázatvállalás tehát egy olyan szituációt jelent, amelyben a döntéshozó vállalja az elérendő hasznos cél érdekében, hogy magatartásának következtében akár káros, nemkívánt eredményei is adódhatnak.⁵⁸¹

VI.3.1.3. *A veszély fogalma*

A veszély fogalma a büntetőjog szempontjából meghatározó szereppel bír, hiszen egyrészt a társadalomra veszélyesség kapcsán lényegében valamennyi bűncselekmény fogalmi elemét képezi,⁵⁸² másrészt a büntető törvénykönyv különös részi tényállásaiban is megjelenik.

A magyar nyelv értelmező szótára szerint a veszély szó, mint főnév azt a helyzetet, állapotot vagy lehetőséget jelenti, amely kárral, bajjal, romlással vagy elvesztéssel fenyeget valakit vagy valamit, továbbá véletlen kárból származó anyagi hátrányt is

⁵⁷⁷ ERDŐSY [1988] *i.m.* 24-28.

⁵⁷⁸ IRK *i.m.* 180.

⁵⁷⁹ „a szándék, mint a nehézségekbe ütköző cselekvés vagy cselekvéstől való tartózkodás belső előkészítése működik.”

⁵⁸⁰ ERDŐSY [1988] *i.m.* 24-28.

⁵⁸¹ SÓTONYI Péter *i.m.* 204.

⁵⁸² BÉRCES Viktor: *A veszély büntetőjogi fogalmának megjelenési formáiról*, *Glossa Iuridica* 2017. 1-2, 16.

jelenthet.⁵⁸³ Büntetőjogi szempontból történő veszély fogalom meghatározása már nem problémamentes feladat, amelyet jól személtet, hogy azzal kapcsolatban számos definíció született.

A veszély alatt *Angyal* egy hátrány közeli lehetőségének a bekövetkezését, lehetőségét, míg *Auer* személyek vagy dolgok megsérülésének közeli lehetőségét értette. *Székelly* mindkét álláspontban közösnek tartotta, hogy a hátrány lehetőségének közelsége nem időbeliséget jelent, hiszen a közeli kapcsolatnak nem az elkövetési cselekményhez, hanem a létrehozott helyzet és sértett találkozása között kell fennállnia. Példaként a szakszerűtlenül fedett gödör estét szemléltette, ahol a közelség nem abban áll, hogy mennyi idő eltelté után lép rá valaki az instabil fedélre, hanem maga a mozdulatot követő közvetlen sérülés fogja az időbeli kapcsolatot megteremteni.⁵⁸⁴

Pintér a veszélyt a következőképpen definiálta: „*a veszély bűnös emberi magatartás folytán keletkező olyan állapot, amely a benne rejlő viszonylagos nyugalmi állapotban vagy mozgásban levő objektív tényezőkön keresztül valamely jog által védett érdek sérelmével fenyeget. A veszélyhelyzet a sérelem kisebb vagy nagyobb valószínűségét jelenti.*”⁵⁸⁵

Viski definíciója szerint a veszélyhelyzet objektíve olyan szituáció, amely az események káros irányú, sérelem bekövetkezésének irányába ható tovább fejlődési lehetőségét magában hordja, szubjektíve pedig lényegében maga az emberi ítélet ezen szituáció felett.⁵⁸⁶

Sauer a veszélyeztető bűncselekmények kapcsán osztotta fel azokat konkrét és absztrakt csoportokra.⁵⁸⁷ Közvetlen, azaz konkrét egy veszélyhelyzet, ha térben és időben, adott személyekre nézve úgy jelenik meg, hogy annak következtében fennáll a sérelem bekövetkezésének azonnali reális lehetősége, míg közvetett, azaz absztrakt, ha a sérelem bekövetkezésének a lehetősége csupán valószínű, de nem szükségszerű.⁵⁸⁸

⁵⁸³ <https://www.arcanum.com/hu/online-kiadvanyok/Lexikonok-a-magyar-nyelv-ertelmezo-szotara-1BE8B/v-51E41/veszely-538C7/?list=eyJmaWx0ZXJzJjogeyJNVSI6IFsiTkZPX0xFWF9MZXhpa29ub2tfMUJFOEliXX0sICJxdWVyeSI6ICJ2ZXN6XHUwMGU5bHkifQ> (2024. április 22-i letöltés).

⁵⁸⁴ SZÉKELY János *i.m.* 149.

⁵⁸⁵ BÉRCES GI [2017] *i.m.* 16.

⁵⁸⁶ VISKI László: *A veszélyeztetés mint materiális bűncselekmény*, Állam és Jogtudomány 1968. 1, 58.

⁵⁸⁷ SZÉKELY János *i.m.* 149.

⁵⁸⁸ BÉRCES GI [2017] *i.m.* 16.-17.

A kockázatos cselekmények tehát egyfajta bizonytalanságot is teremtenek, hiszen természetes, hogy az eredmény sikeres és sikertelen is lehet, előbbi során ugyanis bekövetkezik a várt, hasznos eredmény, míg utóbbi esetén beáll a káros, nem kívánt lehetőség, a kettőesség esélye szolgáltatja magát a helyzet relatív bizonytalanságát,⁵⁸⁹ orvosi vonatkozásban a sikertelen kockázat, mint a káros eredmény bekövetkeztének lehetősége a kezelési kockázatként jelenik meg.

VI.3.1.4. A kockázat megengedettsége általában

Vitathatatlan tény, hogy a társadalmak fejlődésének alapját az új megoldások képezik, azonban kidolgozásuk során – ismeretlenségükből eredően – általában káresemény bekövetkezésének a kockázata is fennáll, amit azonban az elérendő hasznos cél érdekében a társadalomnak szükségszerűen vállalnia kell.⁵⁹⁰ Általánosan elfogadott nézet, hogy a haladás lehetőségét magában viselő új tevékenység az emberiség számára egyben kockázati helyzetet is szolgáltat, amely akkor lehet elfogadott, ha az képes szembeszállni magával a benne rejlő veszéllyel is.⁵⁹¹ Az ilyen magatartásnak általában ésszerűnek és a társadalmi haladás érdekeit szolgálva egy előnyös cél érdekében végrehajtottnak kell lennie.⁵⁹² Összességében az adott veszélyhelyzetből származó potenciálisan káros eredmény csakis akkor lehet megengedett, ha az a társadalom tekintetében hasznos célra való – például annak fennmaradására irányuló⁵⁹³ - törekvés során keletkezik, továbbá a káros következmény nagyságának annak bekövetkezési valószínűségével és az elérendő praktikus céllal fordított arányosságban kell állnia. *Wiener* ezen arányosítási műveletet a jogos védelem és végszükség megállapítása során alkalmazottakhoz hasonlította – azonban többletként állította a valószínűség vizsgálatának szükségességét. Tehát minél pozitívabb tartalommal bír a célkitűzés a társadalom számára, annál nagyobb arányban lehet tolerálni a káros következmény mértékét, de minél nagyobb a kár nagysága, annál kisebb mértékben engedhető meg annak bekövetkezése, azaz valószínűsége.⁵⁹⁴ A kockázatvállalást általában megelőzi egy döntési helyzet, amely során *Klebelsberg*

⁵⁸⁹ DESZŐ *i.m.* 230.

⁵⁹⁰ WIENER [1980] *i.m.* 72.

⁵⁹¹ SZÉKELY János *i.m.* 149.

⁵⁹² ERDŐSY [1988] *i.m.* 92.

⁵⁹³ SÓTONYI Péter *i.m.* 204.

⁵⁹⁴ WIENER [1972] *i.m.* 94-95.

rizikóelmélete szerint a döntéshozó háromféle választási lehetőséggel bír, hiszen míg a teljesítménytendencia szerint kockázatot vállalhat, addig a biztonsági tendencia szerint a veszélytelen megoldás mellett is dönthet, vagy akár le is mondhat a céljáról.⁵⁹⁵

Egy kockázat megengedettségét *Irk* véleménye szerint például az indokolhatja, ha az egy olyan tevékenység során keletkezik, ahol a tévedés lehetőségét a döntési idő rövidege szolgáltatja, - pl. orvosi beavatkozás komplexitása - hiszen az ésszerű kockázatot vállaló személynek nem a károkozás a célja, hanem éppen annak ellenkezője, ezért tehát a kockázatvállalásnak is megengedettnek kell lennie.⁵⁹⁶

VI.3.1.5. Az orvosi tevékenység kockázata

Az orvostudomány célja a beteg életének, egészségének gyógyítása mellett annak megóvása, azaz a megelőzés is.⁵⁹⁷ Az orvosi tevékenység során, mint például műtétek, védőoltások, gyógyszeres terápia alkalmazása különböző kockázatok jelentkezhetnek,⁵⁹⁸ közismert fogalom például a mellékhatás, mint kifejezés, hiszen egy antibiotikum is válhat ki hasmenést, de akár egy teljesen panaszmentes, egészséges szervezetben is jelentkezhetnek mellékhatások egy védőoltás alkalmazása következtében. Sőt még az újraélesztésnek is ismeretesek a kockázatai,⁵⁹⁹ ilyen például a teljesség igénye nélkül a bordatörés, a szegycsont részének törése, légútbiztosítás esetén fogsérülés, az aspirációs veszély. Továbbá nem elhanyagolható körülmény, hogy a gyógyító tevékenység alanya – az élő emberi szervezet – különböző anatómiai, genetikai adottságokkal rendelkezik. A kockázatok természetesen nemcsak a beavatkozások elvégzésének szabályszerűségétől függenek,⁶⁰⁰ hiszen az esetek jelentős hányadában az orvos egy károsodott, azaz beteg szervezet kezelésére vállalkozik, amelyet nagyban befolyásol a beteg állapota, társbetegségei és az adott betegség természete is, ezért akár az azonos jellegű beavatkozásoknak is más-más kimenetele lehet.⁶⁰¹ Tehát általánosságban kijelenthető,

⁵⁹⁵ IRK *i.m.* 181.

⁵⁹⁶ IRK *i.m.* 185.

⁵⁹⁷ ERDŐSY Emil: *Az orvosi tevékenység megengedett kockázata és a büntetőjogi felelősség*, Jogtudományi Közlöny 1983. 6, 370.

⁵⁹⁸ SZUCHOVSKY Gyula - HARSÁNYI László: *A műtéti kockázat kérdései az orvosszakértői gyakorlatban*, Magyar Sebészet 1965. 1, 2.

⁵⁹⁹ DESZŐ [1979] *i.m.* 230.

⁶⁰⁰ DEZSŐ [1972] *i.m.* 915.

⁶⁰¹ HORVÁTH Tibor [1965] *i.m.* 433.

hogy minden orvosi beavatkozás rendelkezik bizonyos szintű kockázattal,⁶⁰² ezért szükségszerű, hogy az orvosi tevékenység végzése során magasabb hibahatárt kell állítani, mint az élettelen anyaggal dolgozók esetén.⁶⁰³ Utóbbi azon körülmény is megerősít, hogy a betegség, azaz meglévő veszélyhelyzet elhárítására irányuló gyógykezelések újabb veszélyforrásoknak tehetik ki a beteget, amely természetesen kisebb kockázatot kell, hogy jelentsen számára. Ezen kockázatvállalás mégis elkerülhetetlen a kiváltó alap ok megszüntetése érdekében, amely ezért kettősséget képezhet. A kezelés kockázatának jellegzetessége, hogy egyrészt ismertnek kell lennie, másrészt bekövetkezésének esélye reális és *Dezső* véleményével szemben nem előre látható, hanem inkább előre várható, hiszen az előre látás egyfajta biztos bekövetkezést jelentene.⁶⁰⁴ *Dezső* véleménye szerint maga az egészségügyi kockázat három alcsoportra bontható, úgymint az adott betegség sajátosságaiból eredő kockázatra, a beteg szervezeti egyediségéből – amely bővíthető annak társbetegségeivel is – adódó kockázatra és a választott orvosi beavatkozás kockázatára.⁶⁰⁵ A megengedett – *Dezső* szerint „helyes” – kockázat pedig egy olyan arányosítási művelet eredményeként jöhet létre, amely során az elérendő hasznos célt és a lehetséges káros következményeket és azok bekövetkezési valószínűségét kell egymással összevetni.⁶⁰⁶ Tehát ekkor szükséges az adott betegséget annak aktuális állapota vagy stádiuma szerint a lehetséges kezelési eljárásokkal, azok ismert kockázatával arányosítani. *Erdősy* például a kockázat maximumán az adott betegség orvosi kezelés nélkül beálló legrosszabb állapotát adta meg.⁶⁰⁷

VI.3.1.6. A gyógyító tevékenység és a megengedett kockázat

A megengedettség egyik felétele az arányosítás, azaz a kockázat és haszon valószínűségének a mérlegelése,⁶⁰⁸ tehát annak meghatározása, hogy a várható pozitív

⁶⁰² DESZŐ [1979] *i.m.* 230.

⁶⁰³ ERDŐSY [1983] *i.m.* 371.

⁶⁰⁴ Erdősy így fogalmaz: „A gyógyítási kockázattal előidézett veszélyfolyamat esetleges kedvezőtlen hatása általában előre látható (legalábbis statisztikai szinten), így a nem kívánt következmény maximuma meghatározható.” In: ERDŐSY [1983] *i.m.* 371.

⁶⁰⁵ LÉVAY *i.m.* 743.

⁶⁰⁶ LÉVAY *i.m.* 743.

⁶⁰⁷ ERDŐSY [1983] *i.m.* 371.

⁶⁰⁸ ERDŐSY [1988] *i.m.* 94.

eredmény meghaladja-e a lehetséges kár mértékét.⁶⁰⁹ Általánosságban kijelenthető, hogy az emberi élet, egészség megóvása, gyógyítása érdekében elkerülhetetlen bizonyos szintű kockázat, azaz károsító eredmény lehetőségének a legitim engedélye, azonban az orvosi beavatkozás megengedett kockázatának fogalmmeghatározása nem problémamentes feladat, ezt jól szemlélteti, hogy a XX. század második felében számos definíció született.

Az elismert kockázatot *Horváth* véleménye szerint azon körülmények legitimálják, hogy egyrészt az orvosi beavatkozás, gyógykezelés kimenetelét nemcsak az adott betegség természete, hanem a beteg szervezetének sajátosságai, másrészt olyan előre nem látható körülmények is jelentősen befolyásolhatják, amelyek akár súlyos, halálos eredményhez is vezethetnek függetlenül az orvosi tevékenységtől. *Horváth* szerint ezt az előre nem látható kockázatot az orvosnak kötelességeként kell vállalnia az egyébként lege artis végzett munkája mellett és csak akkor felelhet a veszélyhelyzetért, ha nem tett meg mindent a káros eredmény elhárítása érdekében.⁶¹⁰ *Horváth* véleménye szerint a megengedett rizikóban való cselekvés zárja ki az ezáltal előidézett élet, testi épség, egészség veszélyeztetésének jogellenességét még abban az esetben is, ha az a veszélyhelyzet előrelátásával járt együtt.⁶¹¹

Szuchovszky és *Harsányi* a káros következmény fogalmát a következőképpen határozta meg: „A káros következmények a beteg szokottnál lassúbb ütemű vagy kisebb mértékű gyógyulásában, különböző szövődmények fellépésében, váratlan átmeneti vagy tartóssá váló egészségromlásban, munkaképesség csökkenésben, rokkanttá válásban, sőt végső esetben a halál bekövetkezésében nyilvánulhatnak meg.”⁶¹²

Budvári és *Ottó* szerint: „A gyógyítás kockázata a beteg életében és testi károsodásának azt az objektíve meglévő, akár előre látható, akár rejtett veszélyét jelenti, amellyel az adott gyógybeavatkozás járhat.”⁶¹³

Dezső fogalma: „A gyógyítás kockázata a beteg életében, egészségének vagy testi károsodásának az az objektíve meglévő, akár előre látható, akár rejtett veszélyét jelenti (akár szükségszerű, akár véletlen), amellyel az adott gyógybeavatkozás az orvosi foglalkozás szabályainak megtartása mellett járhat.”⁶¹⁴ Továbbá helyes azon meglátása,

⁶⁰⁹ DEZSŐ László: *A gyógyítás szabadságának egyes korlátairól*, Orvosi Hetilap 1972. 16, 915.

⁶¹⁰ HORVÁTH Tibor [1965] *i.m.* 432-433.

⁶¹¹ HORVÁTH Tibor [1965] *i.m.* 432-433.

⁶¹² SZUCHOVSKY [1965] *i.m.* 2.

⁶¹³ BUDVÁRI Róbert - OTTÓ Szabolcs: *A szervátültetés kockázata*, Orvosi Hetilap 1970. 4, 183.

⁶¹⁴ DESZŐ [1979] *i.m.* 234.

amely szerint az orvos egy olyan sajátos helyzetbe is kerülhet, amelyben – például az életmentés – nemcsak a kockázatvállalás elmulasztása miatt vonható felelősségre, hanem az indokolatlan mértékű kockázatvállalásért is.⁶¹⁵

Itt fontos megemlíteni, hogy az életveszély elhárításával kapcsolatban korábban *Edvi* már állást foglalt, hiszen véleménye szerint „*abban az esetben, ha több együtt nem teljesíthető, egymással konkuráló szabály áll fenn, akkor csak az vonható felelősségre, aki a kevésbé fontos szabály teljesítésével a lényegesebb kötelességét elmulasztja.*” Tehát aki az orvosi segílyt sürgős esetben azért tagadja meg, mert fél a sikertelenség esetén beállt káros eredmény következtében történő felelősségre vonástól, a Kbt. 93. §-a⁶¹⁶ szerint kihágást követi el, míg a beteg életét menteni próbáló, legjobb tudása szerint eljáró orvos büntetőjogi felelősségre nem vonható.⁶¹⁷

Erdősy elmélete szerint a gyógyítás kockázatának objektív oldalát a beteg és betegség egyedisége és a gyógyítás tárgyi feltételei, azaz az eszközpark, míg szubjektív részét az orvos felkészültsége szolgáltatja.⁶¹⁸ Definíciója a következő: „*Az orvosi tevékenység megengedett kockázatán a beteg életének, egészségének vagy testi épségének a gyógyítás érdekében tudatosan előidézett azt az előre látható veszélyt és esetleges hátrányos változást értjük, amellyel az adott gyógybeavatkozás az orvosi foglalkozás szabályainak megtartása mellett járhat.*”⁶¹⁹

A hatályos egészségügyi törvény pontos definíciót nem szolgáltat, annak 129. § (2) bek. b) pontja a következőképpen rendelkezik: „*A választott vizsgálati és terápiás módszer alkalmazhatóságának feltétele, hogy a beavatkozás kockázata kisebb legyen az alkalmazás elmaradásával járó kockázatnál, illetőleg a kockázat vállalására alapos ok legyen.*”

Összességében megállapítható, hogy az elismert kockázatot maga a foglalkozási szabályok betartása mellett fenyegető káros eredmény lehetőségére adott legitim engedély jelenti.⁶²⁰ Az orvosi tevékenység kockázata a beteg testi épségében,

⁶¹⁵ LÉVAY *i.m.* 743.

⁶¹⁶ „93. § Azon gyakorló orvos és sebész, a ki veszély esetében az első orvosi segílyt nyújtást alapos ok nélkül megtagadja vagy elhalasztja, továbbá azon gyakorló orvos vagy sebész, a ki járvány idejében rendes működési területén a hatósági kirendelést el nem fogadja, vagy a járvány folytán megbetegültek részéről kért első orvosi segílyt, s a mennyiben lakhelyén más orvos a gyakorlatot nem üzi, a további gyógykezelést alapos ok nélkül megtagadja vagy elhalasztja: száz forintig terjedhető pénzbüntetéssel büntetendő.”

⁶¹⁷ ÖDÖNYI [1904] *i.m.* 3-4.

⁶¹⁸ SZERGÉNYI Pál: *Az orvos kockázatvállalása és büntetőjogi felelőssége*, Magyar Rendőr 1983. 38, 13.

⁶¹⁹ ERDŐSY [1988] *i.m.* 94-95.

⁶²⁰ LÉVAY *i.m.* 743.

egészségében vagy életében bekövetkező sérelem lehetősége, amely jellemzője, hogy mind a személy, azaz beteg vonatkozásában, mind a lehetséges sérelmek tekintetében a tudomány mindenkori állának megfelelően konkretizálhatónak, tehát előre láthatónak kell lennie. A helyzet jellegzetességét azon körülmény képezi, hogy az orvos a fennálló veszélyhelyzet, azaz lehetséges kár elhárítása érdekében vállalt kockázattal lényegében a beteget újabb veszélynek teszi ki,⁶²¹ az ehhez szükséges döntés előfeltétele egy olyan mérlegelési – arányosítási, valószínűségi – folyamat, amely eredményeként az elhárításához szükséges beavatkozás kockázata nem haladhatja meg annak elmaradása esetén várható kárt.

Az orvosi beavatkozások többsége általában valamilyen szintű kockázatvállalással jár, amely akkor engedhető meg, ha olyan előnyös cél magvalósítása érdekében történik, amely bekövetkezésére reális esély van, és attól kedvezőbb helyzet várható, mint elmaradása esetén,⁶²² ilyen előnyös cél természetesen a beteg gyógyulása lehet például.

VI.3.1.7. A kockázat büntetőjogi vonatkozásai

A jogtudomány felelősségét képezi olyan jogszabályok megalkotása, amelyek a társadalom védelme érdekében minimalizálják a kockázatot és ezáltal védelmet nyújtanak az individuumok számára.⁶²³ Az orvostudomány és a büntetőjog közös pontjának tekinthető, hogy mindkettő az emberi élet, egészség, testi épség védelmét szolgálja, hiszen míg a büntetőjog az emberi élet ellen irányuló támadásokat pönalizálja,⁶²⁴ addig az orvosi tevékenység az élet és egészség megőrzését, annak helyreállítását hivatott szolgálni.⁶²⁵ Továbbá, azon időszakban amikor a sebllátást még a borbélyok végezték a büntetőjog célja a represszió, azaz a megtorlás volt, azonban később nemcsak az orvostudomány terén jelent meg a prevenció, hanem a büntetőjog tudománya is előtérbe helyezte a megelőzést. Utóbbi okának tartható, hogy a büntetőjog tudománya – *Székelly* szavaival élve – ne csupán „*kullogjon*” a beállt károk nyomában, megvárva a károsodást, hanem a veszélyeztető magatartásokkal szemben is fellépjen.⁶²⁶ Ahogyan azonban az

⁶²¹ ERDŐSY [1988] *i.m.* 94-95.

⁶²² DÁVID *i.m.* 25.

⁶²³ KOVÁCS Gábor: *Kockázatok és mellékhatások*, In: KOLTAY András és GELLÉR Balázs (szerk.): *Jó kormányzás és büntetőjog, Ünnepi tanulmányok Kis Norbert egyetemi tanár 50. születésnapjára*, Ludovika Egyetemi Kiadó, Budapest, 2022, 405.

⁶²⁴ HORVÁTH [1969] *i.m.* 622.

⁶²⁵ FABER *i.m.* 4.

⁶²⁶ SZÉKELY János *i.m.* 150.

orvostudomány fejlődésével az előnyök mellett annak kockázatai is megjelentek, úgy a büntetőjog tudományának a veszélyeztető cselekmények büntetetté minősítése mellett a társadalom fennmaradása és fejlődése érdekében szükségszerűen olyan tevékenységeket is dekriminalizálnia kellett, amelyek a döntési folyamatok során a megfelelő, kockázatmentes befolyásolásához szükséges valamennyi feltétellel ugyan nem rendelkeznek, de az általuk célzott, kedvező eredmények elérése mellett, annak érdekében potenciális sérelem következtét hordozzák magukban.⁶²⁷ A büntetőjogban a megengedett kockázat, mint felelősséget kizáró körülmény létéről a különböző elméletek egyetértenek, viszont eltérnek abban, hogy az a felelősség melyik pozitív feltételét – cselekmény jogellenességét, társadalomra veszélyességét, a bűnösséget – hatálytalanítja. Ezen különbözőségek legjelentősebb oka maga a bűncselekmény fogalmáról alkotott eltérő elméletekből eredeztethető.⁶²⁸ *Wiener* például az eltűrt kockázat fogalmát preferálta, mivel véleménye szerint az jobban kifejezte az általa jelölt olyan tevékenységet, amely eredménye önmagában büntetőjogi üldözést vonna maga után, de a káron szerzett tapasztalat, előny, társadalmi haszon érdekében mégis muszáj „*eltűrnie*” az adott tevékenységet és annak kockázatát.⁶²⁹ *Dezső* véleménye szerint az orvosi tevékenységgel kapcsolatban a büntethetőséget kizáró oknak a sértett beleegyezése és az orvosi hivatásból eredő kötelesség teljesítése volt tekinthető,⁶³⁰ azonban rámutatott arra a paradox helyzetre is, hogy a gyógyítás érdekében – például életmentés – a kockázatot az orvosnak saját magának kell vállalnia, tehát a kockázatvállalás lényegében egyben foglalkozási szabály és kötelesség is. *Navratyil* utóbbi álláspontot tévesnek nyilvánította, mivel véleménye szerint csakis a beteg vállalhatja a kockázatot.⁶³¹

Az indokolt kockázat a hazai büntetőjogi szabályozásban az 1978. évi IV. törvény 14. §-hoz, mint gondatlanság fogalmához kapcsolódó miniszteri indokolás szövegében jelent meg,⁶³² amely a megengedett vagy indokolt kockázatot nemcsak mint bűnösséget, hanem mint jogellenességet kizáró ok nevesített, ennek az volt az indoka, hogy a jogi tárgy

⁶²⁷ SZERGÉNYI Pál: *Ésszerű kockázatvállalás*, Magyar Rendőr 1988. 50, 12.

⁶²⁸ ERDŐSY Emil: *Véleményeltérések a kockázatvállalás büntetőjogi értelmezésében*, Jogtudományi Közlöny 1982. 9, 681.

⁶²⁹ WIENER [1972] *i.m.* 99.

⁶³⁰ NAVRATYIL Zoltán: *Dezső László: Az orvos büntetőjogi felelőssége*, Iustum, Aequum, Salutare 2009. 1, 205.

⁶³¹ NAVRATYIL *i.m.* 211.

⁶³² „A jogi tárgy veszélyeztetését igazolhatja a tevékenységtől várt nagyobb társadalmi haszon (pl. a gazdasági tevékenység, a kutatás körében). Az ilyen tevékenység még akkor sem lesz jogellenes, ha adott esetben a számítás nem válik be, és a tevékenység tényállászerű eredményt okoz. A megengedett (indokolt) kockázatot már a 14. §-hoz fűzött miniszteri indokolás is a jogellenességet (és nem csupán a bűnösséget) kizáró oknak tekintette.”

veszélyeztetését meghaladja a várt társadalmi - például a gazdasági vagy kutatási - haszon. Egyértelműen megfogalmazta, hogy a cél elérése érdekében a kockázat akkor megengedett és szükséges, ha a veszély elkerülése, illetve csökkentése érdekében minden lehetséges és szükséges intézkedést megtettek, így ezen esetben még a káros következmény bekövetkezése, azaz a tényállásszerű eredmény okozása esetén sem válhat a cselekmény jogellenessé.⁶³³

Wiener véleménye szerint a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállása egyben a megengedett kockázatot is definiálta, hiszen azzal, hogy felelősséget csak a foglalkozási szabályszegés, mint tényállásszerű magatartás eredményez, úgy a szabályszerű, szakmailag helyes magatartásért való felelősséget maga a kötelességszerűség, azaz a magatartás nem diszpozíciószerűsége zárja ki.⁶³⁴

Összességében büntetőjogi vonatkozásban maga a kockázat, mint hátrányos következmény lehetősége akkor megengedett, ha az elérendő társadalmilag előnyös cél bekövetkezésére valós esély mutatkozik, ezért maga a kockázat indoka, mint előnyös cél zárja ki a társadalomra veszélyességet.⁶³⁵

VI.3.2. A sértett beleegyezése

A hatályos büntető törvénykönyv, a 2012. évi C. törvény új büntetendőséget kizáró okként vezette be, a normaszöveg szintjén, a jogszabály engedélyét, továbbá különbséget tesz a cselekmény büntetendőségét és az elkövető büntethetőségét kizáró okok között. A fogalmi elkülönítés *Wiener* bűncselekmény fogalmához köthető, hiszen nézőpontja szerint a bűncselekmény olyan büntetendő cselekmény, amelynek az elkövetője büntethető. Büntetendő cselekmények a jogtárgyakat sértő vagy veszélyeztető tényállásszerű magatartások, a felelősség alapját pedig a pozitív objektív és szubjektív elemek megléte, és a negatív feltétel fennállásának hiánya szolgáltatja. Ilyen negatív feltétel például a büntetendőséget kizáró objektív körülmények is, amelyek fennállása esetén minden elkövetőre nézve kizárt már a bűncselekmény megvalósulása is, míg a büntethetőséget kizáró okok személyhez kötöttek, elkövetőnként egyedileg vizsgálandók.

⁶³³ IRK *i.m.* 178.

⁶³⁴ WIENER [1980] *i.m.* 72-73.

⁶³⁵ SÓTONYI Péter *i.m.* 204.

Lényegében a cselekmény büntetendőségét és az elkövető büntethetőségét különböztethetjük meg. A sértett beleegyezése pedig, mint büntetendőséget kizáró okként kategorizálható.⁶³⁶

A sértett beleegyezése, mint a cselekmény büntethetőségét kizáró ok⁶³⁷ a törvényben nem szabályozott, a bírói gyakorlat által kialakított okként jelenik meg a hazai jogtudományban.⁶³⁸ Már a Csemegi-kódexben is szerepelt, hiszen jogtalanságot kizáró egyéb oknak tekintették azon eseteket, amelyek során a sértettnek a kódex a megsértett jogtárgy felett teljes rendelkezési jogot engedett vagy biztosított.⁶³⁹ Eredete a római jogig vezethető vissza, ahol a *delicta privata* ügyek kapcsán csakis azon egyént tekintették sértettnek, akinek a hozzájárulása büntetendőséget kizáró okot nem képezett, ezen elvből származott *Ulpianus* által az elsősorban magánjogi életviszonyokra megfogalmazott „*volenti non fit iniuria*” elve, amely a károsult beleegyezését a jogsértésbe, mint felelősséget csökkentő vagy kizáró tényező értékelte.⁶⁴⁰

A sértett beleegyezésének alapját meghatározott keretek közötti magánautonómiája, rendelkezési szabadsága szolgáltatja. Korlátjaként jelenik meg, hogy a magánautonómia nem képezhet abszolút engedélyt, azt csakis megszorítások mellett lehet alkalmazni.⁶⁴¹

A sértett beleegyezésének általános szabályai alapján abban az esetben zárhatja ki az ellene tanúsított cselekmény jogellenességét, ha a sértett cselekvőképessége fennállt a cselekmény elkövetése előtt vagy alatt, a beleegyezését önkéntesen, szabad akaratából, kényszertől és fenyegetéstől mentesen adta, és csakis olyan jogtárgy sérelmére megengedett, amely felett rendelkezési joga megállapítható, továbbá a jogsértésnek társadalmilag hasznos célra kell irányulnia.⁶⁴² A sértett rendelkezését testi épsége felett azon körülmény szolgáltatja, hogy a törvény nem bünteti az önsértést, legitimálva ezzel beteg önrendelkezési jogát.⁶⁴³ A beteg önrendelkezési jogára épülő, az egészségügyi

⁶³⁶ UJVÁRI Ákos: *A sértett beleegyezése, mint jogellenességet kizáró ok*, Tanulmányok a bíró joggyakorlatból, 2013, 93.

⁶³⁷ SARKADI István: *A büntethetőséget kizáró okok figyelembevétele a büntető eljárás nyomozati szakaszában*, Rendőrségi Szemle 1953. 10, 886.

⁶³⁸ FÖLDVÁRI József: *Magyar Büntetőjog Általános Rész*, Osiris Kiadó, Budapest, 2001, 165-166.

⁶³⁹ UJVÁRI [2013] *i.m.* 93.

⁶⁴⁰ BÉRCES BJSZ. [2017] *i.m.* 48.

⁶⁴¹ BÉRCES BJSZ. [2017] *i.m.* 47.

⁶⁴² GÖRGÉNYI [2014] *i.m.* 201-202.

⁶⁴³ GÖRGÉNYI [2014] *i.m.* 201-202.

törvény által szabályozott tájékoztatáson alapuló beleegyezés feleltethető meg a sértett beleegyezésének, mint büntetendőséget kizáró oknak.⁶⁴⁴

A sértett beleegyezése és a sértett érdekében cselekvés nem tekinthető egymással megegyező, egymást fedő fogalmaknak. Ujvári javasolt a büntetendőséget kizáró okok közé a sértett érdekében csaló cselekvés felvételét, ezen esetben a sértett érdekében cselekvő - a polgári jogi megbízás nélküli ügyvitel szabályaihoz hasonlóan jár el – a sértetti akarattal szemben a sértettnek a jogrend alapját képező értékek szerint objektivizált érdeke védelmében cselekszik.⁶⁴⁵ Jogszabály engedélyének minősül az Eü tv.-ben szereplő művi meddővé tétel, öncsonkító műtétek, például szervátültetések esetkörei.⁶⁴⁶

VI.3.2.1. A beteg tájékoztatáshoz való joga

A büntetőjogban a sértetti beleegyezés kapcsán *Frisch* mutatott rá arra, hogy a sértett a kockázatot annak tudatában vállalja, hogy a káros eredmény bekövetkezésére is fennáll a lehetőség, ennek azonban előfeltétele, hogy a sértett a veszélyt a beleegyezés megadása előtt pontosan megismerhesse. Továbbá véleménye szerint a káros következmény bekövetkezése esetén nem a sértett akarata képezi majd a vizsgálat tárgyát, hanem pusztán annak meghatározása, hogy a szabályok szerint történt-e a beleegyezés.⁶⁴⁷

Irk a veszélyeztetés engedélyeként a sértett beleegyezését abból eredően vezeti le, hogy az egyén saját életét is ténylegesen veszélyezteti, tehát véleménye szerint „hibásnak és torznak tekintem azt a felfogást, amely az élet, a testi épség, az egészség veszélyeztetését egyáltalán nem ismeri el.”⁶⁴⁸ A sértett beleegyezésének jogszerűségét az egészségügyi beavatkozások kapcsán a tájékoztatáson alapuló beleegyezés képezi.⁶⁴⁹

⁶⁴⁴ SÓTONYI Péter *i.m.* 214.

⁶⁴⁵ UJVÁRI [2013] *i.m.* 93.

⁶⁴⁶ 1997. évi CLIV. tv. 187. §

⁶⁴⁷ IRK Ferenc: *A sértett magatartásának értékelése a technikai vívmányok alkalmazása során bekövetkező gondatlan bűncselekmények körében*, Jogtudományi Közlöny 1979. 8, 497.

⁶⁴⁸ IRK [1979] *i.m.* 498.

⁶⁴⁹ NÉMETH Imre: *A sértett beleegyezésének relativizálódó határai a testi integritás feletti rendelkezési jog tükrében*, Jog-Állam-Politika 2010. 1, 46.

A beteg alapvető – és egyben legfontosabb - joga a tájékoztatáshoz való jog, amely a többi betegjog alapját is képezi,⁶⁵⁰ de mint bármilyen döntés, így a beteg választása is csak megfelelő információk birtokában lehet alapos.⁶⁵¹ Ezen jog lényegében megalapozza a beteg önrendelkezési jogát, hiszen a laikus, egészségügyi képzettséggel nem rendelkező beteg saját egészségügyi állapotáról jelentősen csekélyebb mértékű információval rendelkezik, mint a kezelőorvosa, amely információhiányos helyzet gyengítheti a felek közötti mellérendelt viszonyt, ezért elengedhetetlen az egyensúlyi aszimmetria megfelelő korrekciója, amely a korrekt tájékoztatással érhető el.⁶⁵²

Hazánkban az orvosi rendtartásról szóló 1959. évi 8. törvényerejű rendelet bár már tartalmazott rendelkezést a beteg beleegyezésével kapcsolatban, az kizárólag a fekvőbeteg intézetben végzett nagyobb kockázatú műtétekkel kapcsolatban tette kötelezővé az előzetes írásbeli beleegyezést.⁶⁵³ A beteg tájékoztatáshoz való jogáról először az 1972. évi II. tv. 45. §-a rendelkezett,⁶⁵⁴ amely ugyan előírta, hogy a beteget és hozzátartozóját a beteg állapotáról tájékoztatni kell, de egyben lehetőséget hagyott, hogy az orvos indokolt esetben - a beteg érdekében hivatkozással - a tájékoztatástól eltekinthessen. Összességében a beteg döntési jogosultságának felismerése és annak elfogadása mégis mérföldkőnek tekinthető, hiszen olyan alapjog került meghatározásra, amelyből számos további jogosultság származtatható.⁶⁵⁵ Dósa Ágnes álláspontja szerint ugyan az 1972. évi II. tv. szűkszavúan és hiányosan szabályozta a beteg-tájékoztatást, a bírói gyakorlat alakította ki annak részletes szabályait, amelyek nagyon hasonlóak a jelenleg hatályos Eü. tv.-ben foglaltakhoz.⁶⁵⁶

A beteg tájékoztatáshoz való jogáról az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 13. §- a rendelkezik, amely alapján a beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra. Az egyéniesített kifejezés azt jelenti, hogy a betegre figyelemmel, vele kapcsolatos körülményekre tekintettel, tehát általánosságban személyére és aktuális egészségügyi állapotához kell igazodnia, tehát a beteg számára érthető módon, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára,

⁶⁵⁰ JOBBÁGYI *i.m.* 55.

⁶⁵¹ PETKÓ Mihály: *Betegjogok gyakorlása*, Debreceni Jogi Műhely 2013. 1, 35.

⁶⁵² *Kommentár az egészségügyi törvényhez*, Wolters Kluwer, Budapest, 2016, 50.

⁶⁵³ DÓSA *i.m.* 187.

⁶⁵⁴ ŐRI Adrienn - FEITH Helga Judit: „Ha tudtam volna...” *A tájékoztatáshoz való jog, mint betegjog aktuális kérdései és jogtörténeti perspektívái*, Kaleidoscope 2023. 27, 303.

⁶⁵⁵ SÁNDOR *i.m.* 149.

⁶⁵⁶ SÓTONYI Péter *i.m.* 115-116.

beteg kívánságaira tekintettel kell a felvilágosítást megadni.⁶⁵⁷ Megállapítható, hogy az egyéniesítettség kritériumán keresztül a tájékoztatást objektív és szubjektív tényezők befolyásolják. Objektív elemeknek tekinthető az adott betegség, az életkor, az iskolázottság, szubjektív tényező a beteg aktuális lelkiállapota, a kettő közötti hátvonalon helyezkedhet el a beteg aktuális állapota, amelyet erősít például a másodvéleményhez való jog is.⁶⁵⁸ A lelkiállapot, mint szubjektív tényező megítélése, amely inkább pszichológiai szakképzettséget, vagy akár pszichiátriai szakvizsgát igényel nem problémamentes feladta, hiszen az szoros összefüggésben van a beteg személyiségével. Utóbbi az iskolázottságon, foglalkozáson, mint objektív elemek mellett számos szubjektív elemet is tartalmaz, mint például baráti, családi kör, környezet és az érdeklődési kör, hobbik,⁶⁵⁹ továbbá ide sorolható még a beteg kulturális és nyelvi hátterének a figyelembevétele is.⁶⁶⁰

A teljes körű, mint fogalmi és tartalmi jelző pontos meghatározása nem problémamentes, hiszen számos változótól – pl. társbetegségek, amelyről a beteg az orvost nem tájékoztatta, következményekkel kapcsolatban pedig majd a jövőbeni gyógyulás során a beteg által az orvosi utasítások be vagy be nem tartása – függnek, ezért általánosságban magába foglal minden olyan tény, adatot, információt, amely a beteg aktuális állapotával, annak várható kimenetelével összefügg.⁶⁶¹ A teljes körű tájékoztatás kritériumának megfelelő a beteg részletes tájékoztatása egészségi állapotáról, annak orvosi megítéléséről – diagnózis -, a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának a lehetséges előnyeiről és kockázatairól, a vizsgálatok és beavatkozások kivitelezésének tervezett időpontjáról, az alternatív eljárási lehetőségekről, az ellátás folyamatáról és annak lehetséges kimeneteléről – prognózis -, a javasoltak tekintetében döntési jogáról, valamint a beteg számára javasolt életmódról is.⁶⁶² Továbbá a beteg a felvilágosítása során és azt követően is kérdéseket tehet fel kezelőorvosának, amely a tájékoztatás aktív oldalának is tekinthető, tehát bármely, magára nézve fontos információról, mint a kezelés, vizsgálatok, betegségével összefüggésben kérdezhet,

⁶⁵⁷ 1997. évi CLIV. tv. 13. § (8)

⁶⁵⁸ 1997. évi CLIV. tv. 8. § (3) „A beteg bármely, a kezelőorvos által megállapított diagnózissal, illetőleg javasolt terápiával, valamint fekvőbeteg-gyógyintézetből történő tervezett elbocsátásával vagy más egészségügyi szolgáltatóhoz történő beutalásával kapcsolatban kezdeményezheti más orvos által történő vizsgálatát.”

⁶⁵⁹ PETKÓ Mihály: *A beteg tájékoztatási jogáról és kötelezettségéről*, Magyar Jog 2013. 8, 501-502.

⁶⁶⁰ KOVÁCSY Zsombor: *Egészségügyi Jog*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008, 57.

⁶⁶¹ PETKÓ *i.m.* 501.

⁶⁶² FÉZER *i.m.* 382-383.

aggályainak hangot adhat, amely jogok az egész ellátás során megilletik.⁶⁶³ Ezen aktív szerep, azaz a beteg kérdéshez való joga – a beteg tájékoztatási kötelezettségével egyetemben - emeli kétoldalú kommunikációs szintre a tájékoztatást.⁶⁶⁴ Továbbá a betegnek joga van megismerni az ellátásában közvetlenül közreműködő személyek nevét, szakképesítését és beosztását is. Térítéses betegellátás során a páciensnek joga van megismerni a vizsgálatok és az az követő ellátás díját is.⁶⁶⁵ A tájékoztatáshoz való jog kiterjed az arról való lemondási lehetőségre, mint betegjogra, amely írásbeli nyilatkozathoz kötött. A lemondási jog korlátját jelenti azon esetkör, amikor a betegnek betegsége természetének ismerete szükséges ahhoz, hogy más személy egészségét, életét ne veszélyeztesse.⁶⁶⁶

A tájékoztatáshoz való jog a tizenhatodik életévét betöltött fiatalokú személyt is megilleti, cselekvőképességében korlátozott beteg esetén pedig a beteg korának és pszichés állapotának megfelelően a kezelőorvos köteles felvilágosítást adni, a teljes tájékoztatást pedig a törvényes képviselő – gondnok, gyám – jogosult megkapni.⁶⁶⁷

A tájékoztatási kötelezettség alanya az egészségügyi intézmény fenntartója, maga a tájékoztatás főszabály szerint a kezelőorvos feladata, amelyet személyesen kell megadni a beteg részére, bizonyos esetekben, például ápolási vonatkozásban a beteget ellátó diplomás ápoló, a főnővér, rehabilitációs vonatkozásban pedig a főiskolai végzettségű gyógytornász is tájékoztatást nyújthat. Főiskolai végzettséggel nem rendelkező ápoló vagy más egészségügyi dolgozó főszabály szerint tájékoztatást nem adhat, kivéve ha a kezelőorvos az adott esetben erre kifejezetten felhatalmazást adott.⁶⁶⁸

A beteg jogosult megismerni az ellátásával kapcsolatos vizsgálatok, beavatkozások eredményeit, sikertelenség vagy várttól eltérő eredmény esetén azok lehetséges okait.

A beteg tájékoztatáshoz való jogának részletszabályait elemezve arra a következtetésre lehet jutni, hogy a jogalkotó meglehetősen magasra emeli a tájékoztatással kapcsolatban az orvostól elvárható gondossági mércét. Egyrészt a teljeskörű tájékoztatás követelménye az arra kötelezett orvos vagy egészségügyi szolgáltató kimentési lehetőségét erősen leszűkíti. Másrészt a tájékoztatás egyéniesített formában való megadásának

⁶⁶³ PETKÓ *i.m.* 501.

⁶⁶⁴ KOVÁCSY *i.m.* 58.

⁶⁶⁵ PETKÓ *i.m.* 501.

⁶⁶⁶ ŐRI *i.m.* 307.

⁶⁶⁷ PETKÓ *i.m.* 504.

⁶⁶⁸ PETKÓ *i.m.* 503.

követelménye a tájékoztatást mindig az adott beteghez és annak egyedi körülményeihez igazítja, amely minden esetben akár más és más eljárást követelhet az orvostól.⁶⁶⁹ *Havasi Péter* véleménye szerint például a teljes körű tájékoztatás követelményét a bírói gyakorlat töltötte ki tartalommal.⁶⁷⁰

VI.3.2.2. *Az orvos tájékoztatási kötelezettsége*

A kezelőorvos tájékoztatási kötelezettsége a betegellátó oldalra vonatkozóan írja elő azokat a köteleességeket, amelyek teljesítése a betegjogok érvényesítéséhez szükséges.⁶⁷¹ A tájékoztatás, mint betegjog és kezelőorvosi kötelesség egymáshoz való viszonya kapcsán eltérő álláspontok alakultak ki, hiszen míg *Havasi Péter* véleménye szerint a beteg tájékoztatáshoz való joga azzal válik teljessé, hogy a jogalkotó az Eütv. 134-135. §-aiban az orvos kötelezettségévé teszi a beteg tájékoztatását.⁶⁷² Ettől eltérő *Dósa Ágnes* álláspontja, aki erősen vitatott kodifikációs megoldásnak tartja azt, hogy a tájékoztatás kérdése némiképp eltérő tartalommal jelenik meg az orvos kötelezettségeinek a körében is.⁶⁷³

A tájékoztatási kötelezettség a kezelőorvost terheli, aki a beteg állapota által indokolt rendszerességgel, a tőle elvárható ismereteknek megfelelően és legjobb tudása szerint – a beteg tájékoztatáshoz való jogának figyelembevételével – köteles az orvos tájékoztatni a beteget annak egészségi állapotáról. Amennyiben a beteg kiskorú, cselekvőképessége korlátozott vagy kizárt, úgy az arra jogosult⁶⁷⁴ személyt kell tájékoztatnia. A jogszabály egyértelműen megfogalmazza, hogy a szóbeli tájékoztatás nem helyettesíthető az előre elkészített általános ismertetővel. A tájékoztatás módjának körültekintőnek, szükség szerint akár fokozatosnak kell lennie, azt a beteg állapotára és egyedi körülményeire figyelemmel kell a kezelőorvosnak megadnia, ami lényegében az Eü. tv. 13. §-ában szabályozott egyéniesített fogalmi kritériumának a megfelelője. Továbbá a törvény kiemelt figyelmet vár el a kezelőorvostól, mivel az adott kezelés általánosan ismert, jelentős mellékhatásaira, az esetleges szövődményekre és a beavatkozások lehetséges

⁶⁶⁹ SÓTONYI Péter *i.m.* 116.

⁶⁷⁰ FÉZER *i.m.* 383.

⁶⁷¹ KOVÁCSY *i.m.* 91.

⁶⁷² FÉZER *i.m.* 383.

⁶⁷³ SÓTONYI Péter *i.m.* 116.

⁶⁷⁴ 1997. évi CLIV. tv. 16. §

következményeire, azok előfordulási gyakoriságára is köteles felhívnia a beteg figyelmét. Végül az orvosnak arról is meg kell győződnie, hogy a beteg a tájékoztatást megértette-e, valamint szükség esetén gondoskodnia kell a beteg lelki gondozásáról is.⁶⁷⁵

VI.3.2.3. A beteg tájékoztatási kötelezettsége

Természetesen a felek mellérendelt viszonyából következően a beteget is terhelik bizonyos kötelességek,⁶⁷⁶ amelyet három főcsoportra lehet felosztani, úgymint a szabálykövetési, az együttműködési és a tanácsok megfontolásának kötelezettsége.⁶⁷⁷

A beteg együttműködési kötelezettsége⁶⁷⁸ alapján köteles egészségi állapotának megfelelően az ellátásában közreműködő személyzetet a vele kapcsolatos munkában elősegíteni, valamint tájékoztatási kötelezettség terheli azon körülményekkel kapcsolatban, amelyek szükségesek a kórismertetének a felállításához, a megfelelő kezelési terv elkészítéséhez és a beavatkozások elvégzéséhez. A beteg egyrészt köteles az orvos részére minden korábbi betegségéről, gyógykezeléséről, gyógyszer vagy gyógyhatású készítmény szedéséről, egészségkárosító kockázatról tájékoztatást adni. Másrészt általános, azaz a vele kapcsolatban kerülő egészségügyi dolgozók részére tájékoztatást kell nyújtania betegségével összefüggő minden olyan információról, amely mások életét vagy testi épségét veszélyeztetheti, azaz fertőző és foglalkozás végzését kizáró betegségekről.⁶⁷⁹

VI.3.2.4. A beteg önrendelkezési joga

A sértett beleegyezése, mint büntethetőséget kizáró ok iktatja ki tehát a cselekmény materiális jogellenességet, hiszen a beteg önmaga rendelkezik saját testi épsége, egészsége és korlátozott esetben élete felett, amikor a sérelembe beleegyezését adja,

⁶⁷⁵ 1997. évi CLIV. tv. 134-135. §

⁶⁷⁶ JOBBÁGYI *i.m.* 61.

⁶⁷⁷ *Kommentár az egészségügyi törvényhez*, Wolters Kluwer, Budapest, 2016, 91-92.

⁶⁷⁸ 1997. évi CLIV. tv. 26 § (2)

⁶⁷⁹ PETKÓ [2013] *i.m.* 500-501.

amely a beteg önrendelkezési jogából eredeztethető.⁶⁸⁰ Az önrendelkezési jog a személy autonómiájával, a cselekvés szabadságával azonosítható, utóbbi *Kant* véleménye szerint magában hordja valaminek a megtételét vagy attól való tartózkodás szabadságát is. A Nürnbergi orvosperekkel kapcsolatban került megalkotásra az 1949. évben a Nürnbergi Kódex, amely elismerte a beteg valamint a kutatásban részt vevő személy önrendelkezési és beleegyezési jogát.⁶⁸¹

*„Az emberi méltósághoz való jog azt jelenti, hogy van az egyén autonómiájának, önrendelkezésének egy olyan, mindenki más rendelkezése alól kivont magja, amelynél fogva - a klasszikus megfogalmazás szerint - az ember alany marad, s nem válhat eszközzé vagy tárggyá.”*⁶⁸²

Az önrendelkezési jogról az Alkotmánybíróság 8/1990. (IV. 23.) AB határozatában megállapította, hogy *„az a modern alkotmányokban, illetve az alkotmánybíróságok gyakorlatában - a személyiség szabad kibontakoztatásához való jog, az általános cselekvési szabadság, illetve a magánszférához való jog mellett - az általános személyiségi jog egyik aspektusának megnevezése; az általános személyiségi jog viszont az emberi méltósághoz való jog [Alkotmány 54. § (1) bekezdés] egyik megfogalmazása.”*⁶⁸³

A beteg önrendelkezési joga⁶⁸⁴ teremti meg annak lehetőségét, hogy a beteg az egészségügyi ellátás során, a vele kapcsolatos döntési folyamatban szabadon nemcsak részt vehessen, hanem saját maga hozza meg azon döntést, hogy a lehetséges kezelések közül melyiket választja, vagy azt visszautasítja.⁶⁸⁵ Az önrendelkezési jog – korlátozás nélkül - természetesen csak a cselekvőképes beteget és a 16. életévét betöltött kiskorút illeti meg. A cselekvőképtelen és a 16. életévét be nem töltött korlátozottan cselekvőképes beteg helyett, annak önrendelkezési jogát a törvényben taxatív felsorolt személyek gyakorolhatják,⁶⁸⁶ annak pedig, akinek a belátási képessége kismértékben csökkent, ezért a gondnokság alá helyezés feltételei nem állnak fenn, a bíróság támogatót rendelhet, aki a döntési folyamatban részt vehet, jelen lehet.⁶⁸⁷

⁶⁸⁰ NÉMETH *i.m.* 39-40.

⁶⁸¹ KOVÁCS Gábor [2005] *i.m.* 8.

⁶⁸² 64/1991. (XII. 17.) AB határozat

⁶⁸³ 64/1991. (XII. 17.) AB határozat

⁶⁸⁴ 1997. évi CLIV. tv. 15. §

⁶⁸⁵ PETKÓ [2013] *i.m.* 35.

⁶⁸⁶ POGÁNY Magdolna: *A betegjogok szabályozása és gyakorlata*, JatePress, Szeged, 2007, 63-65.

⁶⁸⁷ *Kommentár az egészségügyi törvényhez*, Wolters Kluwer, Budapest, 2016, 51.

A beteg beleegyezésének alakiságával kapcsolatban a törvény kisebb beavatkozások esetén nem határoz meg formai követelményt, így például a beteg egy injekció beadásához, vagy fogpótláshoz akár szóban, írásban vagy ráutaló magatartással is megadhatja beleegyezését. Az invazív beavatkozásokkal és az önkéntes pszichiátriai gyógykezelésekkel kapcsolatos nyilatkozatok érvényességéhez azonban annak írásba foglalása szükséges.⁶⁸⁸ A műtéti kockázatokkal kapcsolat tájékoztatás szabályait a Legfelsőbb Bíróság Pfv. VI: 21.077/1994. számú eseti döntése pontosította, mivel kimondta, hogy az 5-20 százalékos gyakorisággal előforduló műtéti kockázat körébe tartozó szövődményekről kell a beteget tájékoztatni.⁶⁸⁹

Továbbá a jelenleg hatályos egészségügyi törvény különleges alaki feltételek alkalmazását írja elő az olyan ellátások visszautasításával kapcsolatban, amelyek elmaradása esetén a beteg súlyos vagy maradandó egészségkárosodása következhet be, mivel ilyen esetben a beteg nyilatkozatának érvényességéhez annak közokiratba vagy teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalása szükséges.

A beteg önrendelkezési joga korlátozható és a beleegyezésére sincs szükség, ha a beavatkozás elmaradása mások életét, egészségét vagy testi épségét súlyosan veszélyezteti, valamint ha a beteg súlyos életveszélyes állapotban van.⁶⁹⁰ A közvetlen életveszély tehát, mint a beteg önrendelkezési jogának legerősebb, abszolút jogi korlátát jelenti, hiszen a beteg életének mentése elsőbbséget kell, hogy élvezzen.⁶⁹¹ Közvetlen életveszély akkor áll fenn, ha a szükséges beavatkozás nélkül a halál közeli bekövetkezésének reális lehetősége áll fenn. A közeli lehetőség, mint időfaktor *Szuchovszky* és *Somogyi* szerint legfeljebb két napban állapítható meg, példaként a gyomorperforációt, mint hashártya gyulladást, majd vérmérgezést okozó kórképet említi.⁶⁹² A hatályos egészségügyi törvény 3.§ n) pontja az életmentő beavatkozást a következőképpen definiálja: „sürgős szükség esetén a beteg életének megmentésére irányuló egészségügyi tevékenység”

⁶⁸⁸ FÉZER *i.m.* 384.

⁶⁸⁹ Legfelsőbb Bíróság Pfv. VI: 21.077/1994. számú eseti döntése

⁶⁹⁰ *Kommentár az egészségügyi törvényhez*, Wolters Kluwer, Budapest, 2016, 57.

⁶⁹¹ ZÁKÁNY Judit, *A beteg önrendelkezési jogának törvényi tartalma és megjelenése a bírói gyakorlatban*, Debreceni Jogi Műhely 2023. 1-2, 158.

⁶⁹² SOMOGYI Endre - SZUCHOVSKY Gyula: *A műtéti beleegyezési nyilatkozattal kapcsolatos egyes kérdésekről*, Orvosi Hetilap 1966. 2, 76.

VI.3.2.5. Az életfenntartó beavatkozások visszautasításának joga

Az életfenntartó vagy életmentő beavatkozások visszautasítására pedig akkor van lehetősége a betegnek, ha olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül még a megfelelő egészségügyi ellátás mellett is halálhoz vezetne, továbbá a beteget háromtagú orvosp bizottságnak kell megvizsgálnia, majd nyilatkozatát 3 nap múlva 2 tanú előtt újra meg kell ismételnie.⁶⁹³ A bizottság nyilatkozatának tartalmaznia kell, hogy a beteg döntését annak következményeinek a tudatában hozta meg, a visszautasítás jogszabályban előírt egészségügyi feltételei fennállnak. A vizsgálat során kísérletet kell tenni a döntés háttérében álló ok feltárására és a beteg döntésének megváltoztatására.⁶⁹⁴ A nyilatkozat formai követelménye pedig, hogy azt közokiratba vagy teljes bizonyító erejű magánokiratba, a beteg írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében tett nyilatkozatba kell foglalni.⁶⁹⁵

Amennyiben a beteg olyan betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint, a lehetséges kezelési módok ellenére rövid időn belül halálhoz vezet. A sértett – beteg saját elhatározásából, a törvényben szabályozott feltételek mellett, ott előírt forma szerinti érvényes jognyilatkozatával utasíthatja vissza az ellátást, amely eredményeként az orvost a beteg ezt követően bekövetkező haláláért büntetőjogi felelősség nem terheli.

⁶⁹³ 1997. CLIV. tv. 20. §

⁶⁹⁴ SZILI Zoltán: *Az ellátás visszautasításának joga*, Közjegyzők Közlönye 1998. 11, 13.

⁶⁹⁵ KÖRÖSI i.m. 78.

VII. A TEAM FELELŐSSÉGE

VII.1. Az orvoslás divergálódása

Ahogy a dolgozat korábbi fejezetiben már részletesen kifejtésre került, az orvoslás egészen a XVIII. század végéig egyet jelentett a belgyógyászati tevékenységgel, hiszen ebben az időben míg a sebllátással kapcsolatos, külgyógyászati tevékenységet a borbélyok látták el, az orvosok kizárólag belgyógyászati feladatokat végeztek.⁶⁹⁶ A sebllátási munkát fokozatosan vették át a sebészek, akik sokáig az orvosi foglalkozáson kívülálló szakembereknek számítottak, képzésük és integrációjuk csak később került be az orvosképzésben és ezáltal az orvoslásba, ugyanis az 1770. évtől vette kezdetét hazánkban is a rendszeres sebészképzés, az 1786. évtől pedig már az orvosokat kötelezték arra, hogy az egyetemen sebészetet is tanuljanak. Tehát véglegesült a mai orvosi hivatáskör, a borbélyoknak ezzel párhuzamban pedig fel kellett hagyniuk a sebkezeléssel és gyógyítással.⁶⁹⁷ Az integrációt követően azonban az egyre duzzadó ismeretanyag okán az orvoslás divergálódása követett be, hiszen a XIX. század legvégén, az 1898. évben kidolgozott vékonybél szondázás során elért sikerek eredményeként megszületett a gasztroenterológia, mint belgyógyászat egyik tudományága. Az orvoslásba nem is olyan régen beolvadt sebészet, mint új szakág pedig az érzéstelenítő technikák megjelenésével ugrásszerű fejlődésnek indulhatott, amelyből a XX. század közepén vált le az aneszteziológia, mint szintén önálló szakterület.⁶⁹⁸ Tehát míg kétszáz évvel ezelőtt az ismert betegségeket általában egy orvos gyógyította, addig az 1970-es évekre az orvostudomány szakmai specializációja, az egyes szakágak ismeretanyagának fokozatos bővülése eredményeként a betegellátás több szakorvos együttes, közös tevékenységét követelte meg.⁶⁹⁹ Gondoljunk csak egy epehólyag kövesség miatti epehólyag műtéthez vezető folyamatra, ahol a beteg a következő szakorvosokkal találkozik: orvosi-laboratóriumi diagnosztikus, radiológus, belgyógyász, aneszteziológus, sebész, továbbá

⁶⁹⁶ SZULOVSKY János: *A borbélytól a fodrászig*, História 2006. 1, 31-33.

⁶⁹⁷ KÁDÁR László - BALÁZS Péter: *Temetés és haláleset követendő eljárások dilemmái a modern közegészségügyi igazgatásban*, Egészségtudomány 2009. 3, http://egeszseg tudomany.higienikus.hu/cikk/2009_3/Kadar.pdf (2024. június 05-i letöltés)

⁶⁹⁸ BENKE *i.m.* 205-207.

⁶⁹⁹ DEZSŐ [1979] *i.m.* 289.

társbetegségeitől függően akár tüdőgyógyász vagy kardiológiai szakvéleményre is szükség lehet.

A kézirat lezárásának idején hatályos foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállásának elődjét a büntetőtörvények egyes fogyatékoságainak megszüntetéséről és pótlásáról szóló 1948. évi XLVIII. törvény 20. §-a, a „veszélyeztetés” büntette határozta meg, majd jelentősen módosította a Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyvéről szóló 1961. évi V. törvény 258. §-a. A diszpozíció az egyéni felelősséget szabályozta, de annak ellenére nem tért ki a gondatlan bűnelkövetéssel kapcsolatos együttes felelősség kérdéseire, hogy a norma megalkotása előtt már három évvel, azaz az 1958. évben megalakult az önálló aneszteziológiai szekció.⁷⁰⁰ Tehát ekkor a modern, generális anesztézián alapuló sebészeti műtétek, mint a kizárólag munkamegosztással végezhető beavatkozásnak már mindennapinak számítottak.

VII.2. Problémafelvetés

A betegellátással kapcsolatban az orvosi együttes munkavégzés nemcsak egyidejűséget jelent, mint például egy műtét, hanem az oda vezető vagy azt követő utat, tehát a beteg kivizsgálását és kezelését, utógondozását is, amely általában egy összetett, hosszú folyamat lehet, érintve számos, akár fél, egy tucat társszakmát (lásd pl. onkológiai ellátás). Az együttes munkavégzés során, annak szükséges elemeként a kezelőorvos döntése az esetek többségében más szakmák által végzett vizsgálatok eredményein múlik, amelyek hibás jellege (pl. diagnosztikus tévedés a radiológia terén) veti fel a team felelősségének kérdését.

Az alá-fölérendeltségi viszony szemléltetése érdekében tételezzük fel azon esetet, amikor a beteg a sürgősségi osztályra hasi panaszok miatt érkezik és az ott elvégzett mellkasi és hasi röntgen vizsgálat során a leletező radiológus szabad hasi levegőt, mint üreges szerv perforációját diagnosztizálja, amely életveszélyes állapotot jelent és sürgős sebészeti beavatkozást igényel. A beteg panaszai azonban az időközben kapott intravénás fájdalomcsillapító gyógyszerek hatására jelentősen csökkentek, amely okán az őt vizsgáló rezidens orvos a hazabocsátása mellett dönt, ambuláns lapra az epikrízis, azaz

⁷⁰⁰ BOGÁR Lajos: *Aneszteziológia és intenzív terápia*, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2014, előszó

összefoglaló rész alatt felvezeti a történetet, többek között azt is, hogy az elvégzett képekalkító vizsgálat szabad hasi levegőt írt le, de a beteg jelentősen csökkentő, szinte panaszmentes állapotára tekintettel otthonába bocsátható. Az ambuláns lapot a műszakvezetői felügyeletet gyakorló szakorvos figyelmetlenül, annak tanulmányozása nélkül - vakon bízva a rezidensben – aláírja, amely mulasztások következtében a beteg életveszélyes állapotban otthonába távozik. Az eset kapcsán fontos tisztázni, hogy a szabad hasi levegő, mint üreges szerv perforációját jelző röntgenkép az orvostudományok során a radiológiai oktatás egyik alapvető fontosságú jele,⁷⁰¹ annak képi felismerése egy kezdő radiológus rezidensnél, a kifejezés ismerete pedig már egy ötödéves orvostanhallgatótól is joggal elvárható. A szakma szabályai szerint sebészeti konzílium kérése lett volna a rezidens feladata, amely műszakvezetői segítség és felügyelet nélkül is megoldható, kórházon belüli, sebészeti osztályra helyezéshez, mint betegátadáshoz ugyanis nem szükséges műszakvezetői engedély, kizárólag a fogadó orvos jóváhagyása, amely életveszély esetén akár rezidens is lehet. Konklúzióként tehát felmerül a rezidens mulasztásával kapcsolatban a hanyag gondatlanság lehetősége. A szakorvos kötelessége pedig a rezidens ellenőrzése, az ambuláns lap átolvasása, szükség esetén a beteg ismételt fizikális vizsgálata lett volna, így ezek elmaradása szintén pedig a tudatos gondatlanság lehetőségét veti fel. Joggal merül fel tehát a kérdés, hogy a felelősség kizárólag a szakorvost, mint szakmai feletttest terheli, aki hanyag módon nem ellenőrizte az ambuláns lapot, vagy a rezidens, aki felkészületlensége miatt nem tudta értelmezni az életveszélyes diagnózist. Véleményem szerint mindkét felet terheli büntetőjogi felelősség.

Második esetként, mellérendelt szakmák kapcsán képzeljük el azt az esetet, amikor a beteg gyomorszáj feletti panaszokkal keresi fel a sürgősségi osztályt és a vizsgáló radiológus rezidens a beteg panaszai, fizikális vizsgálata részeként a szakma szabályainak megfelelően tájékozódó ultrahang vizsgálattal az addig nem ismert epekövesség következményeként kialakult epehólyag akut gyulladás primer jelét, mint szonografikus Murphy jel pozitívitás észlelve az ügyeletes radiológustól ultrahang vizsgálatot kér. Kérése során ezért a nemzetközileg elismert radiológiai forrásból ismert primer jelekre kérdez⁷⁰², úgymint epekövesség és szonografikus Murphy jel pozitívitás⁷⁰³, a radiológus szakorvos a válaszadás elől részben kitér, csupán leírja, hogy a gyulladással – egyébként

⁷⁰¹ FRÁTER Lóránd: *Radiológia*, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2010, 420.

⁷⁰² <https://radiopaedia.org/articles/acute-cholecystitis?lang=us>
(2024. április 16-i letöltés).

⁷⁰³ <https://radiopaedia.org/articles/sonographic-murphy-sign-1>
(2024. április 16-i letöltés).

szekunder⁷⁰⁴, azaz következményes - jelek, úgymint epehólyag falvastagodás és ödéma, azaz szabad folyadék nem észlelhető, ezért kizárja a gyuladást, amit nemcsak szövegesen, de BNO kóddal, mint vizsgálati eredmény is megerősít. Az időközben elvégzett laboratóriumi vizsgálat azonban az akut gyulladással paraméterek emelkedését jelzi. Felmerül tehát a kérdés, hogy a beteg hazabocsátása esetén kit terhelne a felelősség a veszélyhelyzetben hagyás okán, hiszen a radiológus a gyuladást elvetette, bár a nemzetközi irodalomban elismert jelek kérdésében nem nyilatkozott, sőt a válaszadás elől kitért, így szakmai szabályt vétett. Felhívhatja-e erre a figyelmét a rezidens, amelyet vagy figyelembe vesz vagy sem, utóbbi körülmény betegdokumentációban történő rögzítése pedig felvethetné akár a rezidens etikai vétségét is. Felmerül tehát, hogy a beteg hazabocsátása esetén a felelősség a sürgősségin dolgozó orvost vagy a válasz elől kitérő radiológust terhelné-e, utóbbi magatartása véleményem szerint már túlmutat a diagnosztikus tévedésen, hiszen a nemzetközi radiológiai irodalomból ismert primer jelek irányába tett konkrét kérdésre való válaszadás alól egyértelműen és bizonyíthatóan kitért.

VII.3. A team felelősségével kapcsolatos irányzatok

Megállapítható tehát, hogy egyetlen beteg ellátásában tehát nemcsak egyszerre, hanem egymás munkáját követően is részt vehet több különböző szakágat képviselő orvos, ezért az esetleges hibák feltárása sem problémamentes. Hiszen az egyik ellátás során keletkező rendellenességre akár újabb mulasztás épülhet, ezért nemcsak a szakmai szabályszegés, de az okozati összefüggés és a bűnösség kérdésének megítélése sem problémamentes, mindamelllett, hogy a munkamegosztás előnyei és az azokból származó hasznok a társadalmilag megtűrt kockázat körébe kell, hogy tartozzanak. A rizikó indokoltságát azon körülmény szolgáltatja, hogy egyrészt lehetetlen az ellátásban részt vevő összes dolgozó által elkövethető lehetséges valamennyi hibát azonnal feltárni, hiszen az a vizsgálatok állandó ismétlését jelentené, másrészt a káros következmény akár lappangást követően, későbbi időpillanatban is jelentkezhet.⁷⁰⁵

⁷⁰⁴ <https://radiopaedia.org/articles/acute-cholecystitis?lang=us>
(2024. április 16-i letöltés).

⁷⁰⁵ DEZSŐ [1979] *i.m.* 290-291.

A büntetőjogban a közösen tevékenykedők felelőségének elhatárolási szabályai megfelelően kidolgozottak a szándékos bűnösség esetén. Hiszen a hatályos Büntető Törvénykönyv alapján a bűncselekmény szükségképpen alanya az elkövető, amely alapvető kategóriája a tettesség. A szándékos bűncselekmények esetén a tettesség és részesség számos esetét, - a teljesség igénye nélkül - úgymint közvetett tettes, társtettes valamint felbujtó és bűnsegéd különböztet meg. Azonban a gondatlan bűncselekményekkel kapcsolatban kizárólag tettesi elkövetői alakzat állapítható meg,⁷⁰⁶ azaz valamennyi elkövető önálló tettesként vonható felelőségre, függetlenül attól, hogy a felelőség alapját képező káros eredmény egymás mulasztásának eredményeként következett-e be. Tehát szükséges lenne a közös gyógyító tevékenységgel okozott biológiai típusú sértő eredményért való felelőség gondatlan bűnösségi alakzatainak a definiálása, az egyes felelőségi kérdések kimunkálása.

A probléma nem újkeletű, annak elméleti szintű elemzésével a hatvanas években *Sawicki*,⁷⁰⁷ a hetvenes években *Dezső*⁷⁰⁸ foglalkozott, azonban a kérdés aktualitása, annak megoldása a technika fejlődésével, az orvoslás specializációjával, a szakágak divergálásával ma talán még időszerűbb, mint fél évszázaddal ezelőtt.

Az együttes felelőséggel kapcsolatban háromféle elmélet különíthető el.

VII.3.1. A vezető felelősége

Ezen elmélet szerint az együttes vezetőjét terheli a felelőség a csapat bármely tagja által okozott hibáért, amelyet *Dezső*, mint az „*együttes tagjai iránti teljes bizalmatlanság*”-ként jellemez. A teória szerint a vezető, azaz felelős orvosnak a saját tevékenységén kívül az összes közreműködő munkáját is állandó felügyelettel kellene kísérnie, amely feltétele az összes szakterület tökéletes ismerete és művelése lenne.⁷⁰⁹ Ezen feltétel véleményem szerint is egyrészt lehetetlen elvárás, másrészt fennállta esetén okafogyottá válna a team többi tagjának a munkája. A gyakorlatban ugyanis minden szakterület művelője a csapatmunka során tevékenységét számos esetben más munkájára építve végzi, amely

⁷⁰⁶ GÖRGÉNYI [2014] *i.m.* 255.

⁷⁰⁷ lásd: SAWICKI Jerzi: *Az orvos büntetőjogi felelősége a közösen dolgozók együttes hibáért*, Jogtudományi Közlöny 1966. 3,

⁷⁰⁸ lásd: DEZSŐ László: *Az orvos büntetőjogi felelősége*, BM Könyvkiadó, Budapest, 1979.

⁷⁰⁹ DEZSŐ [1979] 292-293.

eredményességét ellehetetlenítené az állandó bizalmatlanság elve. *Sawicki* szerint ezen modell alkalmazása esetén a vezető orvost bármely harmadik személy által okozott hiba esetén legalább gondatlanság terhelné.⁷¹⁰

VII.3.2. Az abszolút bizalom elve

Az előző modell ellentettje, tehát a bizalom teljességéből indul ki,⁷¹¹ azaz egyik közreműködő sem kérdőjelezheti meg a másik munkáját. Ezen nézőpont imperfekcióját részben az is szolgáltatja, hogy még a nyilvánvaló hibát sem kellene észlelnie az azt felismerő másik együttműködőnek, hiszen maga a bizalmi elv mentesítené nemcsak az ellenőrzés, de az észlelés kötelessége alól is, tehát felelőssége teljesen kizárt lenne.⁷¹²

VII.3.3. A korlátozott bizalom elve

Ezen elv *Viski* által, a közlekedéssel kapcsolatban megfogalmazott bizalomból származtatható,⁷¹³ amely szerint a modern forgalom megköveteli a bizalom fennálltát, hiszen a gépjárművezető bízhat abban, hogy a többi fél ismeri és betartja a szabályokat. A korlátozottságát pedig az képezi, hogy bizonyos külső jelek fennállása esetén bizalmát veszítve számítani és alkalmazkodnia kell a lehetséges és várható hibákhoz.⁷¹⁴ Ezen nézőponttal ért egyet *Békés* is, aki a bizalmi elv alkalmazásának kiterjesztését megengedettnek tartja a büntetőjog klasszikus területén is, hiszen véleménye szerint „*az orvos bízhat abban, hogy a gyári csomagolású ampulla a csomagoláson feltüntetett gyógyszert tartalmazza, s az injekciót beadhatja, a bizalmi elv rendellenesség tapasztalása esetén azonban érvényét veszti, ha az orvos az ampulla tartalmának elszíneződését észleli*”.⁷¹⁵ Tehát összességében megállapítható, hogy ezen irányzat nemcsak elfogad bizonyos szintű, a munkamegosztásból eredő kockázatot, de a bizalmat

⁷¹⁰ SAWICKI Jerzi: *Az orvos büntetőjogi felelőssége a közösen dolgozók együttes hibáiért*, Jogtudományi Közlöny 1966. 3, 115.

⁷¹¹ SAWICKI *i.m.* 115.

⁷¹² DEZSŐ [1979] *i.m.* 293.

⁷¹³ „*A bizalmi elv annyit jelent, hogy a közlekedésben résztvevő mindaddig bízhatik mindenki más szabályszerű magatartásában, ameddig ennek ellenkezője, vagy legalább az ellenkező lehetősége a megkívánható gondosság mellett számára felismerhetővé válik.*” In: VISKI [1962] *i.m.* 26.

⁷¹⁴ SAWICKI *i.m.* 116.

⁷¹⁵ DEZSŐ [1979] *i.m.* 294.

megelőlegezi az együttes minden tagjának is,⁷¹⁶ hiszen vélelmezi, hogy a közös tevékenység minden résztvevője ismeri a szabályokat és azt követve jár el mindaddig, amíg az ellenkezőjére utaló jelet nem észlel, ekkor azonban a helyzetet felismerve, ennek megfelelő magatartást köteles tanúsítania, amely egyben a vélelmezett bizalom elvesztését is jelenti.⁷¹⁷

Sawicki a korlátozott bizalom elvének kiterjesztését javasolta minden olyan emberi tevékenységre, ahol a munka együttes végzése folyik, sőt annak egyben a büntetőjogi felelősség irányelvévé is kell válnia az együttesen elkövetett sértő eredményért való felelősség gondatlan bűnösségi eseteivel kapcsolatban. Álláspontját arra alapozza, hogy a Legfelsőbb Bíróság nr III. K. 345/63. 1964. II. 24.-én kelt határozatában a bíróság megállapította, hogy a vezetőnek egyrészt általános jártassággal kell rendelkezni az adott területtel kapcsolatban, másrészt ismerve a beosztottak munkáját, tehetségét és pontosságát bizalommal kell lennie irányukba, amely bizalomnak azonban a korlátait kell állítani.⁷¹⁸ A korlátozott bizalmi elvből levonható következtetések alapján tehát a közös tevékenységet végző minden tagnak vélelmeznie kell, hogy mindannyian megfelelően, kötelességeik szerint járnak el mindaddig, amíg ennek ellenkezőjére utaló jelre nem lesznek figyelmesek. Ilyen jel lehet annak észlelése, hogy az egyik közreműködő végzettsége ellenére az elvégzendő feladathoz megfelelő gyakorlattal nem rendelkezik, a feladatot nem tudja megoldani, vagy maga az utasítás nem jutott el a címzetthez vagy nem volt képes kiváltani a kívánt hatást. Ezen esetekben, tehát bizalomvesztés, azaz a potenciális hibalehetőség észlelése során köteles az azt észlelő vezető erre figyelmezteti a szobán forgó személyt, ellenőrzését elrendelni, helyettesítéséről gondoskodni, az alkalmatlan személy csapatból való kizárásáról intézkedni, továbbá minderről tájékoztatni köteles a team többi tagját is.⁷¹⁹ Ezen elvek csakis vertikális, azaz alá-fölérendeltségi viszonyok esetén működőképesek, egyenrangúság, azaz egymást követő munkavégzés esetén az utasítási jog ugyanis nem érvényesülhet.⁷²⁰

Továbbá felmerülhet az a kérdés is, hogyan alakul a felelősség azon esetekben, amikor a team több tagja egymástól függetlenül vét olyan hibát, amely önállóan ugyan nem káros, de egymásra épülve, összeadódva mégis nemkívánt eredményt okozhatnak. *Dezső*

⁷¹⁶ SAWICKI *i.m.* 115.

⁷¹⁷ DEZSŐ [1979] *i.m.* 294.

⁷¹⁸ SAWICKI *i.m.* 116.-117.

⁷¹⁹ SAWICKI *i.m.* 117.

⁷²⁰ DEZSŐ [1979] *i.m.* 295.-296.

álláspontja szerint olyan hiba esetén, amely más szakmát művelő számára is nyilvánvaló, köteles az azt észlelő felhívni a társszakma figyelmét, sőt szükség esetén tevékenységében megakadályozni, vagy a helyes tevékenység végzésére felszólítani, amelyet azzal indokol, hogy a figyelemfelhívás, mint kötelesség nem tartozik a felügyeleti jog körébe,⁷²¹ és a mellérendeltségi viszonyban is megengedett.

⁷²¹ DEZSŐ [1979] *i.m.* 298.

ÖSSZEFOGLALÁS

A büntetőjog célja, hogy hathatós oltalmat nyújtson az individuumok és ezáltal az egész társadalom számára az őket ért jogtalan támadásokkal szemben. A veszélyeztető, illetve sértő magatartásokat létrehozó helyzetekre megfelelő választ adva általában a jogi szabályozás a társadalmi élethelyzetek változásait követően, szükségszerűen a jogbiztonságra is tekintettel kell, hogy megjelenjen.

A gyógyító tevékenységgel kapcsolatos felelősségi szabályozás – egyes nézőpontok szerint – hazánkban viszonylag későn jelent meg, amelyet e szerzők az orvos kiválasztottként való tiszteletének tulajdonítottak; utóbbi érvet azonban a történelmi adatok nem támasztják alá, hiszen az orvos büntetőjogi felelőssége már az Óbabiloni Birodalomban megjelent, majd az egyes korszakokban kisebb-nagyobb súllyal, de nyomon követhető volt.

Hazánkban, ellentétben Nyugat-Európával, az orvoslásnak nincs régre visszanyúló gyökere, hiszen – a királyi és főnemesi családokon kívül a társadalom számára szélesebb körben – csupán körülbelül kettő évszázada érhető el. Ezáltal logikusnak tekinthető, hogy az orvoslás hiányában annak nemhogy felelősségi, szakmai, de még szakmai szabályai sem jelenhettek meg.

A korai szabályok és tervezetek kapcsán megállapítható, hogy az egyes egészségügyi foglalkozások megjelenését követték az azzal kapcsolatos felelősségi szabályok is. Előbb a borbélyok és bábák tevékenységével kapcsolatban jelentek meg felelősségükkel kapcsolatos szabályok, majd az orvoslás elterjedése is szükségszerűen magával hozta annak büntetőjogi vonatkozású normatervezeteit is. A viszonylag – Nyugat-Európai szabályozáshoz képest – késői megjelenést maga az orvoslás hazai elmaradottsága magyarázza. Hiszen az orvoslás és orvosi képzés térhódítását követően az azzal kapcsolatos felelősségi szabályok is relatíve rövid idő múlva a jogtudomány érdeklődési körébe kerültek, ugyanis az első orvosi kar és kórház alapítását követően, közel fél évszázaddal később, már megjelent *Gál László* tollából egy előremutató, orvosi vonatkozású büntetőjogi felelősségi szabályokat is tartalmazó törvényjavaslat. Azt a tényt, hogy a jogi szabályozás néhány esetben a társadalmi élethelyzet változásaira adott válaszként jelenik meg, jól szemlélteti azon körülmény is, hogy hazánkban az orvos felelősségével kapcsolatos szabályok javaslati szinten történő megalkotása a XVIII. század végén, az orvoslás elterjedésével párhuzamosan folyamatosan jelentek meg.

Az első önálló, új büntetőjogi rendelkezéseket tartalmazó, és már nem a korábbi szokásjogot összefoglaló javaslat az 1795. évi büntetőkódex-tervezet volt.⁷²² A tervezet a bűnösség – szándékosság, gondatlanság – kidolgozása során annak ellenére, hogy próbált előremutató lenni, hiszen kísérletet tett a bűnösségi alakzatok pontos elhatárolására, részben téves szemléletűnek tekinthető, mivel tévesen a *Filangieritől* átvett, az emberöléssel kapcsolatos példára építkezve élt általános fogalom meghatározással. A javaslat minden bűncselekmény esetén ugyanis hat bűnösségi fokozatot határozott meg: három gondatlan és három szándékos esetet, s azon belül pedig enyhébb, átlagos és súlyosabb esetet.⁷²³ Ezen hatos felosztás megjelent olyan deliktumok esetén is, amelyeknél a gondatlan elkövetési alakzat eleve kizárt volt, mint például a hamis tanúzás, nemi erőszak és lopás esetén is. A javaslatban megjelent az orvos felelősségének szabálya a mérgekeveréssel és rendeléssel kapcsolatban, hiszen vélhetően a *Mária Terézia*, majd *II. József* uralkodása során elterjedt mérgezési esetekre válaszul a kódex büntetni rendelte volna a mérget árusító orvost abban az esetben, ha az elrendelt mérget a sértett halálát okozza, de a káros eredményre a mérget árusító orvos vagy gyógyszerész szándéka nem terjedt ki.⁷²⁴ Az emberölés szabályai között pedig mint enyhítő körülmény jelent meg az, amikor a sértett „*az orvos vétké vagy hanyagsága miatt hunyt el*”, azonban a szóban forgó hanyag orvos felelősségéről a tervezet már nem rendelkezett. A véletlen emberölés szabályai pedig mint büntethetőséget kizáró okként mentesítették volna a szabályosan eljáró, beteg életét mentő orvost abban az esetben, ha a beteg a beavatkozás során sajnálatos módon elhalálozik. Tehát az említett szabály kizárta volna az orvos büntetőjogi felelősségét, amely megfelel a hivatásbeli kötelesség teljesítésének nevezett büntethetőségi akadály modern fogalmának.⁷²⁵

A közel fél évszázaddal később, *Gál László* által megalkotott, 1839. évben megjelent erdélyi büntető törvénykönyv-tervezetet orvosi – egészségügyi – vonatkozású szakaszairól összességében megállapítható, hogy korukat meghaladó, előremutató szabályokat, normákat tartalmaztak, hiszen büntetni rendelte volna a titokban szülést, továbbá megjelent a kuruzslás tilalma, annak szankcionálása is. A javaslat talán legfontosabb és korát meghaladó rendelkezése az orvos segítségnyújtási, tájékoztatási és a kezelt beteg „*követésének*” kötelezettsége tekinthető. Fontos kiemelni, hogy elsőként

⁷²² HAJDU [1971] *i.m.* 24-25.

⁷²³ BATÓ *i.m.* 12.

⁷²⁴ HAJDU [1971] *i.m.* 471.

⁷²⁵ HAJDU [1971] *i.m.* 464.

fogalmazta meg gondatlanságból kárt okozó orvos vagy kirurgus felelősségét is. A tervezet tanító szellemét jól tükrözi az is, hogy a vétkes orvost tevékenységének végzésétől mindaddig eltiltotta volna, amíg az tudásáról számot nem ad.⁷²⁶ Továbbá nem hagyható figyelmen kívül a halál tényét tévesen megállapító orvos felelősségének szabálya sem, hiszen a XVIII. és XIX. századokban a tetszhalál és annak következtében elvégzett élve eltemetetések jelentős problémákat okoztak. Ennek magját az képezte, hogy egyrészt ekkor még maga az orvostudomány sem definiálta a halál beálltának egzakt fogalmát, valamint a halál megállapításához szükséges feltételek sem kerültek kidolgozásra, másrészt az első halottkémléssel kapcsolatos szabály is csak egészen későn, az 1826. évben jelent meg.⁷²⁷

Az 1843. évi büntető anyagi jogi javaslatról általánosságban megállapítható, hogy szakított a feudalizmus szellemével, azaz a rendi tagozódásra és kiváltságokra építő szabályokkal és a törvény előtti egyenlőség alapelvét szem előtt tartva került kidolgozásra.⁷²⁸ A kódextervezetben a bizottság az orvos felelősségét az emberölés és testi sértés normái között kívánta szabályozni. Az emberölés szabályai között megjelent azon norma, amely abban az esetben, ha az orvos által kezelt beteg a kezeléstől számított harminc napon belül életét vesztette, akkor vétkes vigyázatlanság, azaz gondatlanság esetén az orvos büntetőjogi felelősséggel tartozott volna. A súlyos testi sértés szabálya pedig, az eredménytől függően rendelte volna büntetni a vétkes vigyázatlanul eljáró, szakmai szabályokat sértő orvost. A bűnösség szabályait elemezve is megállapítható a tervezet modern személete, hiszen nem a korábbi, 1795. évi javaslat *Filangieritől* tévesen átvett, minden bűncselekmény esetén megállapított hat bűnösségi alakzatot alkalmazta,⁷²⁹ hanem a szándékos, azaz dolus elkövetői alakzat mellett a bűnösség hagyományos felosztása szerint meghatározta a vétkes vigyázatlanság, azaz culpa fogalmát is, amellyel kapcsolatban különbséget tett culpa lata és culpa levis között. A kódextervezet azonban nem került elfogadásra, majd a szabadságharc bukását követően, az 1852. évben az akkori neoabszolutista vezetés az osztrák büntető kódexet léptette hatályba. Az osztrák büntető törvény, a Straf-Gesetzblatt szintén nem önálló tényállásként, hanem a gondatlan emberölés és a gondatlan súlyos testi sértés minősített alakzataiként rendelte büntetni a hivatásánál, foglalkozásánál fogva magasabb gondosság elmulasztása esetén azzal

⁷²⁶ HAJDU [1992] *i.m.* 75-76.

⁷²⁷ TÓTH György - HUSZÁR András - KORMOS Tímea: *A halottkémi rendszerről általában*, Hadmérnök 2011. 4, 122.

⁷²⁸ MÁRKI *i.m.* 330.

⁷²⁹ BATÓ *i.m.* 12.

összefüggésben bekövetkezett káros eseményt okozót, így például az orvost is. A Kiegyezést követő bizonytalan, a korábbi feudális szabályokat visszaállító rendszerben pedig nagy hatással bírt mind a gyakorlati, mind az elméleti életre *Pauler Tivadar* egyetemi tanár tankönyve, amely kizárólag az 1795. évi tervezetben is megfogalmazott, büntetethetőségi akadályként nevesített, szülő anya életét mentő, méhmagzatot termináló orvosi beavatkozást tartalmazta.

Fontos megjegyezni, hogy az 1843. évi javaslat annak ellenére, hogy definiált előremutató szabályokat, összevetve a négy évvel korábban, *Gál László* által megalkotott erdélyi büntető törvénykönyv-tervezetettel, hiányosnak tekinthető, hiszen nem tartalmazott a kuruzslással, orvosi segítségnyújtással, tájékoztatással és bábai felelősséggel kapcsolatos rendelkezéseket.

A törvényjavalatok tanulmányozása során megállapítható, hogy hazánkban igen későn jelent meg az orvoslás modern értelemben felfogott formája, azonban a jogtudomány meglehetősen gyorsan reagált az ezirányú társadalmi változásra, és törekvései egyértelműen előremutató javaslatokkal próbálták meg ösztönözni a jogalkotót a normaszövegben megjelenő szabályozás érdekében.

Az 1878. évi V. törvénycikk, a Csemegi-kódex, sajátos módon a gondatlan emberölés és gondatlan testi sértés minősített alakzataiként rendelte büntetni a szakfoglalkozások – például orvosi tevékenység – szabályainak gondatlan megszegéséből adódó káros eredményt okozó magtartásokat. Mivel ezek a deliktumok a gondatlanság súlyosabban minősülő esetei voltak, így a jogalkotó – a vétségek körén belül – magasabb büntetési tétel kiszabását tette lehetővé,⁷³⁰ azonban sértő eredményt nem okozó, – pusztán – veszélyeztető cselekményeket még nem pönalizálta. Ezen normát a korabeli jogtudomány több helyen „*ipari culpa*”-nak⁷³¹ vagy „*iparszerű culpának*”⁷³² -nak nevezte. A súlyosabb minősítés okát a korabeli jogtudomány azzal indokolta, hogy egy adott tevékenységet, mint mesterséget gyakorló személytől magasabb gondosság várható el, és abban az esetben, ha a hivatást folytató individuum foglalkozásában való járatlanságából, hanyagságából, vagy szakmai szabályainak megsértéséből adódott a káros eredmény akkor a szóban forgó tényállás szerint felelt tettéért. Összességében megállapítható, hogy

⁷³⁰ BALOGH *i.m.* 270.

⁷³¹ FEHÉRVÁRY *i.m.* 143.

BURSICS *i.m.* 260.

⁷³² MADAI [2020] *i.m.* 326.

a törvényhozó az adott foglalkozást hivatásaként gyakorló személyektől megkívánt egy „*nagyobb fokú*”, azaz különös gondosságot,⁷³³ amely által a mesterségek körében elvárt magasabb gondosság az adott deliktumok „*különleges*” fokának, azaz a gondatlan alakzat minősített esetének volt tekinthető.⁷³⁴ Egészségügyi vonatkozásban pedig abban az esetben, ha az orvosi tevékenység során, az orvos gondatlansága következtében a beteg testi épségében vagy életében kár következett be⁷³⁵, és a kettő között okozati összefüggés volt megállapítható, úgy – *Kassai* és *Szöke* fogalmával élve – megvalósult a „*gondatlan orvosi bűncselekmény*”.⁷³⁶

A Csemegi-kódex a megalkotását követően több mint hét évtizeden keresztül volt hatályban,⁷³⁷ e hosszú idő alatt a Kódex számos meghatározó eleme is lényeges módosításon esett át.⁷³⁸ A gyakorlatban később csak *veszélyeztetés*” büntették nevezett,⁷³⁹ sui generis szabállyal⁷⁴⁰ alkotta meg a harmadik büntetőnovella az élet vagy testi épség veszélyeztetése tényállást, amely norma a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállásának közvetlen előképének tekinthető.⁷⁴¹ A norma azon cselekményeket pónalizálta, amelyek során az elkövető a hivatása vagy foglalkozása szabályainak megszegésével, azzal okozati kapcsolatban mások életét vagy testi épségét közvetlenül fenyegető veszélynek tette ki, megelőzve a testi sérülés vagy halál bekövetkezésének konkrét lehetőségét.⁷⁴² A gyakorlatban a bíróságok túlnyomó többségben ezen tényállás alapján bírálták el a közlekedési, üzemi és egyéb baleseteket és az orvosi működés során az életet és testi épséget veszélyeztető cselekményeket is.⁷⁴³ A jogszabály miniszteri indokolása szerint az önálló tényállás megalkotására azért volt szükség, mivel a korábbi szabályozás, azaz a gondatlan emberölés és gondatlan testi sértés minősített esetei a káros eredményt okozó veszélyeztetést „*a következmény jelentőségével arányban nem álló enyhességgel bírálta el*”.⁷⁴⁴ Ezen okra magyarázatul szolgálhat, hogy a Csemegi-kódex a szocialista jogalkotás álláspontja szerint az

⁷³³ FEHÉRVÁRY *i.m.* 67-68.

⁷³⁴ SCHNIERER *i.m.* 148.

⁷³⁵ SZUCHOVSKY [1961] *i.m.* 1633.

⁷³⁶ KASSAI *i.m.* 117.

⁷³⁷ NAGY Ferenc [1998] *i.m.* 39.

⁷³⁸ BUSCH [2006] *i.m.* 38.

⁷³⁹ BM Tanulmányi és Módszertani Osztálya: *Büntetőjogi Tankönyv II. (Különös rész)*, Zrínyi Nyomda, Budapest, 1959, 433.

⁷⁴⁰ SZUCHOVSKY [1961] *i.m.* 1633.

⁷⁴¹ MADAI [2020] *i.m.* 327.

⁷⁴² GÁBOR *i.m.* 126.

⁷⁴³ SZUCHOVSKY [1961] *i.m.* 1634.

⁷⁴⁴ GÁBOR *i.m.* 125.

emberölés és testi sértés gondatlan alakzatait „*aránytalanul enyhén*” kezelte, amelyet azzal magyaráztak, hogy a trichotomia rendszerében a gondatlan cselekmények „*csupán*” vétségnek számítottak, így annak büntetési tételei is alacsonyabbak lehettek.⁷⁴⁵ Összességében megállapítható, hogy a harmadik büntetőnovella által pönalizált veszélyeztető norma megalkotásának valóban kettős oka volt, egyrészt a csupán veszélyeztető cselekmények szankcionálása, azaz a büntetőjogi védelmi vonal előrébb helyezése, másrészt önálló tényállásként, annak büntetté minősítése révén súlyosabb büntetés kilátásba helyezése volt a jogalkotó célja. A tényállás hatálybalépésétől kezdődően problémát jelentett, hogy a jogalkotó a bűnösséggel kapcsolatban tudatos és gondatlan alakzatokat különített el, előbbivel kapcsolatban azonban nem volt egyértelműen megállapítható, hogy törvényhozó valójában milyen bűnösségi formát kívánt meghatározni.⁷⁴⁶ A bírói gyakorlat végül a szocialista Btk., azaz az 1961. évi V. törvény kodifikációjának idejére arra a megállapításra helyezkedett, hogy a büntett elkövetési magatartása a foglalkozási szabályok megszegése, az ezzel okozati összefüggésben beállt veszélyhelyzet pedig maga a káros eredmény.⁷⁴⁷ Az 1961. évi Btk. miniszteri indokolása pedig már *expressis verbis* elismerte, hogy a harmadik novella a bűnösség kérdésében bizonytalanságot keletkeztetett, hiszen rámutatott arra, hogy a tudatos gondatlanság, azaz *luxuria* egyszerre felelhet meg a korábbi tudatos és a gondatlanság tudatos formájának is, továbbá a gyakorlatban csak kivételesen fordult elő, hogy az elkövető szándéka a szabályszegésen túl a káros eredményre is kiterjedt volna. Az esetek többségében ugyanis az elkövető szándéka – pusztán – a szabályszegést fogta át, a veszélyhelyzet okozására azonban már nem terjedt ki, ezért az eredmény tekintetében szándékosság nem, pusztán tudatos gondatlanság jellemezte a büntett alanyait. Az új tényállás a gyakorlatra támaszkodva a cselekmény alapesetét a közvetlen veszélyhelyzet gondatlan okozásával határozta meg és a korábbi gyakorlattal ellentétben a bűnösségi viszony vizsgálatát a közvetlen veszélyhelyzet, mint eredmény tekintetében követelte meg és annak a minősítés szempontjából is lényeges szerepet állított,⁷⁴⁸ továbbá mellőzte a korábbi, problematikus tudatos bűnösségi formát.⁷⁴⁹

⁷⁴⁵ <https://net.jogtar.hu/ezer-ev-torveny?docid=94800048.TVI&searchUrl=/ezer-ev-torvenyei%3Fpagenum%3D51> (2024. január 11-i letöltés).

⁷⁴⁶ VISKI *i.m.* 7-9.

⁷⁴⁷ POPOVICS *i.m.* 435.

⁷⁴⁸ VISKI *i.m.* 16.

⁷⁴⁹ GÁBOR *i.m.* 126.

A szocialista Btk. hatálybalépését követően a technikai fejlődés továbbra is töretlen maradt, amely szükségszerűen járt együtt a veszélyforrások növekedésével is. Ezen veszélyhelyzetek felismerésével, annak megelőzése érdekében kerültek megalkotásra olyan megelőző, biztonsági munkaszabályok, amelyek célja mind a prevenció, mind a bekövetkezett kár csökkentése volt.⁷⁵⁰ Ezen indokokra és a bűnözés struktúrájában beállt változásokra tekintettel aktuálissá vált egy új büntető törvénykönyv megalkotása is, amely eredményeként került kodifikálásra az 1978. évi IV. törvény is. A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés új, releváns módosításokat tartalmazó tényállását a Kodifikációs Bizottság több vitát követően, a gyakorlati tapasztalatokra figyelemmel alkotta meg.⁷⁵¹ A bűncselekmény alapesete a passzív alany meghatározásával kapcsolatban a korábbi „*egy vagy több ember*” megfogalmazást a „*más vagy mások*” kifejezésre módosította. Ezen változás mögött azon egyszerű ok, mint általános nézet állhatott, amely szerint az élet, testi épség, egészség elleni bűncselekmények passzív alanya csak az elkövetőn kívüli más személy lehet.⁷⁵² További változást jelentett, hogy az alapesetben került értékelésre a közvetlen veszélyhelyzeten túl a korábbi minősítő körülményként alkalmazott testi sértés is, azonban a gyógytartam tekintetében az új törvény már nem differenciált, annak értékelését a büntetés kiszabása körébe utalta.⁷⁵³ A korábbi törvény hiányosságának számított, hogy a könnyű testi sértésről nem rendelkezett. A minősített esetek kapcsán jelentősnek tekinthető bővítés történt, ugyanis új körülményként jelent meg a maradandó fogyatékoság, súlyos egészségromlás, tömegszerencsétlenség okozása, kettőnél több ember halála, és a halálos tömegszerencsétlenség okozása is. A szankciórendszerrel kapcsolatban megállapítható, hogy a korábbi büntető törvénykönyv mind az alapeset, mind a minősített esetek kapcsán magasabb büntetési tételeket alkalmazott, amely azt az anomáliát eredményezte, hogy a súlyos testi sértést okozó foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés magasabb büntetési tétellel volt fenyegetett, mint a szándékosan elkövetett súlyos testi sértés. Az új törvény mérsékelte a korábbi kirívóan magas büntetési tételeket,⁷⁵⁴ amely eredményeként a halált okozó foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés büntetési tétele a gondatlanságból elkövetett emberölésével lett azonos, hiszen a korábbi kettőtől nyolc évig terjedő szabadságvesztés hat hónaptól öt évig terjedő mértékre került

⁷⁵⁰ FONYÓ *i.m.* 113-114.

⁷⁵¹ LÁSZLÓ *i.m.* 435.

⁷⁵² FÖLDVÁRI [1989] *i.m.* 148.

⁷⁵³ IDZIG *i.m.* <http://ugveszeklapja.hu/?p=3689> (2024. március 14-i letöltés).

⁷⁵⁴ LÁSZLÓ *i.m.* 442-443.

leszállításra. A korábbi tényállás által szabályozott és a gyakorlatban legmagasabb számban előforduló közlekedési szabályszegéseket a törvényhozó – helyesen – kiemelte és közlekedési bűncselekmények címen külön fejezetben rendelte büntetni azokat.⁷⁵⁵

A 2012. évi C. törvény a hatálybalépést megelőző harmincévnyi gyakorlatnak engedve a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállásának egy betűnyi módosítást tartalmazta, hiszen a birtokos jelző elhagyásával az új törvény a „*foglalkozása szabálya*” helyett már a „*foglalkozási szabály*” kifejezést alkalmazza.⁷⁵⁶

A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállása közel fél évszázada nyerte el a dolgozat lezárásának időpontjában véglegesnek tekinthető állapotát, amelyet az azt megelőző harminc esztendőben két lényegesebb módosítást előzött meg. Vitathatatlan, hogy a foglalkozások közül az orvosi tevékenység minősül az egyik legnagyobb jelentőségűnek, hiszen arra irányul, hogy az emberi életet és egészséget egyrészt a veszélyeztető károsodásoktól megóvja, másrészt a már bekövetkezett kártól mentesítse, vagy enyhítse.⁷⁵⁷ Az orvosi beavatkozások ezért az esetek többségében jelentős kockázatvállalással történnek, de természetesen a felelősség alapításához nem elegendő önmagában a nemkívánatos következmény beállta, szükséges további körülmények vizsgálata és azok megléte is. Ilyen például a bűnösség és az okozati összefüggés elemzése is, továbbá nem hagyható figyelmen kívül a szakmai szabályok értékelése sem. Utóbbival kapcsolatban megállapítható, hogy míg másfél évszázaddal ezelőtt *Virchow* és *Oesterlen* is egyetértett abban, hogy az orvosi eljárásokat, beavatkozásokat robbanásszerű fejlődés jellemezi,⁷⁵⁸ addig ezen gyors fejlődés napjainkra kissé mérséklődni látszik, másrészt a tudományos eredmények, eljárások a digitalizáció eredményeként, már a publikálás pillanatában széles körben, szinte korlátlanul elérhetővé váltak. A jogesetek elemzése során egyértelművé vált, hogy azon esetek, amelyekkel kapcsolatban a foglalkozási szabályok egyértelműen meghatározhatók, mint például a vérátömlesztés⁷⁵⁹, gyógyszeradagolás⁷⁶⁰ szabályai, azok megszegésének megállapítása is relatíve problémamentes feladata. Azonban adódtak olyan ügyek, amelyek során a szakmai szabályok szerte ágazók, nem egységesek és csak a perújítás során benyújtott hatodik

⁷⁵⁵ BITTÓ *i.m.* 582.

⁷⁵⁶ IDZIG *i.m.* <http://ugyeszeklapja.hu/?p=3689> (2024. március 14-i letöltés).

⁷⁵⁷ ERDŐSY [1988] *i.m.* 93.

⁷⁵⁸ MADAI [2011] *i.m.* 21.

⁷⁵⁹ lásd: BH+ 2003.8.364

⁷⁶⁰ lásd: Bhar.215/2023/6.

szakértői vélemény alapján nem minősült szakmai szabályszegésnek,⁷⁶¹ hanem a beavatkozás kockázataként értékelték a kérdéses eljárást és az annak okán keletkezett sérüléseket.

A felelősségi szabályok kialakítására csak akkor kerülhet sor, ha az adott szakma szabályai pontosan kimunkáltak, hiszen megfelelő szakmai szabályok nélkül, azoknak nemcsak megszegése, de az azzal kapcsolatos felelősség megállapítása is eleve aggályos. Magától értetődő, hogy modern orvoslás megjelenése előtti időben retrospektíve a lehetséges eljárások is szűkebb körben, kevésbé eredményesen kerülhettek kivitelezésre, hiszen csak az újabb kori fejlődés eredményeként került felfedezésre számos korábban nem ismert betegség és ezáltal azok kezelési módja is. Tehát amíg maga a szakma és annak szabályai is bizonytalanok számítottak, úgy természetesen a felelősség is csak szűk körben érvényesülhetett, gondoljunk csak arra a korábban bemutatott esetre, amely során a beteg a tévesen elvégzésre került ütérér metszés okán kialakult fertőzés következtében életét veszítette és a korabeli tudomány az akkori ismereteknek megfelelően az eredményt csupán a beavatkozás kockázataként értékelte. Esszenciálisak tehát az egyértelműen értelmezhető, konkrét szakmai szabályok léte, hiszen azáltal segíti a betegellátást, hogy egységes, könnyen fellelhető, ezáltal egységesen alkalmazhatók, míg megszegésük esetén pedig azok könnyen ellenőrizhetők.

A szerteágazó szabályozás okán nemcsak a betegállatást, de annak biztonságát is növelné, ha a szerteágazó, nehezen fellelhető szabályok helyet hazánkban is bevezetésre kerülne egy egységes, széles körben elérhető protokoll rendszer, amely eljárásrendek alkalmazása során foglalkozási szabályszegés megállapítására nem kerülhetne sor, attól eltérő kezelésre a szabad gyógymódválasztás okán lehetőség maradna, de a döntéséért az alany magyarázattal tartozna, hibájáért pedig önállóan felelne. Talán ezen okokból kifolyólag az angolszász orvoslás már több éve, talán évtizede bevezette az egységes protokollok, eljárásrendek alkalmazását, amelyhez hasonlóan hazánkban az Országos Mentőszolgálat néhány éve kidolgozta és bevezette az úgynevezett szabványos eljárásrendek alkalmazását.⁷⁶² Ezen eljárásrendek bevezetésére egyrészt a betegbiztonság érdekében, másrészt az egészségügyi dolgozók segítése céljából került sor, hiszen azok széles körben elérhetővé váltak, előre megismerhetők.

⁷⁶¹ lásd: Bf.195/2017/12

⁷⁶² <http://www.omzorvosszakma.hu/szabvanyos-eljarasrendek/> (2021. július 11-i letöltés).

A tényállás másik lényegi elemével, az eredménnyel kapcsolatban már az 1961. évi V. tv szabályozása által kialakult⁷⁶³ és a jelenleg is fennálló⁷⁶⁴ gyakorlat a veszélyhelyzet fenntartását vagy tovább fokozását is tényállásszerűnek tekinti, azonban ez a gyakorlat egyértelműen contra legem, hiszen figyelemmel arra, hogy az említett törvénytől kezdődően valamennyi norma szerint a veszélyhelyzet kialakítása vagy a testi sértés okozása tekinthető csak tényállásszerűnek. Ezért nélkülözhetetlennek tűnik a normaszöveg ilyen irányú módosítása, ekként a gyakorlat, hasonlóan a birtokos rag elhagyásával, ebben a tekintetben is aggálytalan lehetne.

A tényállás sajátosságából adódóan, a bűncselekmény alanyi oldalát vizsgálva a társtettség gondatlanság esetén kizárt, az együttes magatartással megvalósított cselekményeikért az elkövetők önálló tettesként vonhatók felelősségre. Azonban a modern orvoslás megjelenésével, a szakágak specializációjával a betegellátás több orvos együttes, közös munkáján alapul, amely során egyetlen beteg ellátásában akár egyszerre, de egymás munkáját követően is részt vehet több különböző specialista, amely természetesen nemcsak előnyöket, hanem hátrányokat is megában hordozhat. Ugyanis az egyik ellátás során keletkező rendellenességre akár újabb mulasztás épülhet, ezért nemcsak a szakmai szabályszegés, de az okozati összefüggés és a bűnösség kérdésének megítélése sem problémamentes, mindamelllett, hogy a munkamegosztás előnyei és az azokból származó hasznok a társadalmilag megtűrt kockázat körébe kell, hogy tartozzanak. A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállása – sajátos bűnösségi alakzatából adódóan – annak ellenére nem tér ki a gondatlan bünelkövetéssel kapcsolatos együttes felelősség kérdéseire, hogy ezen problémára már évtizedekkel ezelőtt a jogtudomány felhívta a figyelmet. A probléma tehát nem újkeletű, azonban az idő múltával, új szakágak megjelenésével talán még aktuálisabbá vált, amelyre a dolgozat két teoretikus példával is próbálta felhívni a figyelmet. Ezért indokolt lenne a közösen tevékenykedő egészségügyi munkavégzéssel kapcsolatos büntetőjogi szabályok kidolgozása, amely büntetőjogi probléma egy önálló dolgozat alapjául szolgálhat.

⁷⁶³ lásd: BH 1972.12.7285 és BH 1973.7.261

⁷⁶⁴ lásd: BH 2023.3.56 I.

FELHASZNÁLT IRODALOM

SZAKIRODALMI FORRÁSOK

ÁDÁM György: *Igazságügyi szakértés az „orvosi műhiba” perekben*, Jogtudomány Közlöny 2000. 10.

ÁDÁM György: *Orvosi műhiba – rendőrségi eljárás*, Belügyi Szemle 1997. 12.

Az orvosi gyakorlat szabályai: Posner Grafikai Műintézet Rt., Budapest, 1935, 100.

BALÁS Elemér, *A büntető törvények zsebkönyve*, Politzer Zsigmond és fia, Budapest, 1905.

BALOGH Elemér: *A magyar büntetőtörvény-tervezetek szerkezeti fejlődése*, Acta Universitatis Szegediensis: acta juridica et politica, Szeged, 2004. 64.

BALOGH Jenő - BERNOLÁK Nándor: *A büntető törvények és a büntető novella*, Grill Károly Könyvkiadóvállalata, Budapest, 1908.

BARNA Attila: *Törekvések a politikai bűncselekmények rendezésére Magyarországon a 18. század végén, és az 1795. évi büntető törvénykönyv tervezete*, Jog, állam, politika 2010. 2.

BATÓ Szilvia: *A szándékon túli eredményért való felelősség az 1795. évi és az 1830. évi tervezetekben*, Jogelméleti Szemle 2016. 3.

BÉKY Ágnes Enikő: *Az orvostudomány elméleti, gyakorlati eredményei és a büntetőjog kapcsolata*, Debreceni Jogi Műhely 2013. 2.

BÉLI Gábor: *Magyar jogtörténet. A tradicionális jog*, Dialóg Campus Kiadó, Budapest, 2014, 91.

BELLI Melvin M.: *The Evolution of Medical Malpractice Law*, In: VEVAINA James R., BONE Roger C., KASSOFF Edwin, *Legal Aspects of Medicine*, Springer, New York, 1989.

BELOVICS Ervin (szerk.): *Bűnetőjog II. Különös Rész*, HVG-ORAC, Budapest, 2013.

BELOVICS Ervin: *A jogellenesség és a társadalomra veszélyesség konfliktusa*, Iustum Aequum Salutare 2007. 3.

- BENEDEK István: *Hügieia. Az Európai Orvostudomány Története*, Gondolat Kiadó, Budapest, 1990.
- BENKE József: *Az orvostudomány története*, Medicina, Budapest, 2009, 118-119.
- BÉNYEY Zoltán: *A társadalomra veszélyesség fogalma és szabályozása de lege ferenda*, Jogtudományi Közlöny 1955. 11.
- BÉRCES Viktor: *A sértett magatartásának büntetőjogi relevanciájáról: beleegyezés, közrehatás, utólagos hozzájárulás*, Büntetőjogi Szemle 2017. 2.
- BÉRCES Viktor: *A veszély büntetőjogi fogalmának megjelenési formáiról*, Glossa Iuridica 2017. 1-2.
- BITTÓ Márta: *A foglalkozási szabály személyi hatálya a büntetőjogban*, Jogtudományi Közlöny 1985.
- BM Tanulmányi és Módszertani Osztálya: *Büntetőjogi Tankönyv II. (Különös rész)*, Zrínyi Nyomda, Budapest, 1959.
- BM Tanulmányi- és Módszertani Osztálya: *Büntetőjogi Tankönyv I*, Győr-Sopronmegyei Nyomda Vállalat, 1959.
- BOGÁR Lajos: *Aneszteziológia és intenzív terápia*, Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2014.
- BOGDÁN István: *Régi magyar mesterségek*, Neumann Kht., Budapest, 2006.
- BORBÉLY Zita: *Az orvosi műhiba polgári jogi kérdései*, Studia Juvenum 2009. 1.
- BUDVÁRI Róbert: *Orvosi felelősség – orvosi műhiba*, Egészségügyi Dolgozó 1966. 10.
- BUDVÁRI Róbert - HORVÁTH Dezső: *A modern anaesthesiologia kockázatai*, Orvosi Hetilap 1964. 40.
- BUDVÁRI Róbert - Ottó Szabolcs: *A szervátültetés kockázata*, Orvosi Hetilap 1970. 4.
- BURSICS Zoltán: *A Magyar anyagi büntetőjog rövid összefoglalása*, Grill Károly Könyvkiadó Vállalata, Budapest, 1947.
- BUSCH Béla (szerk.): *Büntetőjog Általános rész*, HVG-ORAC, Budapest, 2006,

- BUSCH Béla (szerk.): *Büntetőjog Különös Rész*, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft, Budapest, 2009.
- DADAY András: *Kuriózumok az orvostudomány magyarországi történetéből*, Akadémiai Kiadó, Budapest, 2002.
- DADAY András: *Újabb kuriózumok az orvostudomány magyarországi történetéből*, Akadémiai Kiadó, Budapest, 2005.
- DÁVID Lilla: *Foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés a műtőben I. rész*, *Ügyészek Lapja* 2009, 3-4.
- DEMÉNY Lajos: *Encyclopaedia Transsylvanica*, A Hét 1993. 28.
- DEMKÓ Károly: *A Magyar Orvosi Rend Története*, Dobrowsky és Franke, Budapest, 1894.
- DÉNES J. Tamás: *Foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés (Az orvosi műhiba)*, *Belügyi Szemle* 1964. 8.
- DEZSŐ László: *A gyógyítás szabadságának egyes korlátairól*, *Orvosi Hetilap* 1972. 16.
- DEZSŐ László: *Az orvos büntetőjogi felelőssége*, BM Könyvkiadó, Budapest, 1979.
- DEZSŐ László: *Polypragmasia és büntetőjog*, *Orvosi Hetilap* 1971. 19.
- DÓSA Ágnes: *Az orvos kártérítési felelőssége*, HVG-ORAC, Budapest, 2010.
- DUIN Nancy – SUTCLIFFE Jenny: *Az orvoslás története az ősidőktől 2020-ig*, Medicina, Budapest, 1993.
- EDVI Illés Károly: *A magyar büntetőtörvények zsebkönyve*, Révai Irodalmi Intézet, Budapest, 1929.
- EDVI Illés Károly: *A magyar büntetőtörvénykönyv magyarázata I*, Révai Testvérek Irodalmi Intézet Rt, Budapest, 1909.
- EDVI Illés Károly: *A magyar büntetőtörvénykönyv magyarázata II*, Révai Testvérek Irodalmi Intézet Rt, Budapest, 1909.
- ERDŐSY Emil: *A megengedett kockázat a büntetőjogban*, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1988.

- ERDŐSY Emil: *Az orvosi tevékenység megengedett kockázata és a büntetőjogi felelősség*, Jogtudományi Közlöny 1983. 6.
- ERDŐSY Emil: *Véleményeltérések a kockázatvállalás büntetőjogi értelmezésében*, Jogtudományi Közlöny 1982. 9.
- FABER Viktor: *Az ún. orvosi műhibáról és orvosszakértői véleményezésről*, Honvédorvos 1962. 1.
- FAHNER Johann Christoph: *Vollständiges System der gerichtlichen Arzneikunde, Zweiter Band*, Franzen und Groffe, Stendal, 1797.
- FAZEKAS I. Gyula - KÓSA Ferenc - RENGEI Béla: *Milyen hibák fordulnak elő az alkylfoszforsav-észter mégezetek kezelésekor? Az orvosi felelősség kérdése*, Orvosi Hetilap 1968, 34.
- FEHÉRVÁRY Jenő: *Magyar anyagi büntetőjog kistükre*, Budai Nyomda, Budapest, 1936.
- FÉZER Tamás: *A kártérítési jog magyarázata*, Budapest, Complex, 2010.
- FINKEY Ferenc: *Testi sértés és a „volenti non fit injuria*, Büntető Jog Tára, Budapest, 1905. 14.
- FINKEY Ferenc: *Orvosi beavatkozás és a testi sértés*, Büntető Jog Tára, Budapest, 1905. 25.
- FONYÓ Antal: *Magyar Büntetőjog Különös Rész*, BM Könyvkiadó, Budapest, 1981.
- FÖLDES Vilmos: *A felelősség megállapítása az orvosi tevékenység vitás eseteiben*, Rendőrségi Szemle 1961. 1.
- FÖLDEVÁRI József: *A Magyar Büntetőjog Különös Rész*, Tankönyvkiadó, Budapest, 1989.
- FÖLDEVÁRI József: *Magyar Büntetőjog Általános Rész*, Osiris Kiadó, Budapest, 2001.
- FÖLDEVÁRI József: *Magyar Büntetőjog Különös Rész*, Rejtjel Kiadó, Budapest, 1998.
- FRÁTER Lóránd: *Radiológia*, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2010.
- GAÁL Csaba: *Sebészet*, Medicina, Budapest, 2016.
- GÁBOR László: *A közlekedési bűncselekmények jogi szabályozásának fejlődése hazánkban*, Városi Közlekedés 1980. 2.

- GERCENZON, Visinszkaja: *A Szovjet Büntetőjog Különös Rész*. Fordította: Tardy Lajos, Jogi és Államigazgatási Könyv- és Folyóiratkiadó, Budapest, 1954.
- GÖRGÉNYI Iлона: *Kárjótétel a büntetőjogban, mediáció a büntetőügyekben*, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest, 2006.
- GÖRGÉNYI Iлона (szerk.): *Magyar büntetőjog általános rész*, Wolters Kluwer Kft., Budapest, 2014.
- GÖRGÉNYI Iлона (szerk.): *Magyar büntetőjog különös rész*, Wolters Kluwer Kft., Budapest, 2015.
- GRÓSZ Emil: Az orvosok felelőssége, *Budapesti Szemle* 1898. 256.
- HAJDU Lajos: *Az első (1795) magyar büntetőkódex-tervezet*, KJK Kiadó, Budapest, 1971.
- HAJDU Lajos: *Bűnözés és büntetőbíráskodás a XVIII. Század hetvenes éveinek Magyarországon*, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1996.
- HAJDU Lajos: *Büntett és büntetés Magyarországon a XVIII. Század utolsó harmadában*, Magvető Könyvkiadó, Budapest, 1985.
- HAJDU Lajos: *Gál László – Javallat (Az első erdélyi magyar nyelvű büntető törvénykönyv-tervezet, 1839)*, ELTE BTK Román Filológiai Tanszék, Budapest, 1992.
- HALÁSZ Sándor (szerk.): *A Büntető Törvénykönyv Kommentárja*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1968.
- HÁMORI Antal: *Az „eutanázia” fogalmáról*, Magyar Jog 2010. 9.
- HENKE, Adolph: *Lehrbuch der gerichtlichen Medicin*, Bei Ferdinand Dümmler, Berlin, 1838.
- HIDVÉGINÉ Adorján Livia - SÁRINÉ Simkó Ágnes: *Műhibák és kártérítési perek az egészségügyben*, Medicina, Budapest, 2013.
- HOFER, Hans-Georg: *Medizin. Macht. Fehler. Zur historischen Verortung einer aktuellen Diskussion*, In: Jahrbuch Ethik in der Klinik, Band 6: Fehler und Ethik in der Medizin: Neue Wege für Patientenrechte hg. von Andreas Frewer et al., Würzburg, 2013.
- HOLLÁN Miklós: *Büntetőjog II. Az anyagi büntetőjog különös része*, Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs, 2011.

- HOMICSKÓ Árpád Olivér: *Az egészségügyi ellátás visszautasításának jogának vizsgálata a magyar egészségügyi ellátásban*, Glossa Iuridica 2022. 3-4.
- HORVÁTH Nándor: *Jogalkalmazás*, Magyar Rendőr 1974. 21.
- HORVÁTH Tibor – VISKI László: *A biológia és az orvostudományok fejlődésének hatása a büntetőjogra*, Állam- és Jogtudomány 1969. 4.
- HORVÁTH Tibor: *Az élet, testi épség, egészség büntetőjogi védelme*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1965.
- IDZIG Izabella: *A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés hatályos szabályozása az ítélkezési gyakorlat tükrében*, Ügyészségi Szemle 2022. 01.
- IDZIG Izabella: *A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés szabályozásnak hazai alakulása. Történeti visszatekintés*, Ügyészek lapja, 2021. 6.
<http://ugyeszeklapja.hu/?p=3689> (2024. március 14-i letöltés).
- ifj. SZIGETI László: *A m. kir. Kúria jogegységi tanácsának 49. számú polgári döntvénye*. In: Polgári jog: a hazai és külföldi magánjog és hiteljog szemléje 1932. 8.
- ifj. SZIGETI László: *Két perjogi kérdés a jogegységi tanács előtt*. In: Polgári jog: a hazai és külföldi magánjog és hiteljog szemléje 1935. 11.
- IRK Ferenc: *A rizikó és a gondatlan bűncselekmények*, Jogtudományi Közlöny 1980. 3.
- IRK Ferenc: *A sértett magatartásának értékelése a technikai vívmányok alkalmazása során bekövetkező gondatlan bűncselekmények körében*, Jogtudományi Közlöny 1979. 8.
- ISAÁK Gyula: *Büntető Törvénykönyv a büntettekről és vétségekről (1878. v. tc.)*, Grill Károly Könyvkiadóvállalata, Budapest, 1928.
- JABBA György - MÉSZÁROS Erzsébet: *Austral-antigén pozitív vér transfúzióra való alkalmazása és ennek jogi vonatkozásai*, Orvosi Hetilap 1972. 11.
- JOBBÁGYI Gábor: *Orvosi Jog Hippokratésztől a klónozásig*, Szent István Társulat, Budapest, 2008.
- KÁDÁR Krisztina - MOLDOVÁNYI György: *Büntető Törvénykönyv*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1979.

- KÁDÁR László - BALÁZS Péter: *Temetés és haláleset kapcsán követendő eljárások dilemmái a modern közegészségügyi igazgatásban*, Egészségtudomány, 2009. 3. http://egeszsegtudomany.higienikus.hu/cikk/2009_3/Kadar.pdf (2024. június 05-i letöltés)
- KÁDÁR Miklós: *A Szovjet anyagi büntetőjogról I. (Feladata, jellege, fejlődése)*, Konta Lipót Kiadó, Budapest, 1951.
- KÁDÁR Miklós: *A Szovjet Büntetőjogról II.-III. Alapvető elvei –Különös része*, Főváros Nyomda, Budapest, 1951,
- KÁDÁR Miklós: *Magyar Büntetőjog Általános rész*, Tankönyvkiadó, Budapest, 1955.
- KALISCH M.: *Kunstfehler Der Ärzte*, Verlag von Veit, Leipzig, 1860.
- KARSAI Krisztina: *A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállásának kritikája*, Magyar Jog, 2006. 12.
- KARSAI Krisztina (szerk.): *Nagykommentár a Büntető Törvénykönyvhöz*, Wolters Kluwer, Budapest, 2022.
- KASSAI Béla - SZÖKE Sándor: *Az orvos felelőssége*, Grill Károly Könyvkiadóvállalata, Budapest, 1938.
- KERESZTY Béla: *Két javaslat a közlekedési bűncselekmények kodifikációjához*, Magyar Jog 2005. 5.
- KISS László: *Néhány fejezet a magyar bányajogból*, Bányászati Lapok 1964. 6.
- KMOSKÓ Mihály (ford.): *Hammurabi Törvényei*, Az Erdélyi Múzeum-Egyesület Jog- és Társadalomtudományi Szakosztálya, Kolozsvár, 1911.
- KOLOSVÁRY Sándor - ÓVÁRI Kelemen: *Werbőczy István Hármaskönyve*, Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 1894.
- Kommentár az egészségügyi törvényhez*, Wolters Kluwer, Budapest, 2016.
- KORMÁNY Zita - SZALÓKI Gergely: *A Csemegi kódex szankciórendszere I. Jogelméleti szemle*, 2011. 3, <http://jesz.ajk.elte.hu/kormany-szaloki47.html> (2024. június 04-i letöltés)

KOVÁCS Gábor: *A jogi felelősség aktuális kérdései az egészségügyi intézményekben*,
BONCZ Imre (szerk.): *Gazdálkodás és menedzsment az egészségügyi intézményekben*,
Medicina, Budapest, 2019.

KOVÁCS Gábor: *Az ítéletalkotás csapdái*, In: MADAI Sándor (szerk.), *Sic itur ad astra: Ünnepi kötet a 70 éves Blaskó Béla tiszteletére*, Ludovika Egyetemi Kiadó, Budapest, 2020.

KOVÁCS Gábor: *Kockázatok és mellékhatások*, In: KOLTAY András és GELLÉR Balázs (szerk.): *Jó kormányzás és büntetőjog, Ünnepi tanulmányok Kis Norbert egyetemi tanár 50. születésnapjára*, Ludovika Egyetemi Kiadó, Budapest, 2022.

KOVÁCS Gábor – NÉMETH Imre – GELLÉR Balázs: *Az egészségügyi beavatkozás, az orvostudomány kutatás rendje és az egészségügyi önrendelkezés elleni bűncselekmények szabályozására az új büntető törvénykönyvben*, Büntetőjogi Kodifikáció 2005. 1.

KOVÁCS Kálmán: *A büntetőjog oktatása a nagyszombati egyetem jogi karán 1667-1777*, Jogtudományi Közlöny, Budapest, 1967. 5.

KOVÁCS Zoltán: *Új Büntetőjogi Kézikönyv*, Zrínyi Nyomda, Budapest, 1962.

KOVÁCSY Zsombor: *Egészségügyi Jog*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008, 57.

KÖRÖSI Alexandra: *Az önrendelkezési jog az eutanázia kapcsán*, Jog Állam Politika 2017. 2.

LÁSZLÓ Jenő: *Az 1978. évi IV. törvény (BTK) előkészítése VII. kötet*, Igazságügyi Minisztérium, Budapest, 1989.

LÉVAY Miklós: *Dezső László: Az orvos büntetőjogi felelőssége c. könyvéről*, Jogtudományi Közlöny 1982. 9.

LOMNICI Zoltán: *Az orvoslás joga*, Lélekben Otthon Kiadó, Budapest, 2009.

LOMNICZI Zoltán: *Az orvoslás joga Kommentár a gyakorlat számára*, Lélekben Otthon Kiadó, Győr, 2009.

LÖW Tóbiás: *A Magyar Büntetőtörvénykönyv a büntettekről és vétségekről és teljes anyaggyűjteménye I.* Pesti Könyvnyomda-részvény-társaság, Budapest, 1880.

LÖW Tóbiás: *A Magyar Büntetőtörvénykönyv a büntettekről és vétségekről és teljes anyaggyűjteménye II.* Pesti Könyvnyomda-részvény-társaság, Budapest, 1880.

MADAI Sándor (szerk.): *Büntetőjogi ismeretek - Tananyag egészségügyi szakemberek részére*, Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ, Budapest, 2016.

Madai Sándor: „*Nem tudunk csodát tenni*” *Gondolatok az orvosi műhiba büntetőjogi megítéléséhez*, Med. Et Jur 2011. 3.

MADAI Sándor: *A csalás tényállása a Csemegi-kódex és az I. büntető novella tükrében*, Jogtörténeti szemle 2008. 4,

MADAI Sándor: *A csalás tényállásának hazai előképei az államalapítástól a felvilágosodás koráig*, Jogtörténeti szemle 2009. 4.

MADAI Sándor: *Az „orvosi műhiba” gyakorlati problémáihoz*, In: KARSAI Krisztina (szerk.), *Keresztmetszet - tanulmányok fiatal büntetőjogászok tollából*, Pólay Elemér Alapítvány, Szeged, 2005.

MADAI Sándor: *Foglalkozási szabály vagy közlekedési szabály? A közlekedési veszélyeztető bűncselekmények és a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés elhatárolási kérdéséhez*. In: MADAI Sándor (szerk.), *Sic itur ad astra: Ünnepi kötet a 70 éves Blaskó Béla tiszteletére*, Ludovika Egyetemi Kiadó, Budapest, 2020.

MADAI Sándor: *Paradigmaváltás-kontinuitás? Magyar kodifikációs törekvések a csalás definiálására a 18. század második és a 19. század első felében*, Jogtörténeti szemle 2010. 1.

MALLACH H.J., WEISER: A, *Der sogenannte Kunstfehler*, In: BERG S., *Unerwartete Todesfälle in Klinik und Praxis*, Springer-Verlag, Heidelberg, 1992.

MÁRKI Zoltán: *Az 1843—44. évi bűnügyi javaslatok közrebocsátása*, Magyar Jog 2002. 6.

MAYER Ferenc Kolos: *Az orvostudomány története*, Eggenberg-féle Könyvkereskedés, Budapest, 1927.

MELLY József: *Az orvosi gyakorlat szabályai*, Posner Grafikai Műintézet Rt., Budapest, 1935, 100.

NAGY Ferenc (szerk.): *A Magyar Büntetőjog Általános Része*, Korona Kiadó, Budapest, 1998.

NAGY Ferenc (szerk.): *A Magyar Büntetőjog Különös Része*, Korona Kiadó, Budapest, 1999.

NAGY László: *Az orvos helyes magatartásáról életveszély elhárítására irányuló ténykedésének elutasítása esetén*, Orvosi Hetilap 1966. 51,

NAVRATYIL Zoltán: *Dezső László: Az orvos büntetőjogi felelőssége*, Iustum, Aequm, Salutare 2009. 1.

NÉMETH Imre: *A sértett beleegyezésének relativizálódó határai a testi integritás feletti rendelkezési jog tükrében*, Jog-Állam-Politika 2010. 1.

NOGEL Mónika: *A bizonyítékokon alapuló ellátás és az egészségügyi minőségbiztosítás kapcsolata*, Med et Jur 2017. 2.

ÖDÖNFI Miksa: *Az orvos büntetőjogi és magánjogi felelőssége I.*, Ügyvédek lapja 1904. 41.

ÖDÖNFI Miksa: *Az orvos büntetőjogi és magánjogi felelőssége II.*, Ügyvédek lapja 1904. 42.

ÖDÖNFI Miksa: *Az orvos büntetőjogi és magánjogi felelőssége III.*, Ügyvédek lapja 1904. 43.

ÖDÖNFI Miksa: *Az orvos büntetőjogi és magánjogi felelőssége IV.*, Ügyvédek lapja 1904. 44.

ŐRI Adrienn - FEITH Helga Judit: *„Ha tudtam volna...” A tájékoztatáshoz való jog, mint betegjog aktuális kérdései és jogtörténeti perspektívái*, Kaleidoscope 2023. 27.

PALLAGI Anikó - IRK Ferenc: *A társadalomra veszélyesség és az ultima ratio elvének viszonyáról*, Jogtudományi Közlöny 2016. 11.

PAULER Tivadar: *Büntetőjogtan II. kötet*, Pfeifer Ferdinánd, Pest, 1870.

PETKÓ Mihály: *A beteg tájékoztatási jogáról és kötelezettségéről*, Magyar Jog 2013. 8.

PETKÓ Mihály: *Betegjogok gyakorlása*, Debreceni Jogi Műhely 2013. 1.

POGÁNY Magdolna: *A betegjogok szabályozása és gyakorlata*, JatePress, Szeged, 2007.

POLT Péter (szerk.): *Új Btk. Kommentár 3. Kötet, Különös Rész*, Nemzeti Közszerzői és Tankönyv Kiadó, Budapest, 2012.

POPOVICS Béla (szerk.): *A Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyve*, Közigazgatási és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1962.

POTONDI András - SZUCHOVSKY Gyula: *A tracheostomia orvosszakértői vonatkozásai*, Orvosi Hetilap 1966. 45, 2126.

REGÖS Ferenc: *Az orvos a jog világában*, Orvosi Közlemények 1972. 1,

SÁNDOR Judit: *Gyógyítás és ítélkezés*, Budapest, Medicina, 1997.

SÁNTHA Ferenc: *Az 1843. évi büntető anyagi jogi javaslat*, Studia Iurisprudentiae Doctorandorum Miskolciensium, Miskolc, 2003.

SARKADI István: *A büntethetőséget kizáró okok figyelembevétele a büntető eljárás nyomozati szakaszában*, Rendőrségi Szemle, 1953. 10, 886.

SAWICKI Jerzi: *Az orvos büntetőjogi felelőssége a közösen dolgozók együttes hibáiért*, Jogtudományi Közlöny 1966. 3.

SCHÄCHTER Miksa: *Az orvosi beavatkozás jogáról és az orvos felelősségéről*, Magyar Jogászegyleti Értekezések, Budapest, 1902. 24, 95.

SCHNIERER Aladár: *A büntetőjog általános tanai*, Franklin Társulat Budapest, 1888.

SCHNIERER Aladár: *A büntettekről és vétségekről szóló Magyar Büntető-törvény magyarázata*, Franklin-Társulat, Budapest, 1893.

SCHULTHEISZ Emil: *Az európai orvosi oktatás történetéből*, MTI Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár Kiadó, Budapest, 2003.

SOMOGYI Endre - SZUCHOVSKY Gyula: *A műtéti beleegyezési nyilatkozattal kapcsolatos egyes kérdésekről*, Orvosi Hetilap 1966. 2,

SÓTONYI Gergely: *Az orvosi műhiba fogalmának és jogi értékelésének történeti vizsgálata*, Orvosi Hetilap 2005. 2, 86-87.

SÓTONYI Péter: *Orvosi felelősség*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006.

SZÉKELY János: *Egyes veszélyeztető bűncselekményekről*, Jogtudományi Közlöny 1954. 4.

SZÉKELY Sándor: *Az orvostudomány története*, Medicina, Budapest, 1961, 13.

- SZEMÁN Ádám: *Társadalomra veszélyesség megjelenése, alakulása és fogadtatása a magyar büntetőtvényekben*, Debreceni Jogi Műhely 2022. 1-2.
- SZERGÉNYI Pál: *Az orvos kockázatvállalása és büntetőjogi felelőssége*, Magyar Rendőr 1983. 38.
- SZERGÉNYI Pál: *Ésszerű kockázatvállalás*, Magyar Rendőr 1988. 50.
- SZILI Zoltán: *Az ellátás visszautasításának joga*, Közjegyzők Közlönye 1998. 11.
- SZUCHOVSKY Gyula, *Az orvos büntetőjogi felelősségének egyes kérdései*, Orvosi Hetilap 1961. 35.
- SZUCHOVSKY Gyula - HARSÁNYI László: *A műtéti kockázat kérdései az orvosszakértői gyakorlatban*, Magyar Sebészet 1965. 1.
- SZULOVSZKY János: *A borbélytól a fodrászig*, História 2006. 1.
- TAG Brigitte: *Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis*, Springer, Heidelberg und Mannheim, 2000.
- TÓTH Emese Boglára - RÓZSAVÖLGYI Bálint: *A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés bűncselekményének hatályos szabályozása, különös tekintettel az orvosi műhibára*, Debreceni Jogi Műhely 2012. 1.
- TÓTH György - HUSZÁR András - KORMOS Tímea: *A halottkémi rendszerről általában*, Hadmérnök 2011. 4, 122.
- TÓTH László: *Az orvosi jogszabályok magyarázatos gyűjteménye*, Novák Rudolf és Társa Tudományos Könyvkiadó Vállalata, Budapest, 1941.
- UJVÁRI Ákos: *A sértett beleegyezése, mint jogellenességet kizáró ok*, Tanulmányok a bíró joggyakorlatból 2013.
- UJVÁRI Ákos: *Gondolatok a társadalomra veszélyesség (materiális jogellenesség) jövőbeli jogi sorsáról*, Jogelméleti Szemle 2003. 1.
- VÁCZY Kálmán (ford.): *C. Plinius Secundus, A természet históriája*, Kriterion Könyvkiadó, Bukarest, 1973.
- VASKUTI András: *Büntetőjog II. Különös Rész*, Novissima Kiadó, Budapest, 2011.

VISKI László: *A veszélyeztetés mint materiális bűncselekmény*, Állam és Jogtudomány 1968. 1.

VISKI László: *Bűnösségi problémák a közlekedési büntetőjogban*, Állam- és jogtudomány 1962. 1.

VUCHETICH Mátyás: *A Magyar Büntetőjog Rendszere. II. könyv*, Magyar Királyi Egyetem Nyomdája, Buda, 1819.

WAGNER H.-J.: *Zur historischen Entwicklung des Begriffs „Ärztlicher Kunstfehler“*, International Journal of Legal Medicine 1981. 86.

WIENER A. Imre: *A társadalomra veszélyességet kizáró körülmények a szocialista büntetőjogban*, Állam- és jogtudomány 1980. 1.

WIENER A. Imre: *Kockázat és bűnösség*, Állam és jogtudomány 1972. 1,

WOLF Vilmos: *A hasban felejtett műszer*, Ügyvédek lapja 1905. 43.

ZÁKÁNY Judit: *A beteg önrendelkezési jogának törvényi tartalma és megjelenése a bírói gyakorlatban*, Debreceni Jogi Műhely 2023. 1-2.

ZÁKÁNY Judit: *Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozásának vázlata különös tekintettel a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállására*, Debreceni Jogi Műhely 2012. 2.

EGYÉB CIKKEK

A gyilkos ércsípő - Döllinger professzort mosdatják -, Független Magyarország, Budapest 1904. szeptember 15.

A gyilkos ércsípő, Független Magyarország, Budapest 1904. szeptember 15.

A hasban felejtett orvosi műszer, Pesti Hírlap 1904. szeptember 17.

A Lédeczi-ügy, Pesti Hírlap 1905. március 28.

EGYÉB ONLINE FORRÁSOK

1948. évi XLVIII. törvénycikk indokolása a büntetőtörvények egyes fogyatékosságainak megszüntetéséről és pótlásáról <https://net.jogtar.hu/ezer-ev-torveny?docid=94800048.TVI&searchUrl=/ezer-ev-torvenyei%3Fpagenum%3D51> (2024. március 10-i letöltés)

A magyar nyelv értelmező szótára, <https://www.arcanum.com/hu/online-kiadvanyok/Lexikonok-a-magyar-nyelv-ertelmezo-szotara-1BE8B/> (2024. április 20-i letöltés).

Magyar Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Társaság – Szakmai kollégiumi irányelvek, <https://maitt.hu/protokollok.aspx?Ord=1&Asc=1> (2024. április 29-i letöltés).

Magyar Légimentő Nonprofit Kft. – Szabványos eljárásrendek, <https://oktatas.legimentok.hu/szabvanyos-eljarasrendek> (2024. április 30-i letöltés).

Nemzeti Népegészségügyi Központ – Módszertani levelek, https://www.antsz.hu/felso_menu/temaink/jarvany/modszertani_levelek (2024. április 29-i letöltés).

Országos Mentőszolgálat Orvosszakmai és Oktatási Osztály – Az akut coronaria szindróma (ACS) és szövődményeinek prehospitális ellátása, Szabványos Eljárásrend, <https://www.omszorvosszakma.hu/wp-content/uploads/2020/06/Az-akut-coronaria-szindróma-ACS-és-szövődményeinek-prehospitális-ellátása.pdf> (2024. május 01-i letöltés).

Országos Mentőszolgálat Orvosszakmai és Oktatási Osztály - Szabványos eljárásrendek, <http://www.omszorvosszakma.hu/szabvanyos-eljarasrendek/> (2021. július 11-i letöltés).

Radiopaedia - Acute cholecystitis, <https://radiopaedia.org/articles/acute-cholecystitis?lang=us> (2024. április 16-i letöltés).

Radiopaedia - Sonographic Murphy sign, <https://radiopaedia.org/articles/sonographic-murphy-sign-1> (2024. április 16-i letöltés).

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar - Klinikai Pszichológia Tanszék: KEZELÉSI IRÁNYELVEK (NICE), <https://semmelweis.hu/klinikai->

[psichologia/betegellatas-es-szakmai-profilok/terapiak/kezelesi-iranyelvek-nice/](https://www.nice.org.uk/guidance/psichologia/betegellatas-es-szakmai-profilok/terapiak/kezelesi-iranyelvek-nice/) (2024. április 30-i letöltés).

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar – Szigorlóévi Gyakorlati Tematika, <https://semmelweis.hu/belonko/files/2023/05/Kovetelmenyrendszer-szigorloev.pdf> (2024. április 29-i letöltés).

Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Központi Gyógyszertár – Módszertani levelek, <https://u-szeged.hu/szakk/cepha/letoltheto-dokumentumok/modszertani-levelek> (2024. április 29-i letöltés).

The National Institute for Health and Care Excellence, <https://www.nice.org.uk> (2024. április 30-i letöltés).

The National Institute for Health and Care Excellence – Published Guidance, NICE advice and quality standards <https://www.nice.org.uk/guidance/published?sp=on> (2024. április 30-i letöltés).

The National Institute for Health and Care Excellence – The guidelines manual <https://www.nice.org.uk/process/pmg6/chapter/developing-and-wording-guideline-recommendations> (2024. április 30-i letöltés).

The National Health Service England <https://www.england.nhs.uk/get-involved/resources/docs/> (2024. április 30-i letöltés).

JOGSZABÁLYOK

Constitutio Criminalis Carolina

Werbőczy István Tripartituma

Magyarország Alaptörvénye

1872. évi VIII. törvénycikk – az ipartörvény

1874. évi XXXIV. törvénycikk az ügyvédi rendtartás tárgyában

1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről

49399/1876. számú belügyminiszteri rendelet

1878. évi V. törvénycikk a magyar büntetőtörvénykönyv a büntettekről és vétségekről

1879. évi XL. törvénycikk a magyar büntető törvénykönyv a kihágásokról

1890. évi XI. törvénycikk az igazságügyi orvosi tanácsról

1926. évi Oroszországi Szovjet Szövetségi Szocialista Köztársaság Büntető Törvénykönyve

1948. évi XLVIII. törvénycikk a büntetőtörvények egyes fogyatékoságainak megszüntetéséről és pótlásáról

1949. évi XX. törvény a Magyar Köztársaság Alkotmánya

1950. évi II. törvény a büntetőtörvénykönyv általános részéről

A hatályos anyagi büntetőjogi szabályok hivatalos összeállítása

1959. évi 8. számú törvényerejű rendelet az orvosi rendtartásról

8/1959. EüM. rendelet az orvosi rendtartásról szóló 1959. évi 8. törvényerejű rendelet, valamint az annak hatálybaléptetéséről szóló 51/1959. (XII. 31.) Korm. rendelet végrehajtásáról

1961. évi V. törvény a Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyvéről

8300-4/1954. EüM utasítás

1972. évi II. törvény az egészségügyről

1978. évi IV. törvény a Büntető Törvénykönyvről

1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól

2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről

BÍRÓSÁGI HATÁROZATOK

363. számú BH.

364. számú BH.

Alkotmánybíróság 8/1990. (IV. 23.) AB határozat

BH 1964.12.4226.

BH 1965.5.4424.

BH 1967.1.5138.

BH 1967.11.5485.

BH 1972.12.7285.

BH 1973.7.261.

BH 1980/5.

BH 1982/451.

BH 1988.386.

BH 1996.4.182.I.

BH 2006.3.77.

BH 2013.8.203.

BH 2015.10.271 I.

BH 2022.6.145.

BH 2023.3.56.

BH+ 2003.8.364.

Debreceni Ítéltábla Bf.527/2012/4.

Debreceni Ítéltábla Bhar.215/2023/6.

EBH 2007.1586.

EBH.2007.1680.

Fővárosi Ítéltábla Bf.195/2017/12.

Fővárosi Ítéltábla Bhar.56/2007/15.

Győri Ítéltábla Bhar.80/2011/6.

K. 2125/1917.

K. 438/910. – B. IV. 63.

Kúria 82. számú jogegységi határozata

Kúria Bfv.1182/2017/17.

Kúria C. B. II. 4638/1930.

Kúria K. 8646/1913.

Kúria K. B. II. 1132/1932.

Kúria K. P. I. 5081/1938.

Legfelsőbb Bíróság 1586/2007.

Legfelsőbb Bíróság 1973/7-261.

Legfelsőbb Bíróság B. törv. 1436/1959.

Legfelsőbb Bíróság Büntető és Katonai Kollégiumának 235. számú állásfoglalása

Legfelsőbb Bíróság III. K. 345/63.

Legfelsőbb Bíróság Pfv. VI: 21.077/1994.

Miskolci Törvényszék B.1725/2011/10.

Székesfehérvári Törvényszék B.225/2008/18.

Szolnoki Törvényszék B.785/2008/32.

Veszprém Megyei Bíróság Bf. 485/1995/3.