

Doktori (PhD) értekezés tézisei

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

dr. Juhász György

Témavezető: Dr. habil. Madai Sándor PhD,
tanszékvezető egyetemi docens



DEBRECENI EGYETEM
Marton Géza Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola

Debrecen
2024

I. A DOKTORI ÉRTEKEZÉS ELŐZMÉNYEI ÉS CÉLKITŰZÉSEI

Általánosan elfogadott nézet, hogy a büntetőjogi normák esszenciális jelentőségük mind az individuum sorsa, személyi szabadsága, vagyona, mind a társadalom egészének védelme érdekében.¹

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,² addig az orvosi tevékenység az élet és egészség megőrzését, annak helyreállítását hivatott szolgálni.³

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.⁴

Hazánkban 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 eredményének tekinthető, amely magyarázható részben az orvosok csekély számával, részben a hazai orvostudomány hiányával is. Érthető módon tehát a hazai jogtudományban a gyógyító tevékenység büntetőjogi felelősségének alapjai azért viszonylag „csak” későn jelenhettek meg, mivel ahhoz, hogy egy tevékenység és az azzal kapcsolatos felelősség a jogi szabályozás érdeklődési körébe kerüljön, annak feltétele, hogy az a társadalom körében is széleskörű érdeklődésnek örvendjen.

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

² HORVÁTH Tibor – VISKI László: *A biológia és az orvostudományok fejlődésének hatása a büntetőjogra*, Állam- és Jogtudomány 1969. 4, 622.

³ FABER Viktor: *Az ún. orvosi műhibáról és orvosszakértői véleményezésről*, Honvéddorvos 1962. 1, 4.

⁴ FONYÓ Antal: *Magyar Büntetőjog Különös Rész*, BM Könyvkiadó, Budapest, 1981, 113-114.

A késői szabályozás okát tehát magyarázhatja azon tény, hogy a jogi szabályozás általában a társadalmi élethelyzetek változásaira adott válaszként jelenik meg.⁵ Hiszen míg a fejlett nyugati orvoslással kapcsolatban már a XVI. században megfogalmazódott az orvos büntetőjogi felelőssége a *Constitutio Criminalis Carolina* 134. cikkében,⁶ 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*”-nak⁷ vagy „*iparszerű culpának*”⁸-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.⁹

A téma aktualitását jól szemlélteti, hogy a legutóbbi részletes tanulmány az 1979. évben jelent meg Dezső László tollából, *Az orvos büntetőjogi felelőssége* címen, amelyet megelőzően Kassai Béla és Szőke Sándor: *Az orvos felelőssége* című, az 1938. évben publikált monográfia említhető. Ezért időszerűvé vált egy átfogó, az előzményeket összefoglaló tanulmány elkészítése. Összességében tehát a rövid történeti előzmények tükrében, az értekezés témaválasztása tekintetében megállapítható, hogy az nemcsak hiánypótló jellegű, hanem időszerűnek is tekinthető.

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,¹⁰ amelyet a büntetőtörvények egyes fogyatékoságainak

⁵ 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.

⁶ „*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 Ferfinand Dümmler, Berlin, 1838, 430-431.

⁷ 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.

⁸ 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.

⁹ BALOGH Jenő - BERNOLÁK Nándor: *A büntető törvények és a büntető novella*. Grill Károly Könyvkiadóvállalata, Budapest, 1908, 270.

¹⁰ BM Tanulmányi és Módszertani Osztálya: *Büntetőjogi Tankönyv II. (Különös rész)*, Zrínyi Nyomda, Budapest, 1959, 433.

megszüntetéséről és pótlásáról szóló 1948. évi XLVIII. törvény 20. §-a alkotott meg.¹¹ A veszélyeztető cselekmények pönalizálásával a jogalkotó célja a büntetőjog védelemi vonalának „előre helyezése” volt¹², 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.¹³ A fokozott védelem abban nyilvánul meg, hogy a jogalkotó a sérelem bekövetkezésének veszélyét előidéző magatartásokat is büntetni rendeli,¹⁴ hiszen a veszélyhelyzetből nagy valószínűséggel következhet be valós sérelem.¹⁵ 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 – Székely szavaival élve – ne csupán „kullogjon” a beállt károk nyomában, megvárva azok bekövetkezését, hanem megelőzve azokat, már a veszélyeztető magatartásokkal szemben is fellépjen.¹⁶

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 részletekbe 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

¹¹ MADAI [2020] *i.m.* 327.

¹² HORVÁTH Tibor: *Az élet, testi épség, egészség büntetőjogi védelme*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1965, 424.

¹³ DEZSŐ László: *Polypragmasia és büntetőjog*, Orvosi Hetilap 1971. 19, 1090.

¹⁴ ZÁKÁNY Judit: *Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozásának vázlata különös tekintettel a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállására*, Debreceni Jogi Műhely 2012. 2, 71.

¹⁵ BUSCH Béla (szerk.): *Büntetőjog Különös Rész*, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft, Budapest, 2009, 123.

¹⁶ SZÉKELY János: *Egyes veszélyeztető bűncselekményekről*, Jogtudományi Közlöny 1954. 4, 150.

normarendszer fejlődéstörténetét, a tényálláshoz kapcsolódó alapfogalmak kialakulását és az azokkal kapcsolatos problémákat is, különös hangsúlyt 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.

II. A DOKTORI ÉRTEKEZÉS SZERKEZETI FELÉPÍTÉSÉNEK BEMUTATÁSA, KUTATÁSI MÓDSZEREI

Az alábbiakban a dolgozat struktúrájának vázolója mellett a főbb pontok ismertetésén túl a kapcsolódó problémafelvetésekre, valamint az alkalmazott kutatási módszerek megjelölésére kerül sor. A dolgozat szerkezeti felépítését tekintve a bevezetőn és összefoglaláson túl hét fő fejezetre tagolódik.

Az első fejezet az orvosi műhiba fogalmának eredetét, annak megjelenésének, kialakulásának körülményeit elemzi, valamint az eltérő nézőpontok ütköztetését tartalmazza, amelyhez segítségül a történeti és az összehasonlító módszerek kerültek felhasználásra. A fejezet két nagyobb részre tagolódik, úgymint a műhiba fogalmának nemzetközi és hazai megjelenésére. A fentiek szerinti a fejezet azon állításból indul ki, hogy 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.¹⁷ Azonban megjegyzendő, hogy már az Óbabiloni Birodalomban, *Hammurabi* király diorit kőre vésett kiemelkedő jelentőségű törvénykönyvének 215-225. §-ai meghatározták az orvosi műtétek szabályait. 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.¹⁸ Ezek alapján megállapításra került, hogy maga az orvos büntetőjogi felelőssége egyidősnek tekinthető az írott joggal, annak első írott szabályai tehát már i.e. 1700. év körül jelent megjelentek.¹⁹ Ezt követően 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.²⁰ 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 illetve a görög bíraskodást

¹⁷ KOVÁCS Gábor: *A jogi felelősség aktuális kérdései az egészségügyi intézményekben*, BONCZ Imre (szerk.): *Gazdálkodás és menedzsment az egészségügyi intézményekben*, Medicina, Budapest, 2019, 116.

¹⁸ 215. §. Ha az orvos nehéz sebet ejt valakin bronz késével s az illetőt megmenti avagy valakinek könnycsatornáját 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.

218. §. Ha az orvos valakin nehéz sebet ejt bronzkésével s az illető halálát okozza avagy valakinek könnycsatornáját 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 könnycsatornáját 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 ökor- avagy számarorvos akár ökrön, akár számaron nehéz sebet ejt s ezzel megmenti: az ökor 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 ökor vagy számar gazdájának. In: KMOŠKÓ Mihály (ford.): *Hammurabi Törvényei*, Az Erdélyi Múzeum-Egyesület Jog- és Társadalomtudományi Szakosztálya, Kolozsvár, 1911, 9, 55-56.

¹⁹ WAGNER H.-J.: *Zur historischen Entwicklung des Begriffs „Ärztlicher Kunstfehler*”, International Journal of Legal Medicine 1981. 86, 303.

²⁰ 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.

az orvosi hibákkal szembeni enyhe fellépésük miatt.²¹ Az orvos büntetőjogi felelősségével kapcsolatos első részletes szabályt az 1532. évi regensburgi birodalmi gyűlésen V. Károly császár által került elfogadásra a *Constitutio Criminalis Carolina*²² 134. cikke tartalmazta. 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. 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 tanulmányban²³ határozta meg. Ezen 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. A kutatás során olyan új nemzetközi források kerültek feltárára, amelyek alapján megállapítást nyert, hogy maga a „*Kunstfehler*”, mint műhiba fogalmának definiálása *Johann Christoph Fahner* vidéki orvos nevéhez köthető, aki az 1797. évben a törvényszéki orvostani témájú művében²⁴ határozta meg azt. A fejezet második felében a műhiba fogalmának honi megjelenése, valamint a fogalom tartalommal való kitöltése, értelmezésével kapcsolatos problematika került elemzésre. Hazánkban az orvosi műhiba – mint jogalkotó által használt kifejezés – először²⁵ az 1876. évi XIV. tc. 47. és 174. §-ban jelent meg. A XIX. század végén tehát a hazai jogi terminológiában is megjelent az orvosi műhiba kifejezés, amelyet fokozatosan töltötte meg tartalommal mind a jogtudomány, mind a gyakorlat. 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, amely fokozatosan, de nem problémamentesen alakította ki a napjainkra ismertté vált fogalmat. Ezzel kapcsolatban az egyes fogalmak, azok különbözőségei kerültek ütköztetésre, amely alapján megállapítást nyert, 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. Számos szakirodalmi

²¹ MALLACH H.J., WEISER A: *Der sogenannte Kunstfehler*, In: BERG S., *Unerwartete Todesfälle in Klinik und Praxis*, Spinger-Verlag, Heidelberg, 1992, 245.

²² BÉLI Gábor: *Magyar jogtörténet. A tradicionális jog*, Dialóg Campus Kiadó, Budapest, 2014, 91.

²³ DEZSŐ László: *Az orvos büntetőjogi felelőssége*, BM Könyvkiadó, Budapest, 1979, 185.

²⁴ 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, 25.

²⁵ HIDVÉGINÉ Adorján Livia - SÁRINÉ Simkó Ágnes: *Műhibák és kártérítési perek az egészségügyben*, Medicina, Budapest, 2013, 13.

forrás ugyanis egyetértett abban, hogy az orvosi műhiba fogalma hibás, vagy nem megfelelően kimunkált, hiszen míg a szó hétköznapi értelme alapján az orvosi szabályok megszegését jelenti.²⁶ Összességében a műhiba fogalmát vizsgálva azon következtetés is megállapítható, hogy azt nem kizárólag orvos valósíthatja meg, hanem más egészségügyi szakdolgozó is²⁷, tehát feltétlenül szerencsésebb lenne az „egészségügyi műhiba” kifejezés használata.

Az értekezés második fejezete az orvos büntetőjogi felelősségének honi előképeit tárja fel és mutatja be. A Constitutio Criminalis Carolina 134. cikke, az 1795. évi, az első magyar nyelvű erdélyi, az 1843. évi büntetőkódex tervezetek egészségügyi vonatkozású tényállásai kerülnek elemzésre, majd a Csemegi-kódex által szabályozott ipari culpa, azaz a gondatlanság különös foka, mint a gondatlan emberölés és gondatlan súlyos testi sértés minősített esetei kerülnek bemutatásra, a vonatkozó korabeli bírói gyakorlat ismertetése mellett. A korábbi fejezetben alkalmazott kutatási módszereken túl a jogalkalmazás elemzése, azaz a kapcsolódó gyakorlat elemzésére kerül sor. A fejezet az orvoslás hazai történeti előzményeinek rövid – tekintettel a dolgozat terjedelmi korlátaira – ismertetését követően a borbélyok és bábák tevékenységével kapcsolatban megjelent felelősségi szabályok, majd az orvoslás elterjedését követően a büntetőkódex tervezetek elemzésére tér ki. A felhasznált források elemzése során megállapítást nyert, hogy a honi büntetőjogi felelősség 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 hazai 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. A korai szabályok és tervezetek kapcsán megállapítható, hogy az egyes egészségügyi foglalkozások megjelenését követték az azzal kapcsolatos felelősségi szabályok is. Az első önálló, új büntetőjogi rendelkezéseket tartalmazó, és már nem a korábbi szokásjogot összefoglaló javaslat az 1795. évi büntetőkódex-tervezet volt.²⁸ 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

²⁶ BORBÉLY Zita: *Az orvosi műhiba polgári jogi kérdései*, Studia Juvenum 2009. 1, 97.

²⁷ MADAI Sándor: „Nem tudunk csodát tenni” *Gondolatok az orvosi műhiba büntetőjogi megítéléséhez*, Med. Et Jur 2011. 3, 22.

²⁸ HAJDU [1971] *i.m.* 24-25.

fogalommeghatározással. 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.²⁹ 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 mérgekkeveréssel 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.³⁰ 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.³¹ 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, tájékoztató és a kezelt beteg „*követésének*” kötelezettsége tekinthető. Fontos kiemelni, hogy elsőként 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.³² 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.³³ Az

²⁹ BATÓ Szilvia: *A szándékon túli eredményért való felelősség az 1795. évi és az 1830. évi tervezetekben*, Jogelméleti Szemle 2016. 3, 12.

³⁰ HAJDU [1971] *i.m.* 471.

³¹ HAJDU [1971] *i.m.* 464.

³² HAJDU Lajos: *Gál László – Javallat (Az első erdélyi magyar nyelvű büntető törvénykönyv-tervezet, 1839)*, ELTE BTK Román Filológiai Tanszék, Budapest, 1992, 75-76.

³³ TÓTH György - HUSZÁR András - KORMOS Tímea: *A halottkémi rendszerről általában*, Hadmérnök 2011. 4, 122.

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.³⁴ 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 veszítette, 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,³⁵ 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 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, büntethetőségi 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

³⁴ MÁRKI Zoltán: *Az 1843–44. évi büntetőjogi javaslatok közrebozsátása*, Magyar Jog 2002. 6, 330.

³⁵ BATÓ *i.m.* 12.

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,³⁶ azonban sértő eredményt nem okozó, – pusztán – veszélyeztető cselekményeket még nem pönalizálta. Ezen normát a korabeli jogtudomány több helyen „*ipari culpa*”-nak³⁷ vagy „*iparszerű culpának*”³⁸-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 a törvényhozó az adott foglalkozást hivatásaként gyakorló személyektől megkívánt egy „*nagyobb fokú*”, azaz különös gondosságot,³⁹ amely által a mesterségek körében elvárt magasabb gondosság az adott deliktumok „*különleges*” fokának, azaz a gondatlan alakzat minősített esetének volt tekinthető.⁴⁰ Egészségügyi vonatkozásban pedig abban az esetben, ha az orvosi tevékenység során, az orvos gondatlansága következtében a beteg testi épségében vagy életében kár következett be⁴¹, és a kettő között okozati összefüggés volt megállapítható, úgy – *Kassai* és *Szőke* fogalmával élve – megvalósult a „*gondatlan orvosi bűncselekmény*”.⁴²

Az értekezés harmadik fő fejezete az 1961. évi büntető törvénykönyv megalkotását megelőző, második világháborút követő időszak jogalkotására, az azt jelentősen meghatározó szovjet befolyásra fókuszál. A jelentős időbeli ugrás részben a világháborúknak, részben annak köszönhető, hogy maga a Csemegi-kódex a megalkotását követően több mint hét évtizeden keresztül volt hatályban,⁴³ azonban ezen hosszú idő alatt a Kódex számos meghatározó eleme is lényeges módosításon esett át.⁴⁴ A gyakorlatban később csak *veszélyeztetés*” büntettéknek nevezett,⁴⁵ sui generis szabállyal⁴⁶ alkotta meg a harmadik büntetőnovella az élet vagy testi épség veszélyeztetése tényállást, amely norma a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállásának közvetlen előképének tekinthető.⁴⁷ A norma azon cselekményeket pönalizálta,

³⁶ BALOGH *i.m.* 270.

³⁷ FEHÉRVÁRY *i.m.* 143.

BURSICS *i.m.* 260.

³⁸ MADAI [2020] *i.m.* 326.

³⁹ FEHÉRVÁRY *i.m.* 67-68.

⁴⁰ SCHNIERER Aladár: *A büntetőjog általános tanai*, Franklin Társulat Budapest, 1888, 148.

⁴¹ SZUCHOVSKY Gyula: *Az orvos büntetőjogi felelősségének egyes kérdései*, Orvosi Hetilap 1961. 35, 1633.

⁴² KASSAI Béla - SZŐKE Sándor: *Az orvos felelőssége*, Grill Károly Könyvkiadóvállalata, Budapest, 1938, 117.

⁴³ NAGY Ferenc (szerk.): *A magyar büntetőjog általános része*, Korona Kiadó, Budapest, 1998, 39.

⁴⁴ BUSCH Béla (szerk.): *Büntetőjog Különös Rész*, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft, Budapest, 2009, 38.

⁴⁵ BM Tanulmányi és Módszertani Osztálya: *Büntetőjogi Tankönyv II. (Különös rész)*, Zrínyi Nyomda, Budapest, 1959, 433.

⁴⁶ SZUCHOVSKY *i.m.* 1633.

⁴⁷ MADAI [2020] *i.m.* 327.

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.⁴⁸ 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.⁴⁹ 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 enyheséggel bírálta el”.⁵⁰ Ezen okra magyarázatul szolgálhat, hogy a Csemegi-kódex a szocialista jogalkotás álláspontja szerint az 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.⁵¹ 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.⁵²

A dolgozat negyedik fejezetében az 1961. évi V. tv. által szabályozott foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállásának elemzésére, a felmerülő kezdeti problémák bemutatására és vonatkozó jogesetek elemzésére kerül sor, amely szerint az 1961. évi V. törvény kodifikációjának idejére a bírói gyakorlat végül arra a megállapításra helyezkedett, hogy a büntett elkövetési magatartása a foglalkozási szabályok megszegése, az ezzel okozati összefüggésben beállt veszélyhelyzet pedig maga a káros eredmény.⁵³ 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

⁴⁸ GÁBOR László: *A közlekedési bűncselekmények jogi szabályozásának fejlődése hazánkban*, Városi Közlekedés 1980. 2, 126.

⁴⁹ SZUCHOVSKY [1961] *i.m.* 1634.

⁵⁰ GÁBOR *i.m.* 125.

⁵¹

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

⁵² VISKI László: *A veszélyeztetés mint materiális bűncselekmény*, Állam és Jogtudomány 1968. 1, 7-9.

⁵³ POPOVICS Béla (szerk.): *A Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyve*, Közigazgatási és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1962, 435.

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,⁵⁴ továbbá mellőzte a korábbi, problematikus tudatos bűnösségi formát.⁵⁵

Az értekezés ötödik fejezetében kerül elemzésre az 1978. évi és a 2012. évi büntető törvénykönyvek korszaka. A tényállás elemzésén túl, érintőleg – a dolgozat terjedelmi korlátaira tekintettel – problémafelvetésként kerülnek vázolásra az életvégi kérdések, a diagnosztikus tévedés és a büntetőjogi és polgári jogi felelősség elhatárolási kérdéseinek egyes aspektusai. A fejezet jelentősnek tekinthető jogesetismertetésen keresztül törekszik eljutni a kitűzött cél eléréséhez, a tézisek állításához. Az 1978. évi Btk. megalkotását a szocialista Btk. hatálybalépését követő technikai fejlődés töretlen volta is indokolta, hiszen ezen modernizáció – a dolgozat témájának különös figyelemmel - 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.⁵⁶ 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.⁵⁷ 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.⁵⁸ 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

⁵⁴ VISKI *i.m.* 16.

⁵⁵ GÁBOR *i.m.* 126.

⁵⁶ FONYÓ *i.m.* 113-114.

⁵⁷ LÁSZLÓ Jenő: *Az 1978. évi IV. törvény (BTK) előkészítése VII. kötet*, Igazságügyi Minisztérium, Budapest, 1989, 435.

⁵⁸ FÖLDVÁRI József: *A Magyar Büntetőjog Különös Rész*, Tankönyvkiadó, Budapest, 1989, 148.

utalta.⁵⁹ 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,⁶⁰ 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 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.⁶¹ 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.⁶² Továbbá a hatályos norma elemzése során, annak esszenciális részeként került elemzésre az orvosi foglalkozás szabályai, amely a dolgozat egyik sarokpontjának tekinthető. Ezen fejezetben összehasonlító elemzés alkalmazására kerül sor, amely a honi és nemzetközi – angol – szabályok összevetésére kerül sor.

A hatodik fejezet a társadalomra veszélyességet kizáró okok és a gyógyító tevékenység kapcsolatát elemzi, különös tekintettel a megengedett kockázat és azzal kapcsolatos fogalmakra, úgymint a kockázat, veszély, veszélyhelyzet definíciója, amelyek a dolgozat témájában való elmélyülés érdekében nélkülözhetetlenek tekinthetők. Természetesen, ahogy korábban is említésre került ezen fogalmak részletes áttekintése külön-külön is önálló disszertáció alapját képezhetné, ezért a terjedelmi korlátokat szem előtt tartva csupán a problémafelvetés, fogalomismertetés a cél.

A hetedik fejezet az egészségügyi ellátásért, beavatkozásért való együttes felelősséggel kapcsolatos problémafelelvetések fogalmazza meg. Az együttes felelősség szabályainak hiánya nem újkeletű probléma, hiszen a sebellátás orvostudományba való integrációját

⁵⁹ 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).

⁶⁰ LÁSZLÓ i.m. 442-443.

⁶¹ BITTÓ Márta: *A foglalkozási szabály személyi hatálya a büntetőjogban*, Jogtudományi Közlöny 1985, 582.

⁶² IDZIG i.m. <http://ugyeszeklapja.hu/?p=3689> (2024. március 14-i letöltés).

követően, 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 gastroenterológia, 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.⁶³ 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.⁶⁴ Gondoljunk csak egy epehólyag kövesség miatti epehólyag műtéthez vezető folyamatra, ahol a beteg a következő szakorvosokkal találkozhat: orvosi-laboratóriumi diagnosztikus, radiológus, belgyógyász, aneszteziológus, sebész, továbbá társbetegségeitől függően akár tüdőgyógyász vagy kardiológiai szakvéleményre is szükség lehet. A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállása 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.⁶⁵ Tehát ekkor a modern, generális anesztézián alapuló sebészeti műtétek, mint a kizárólag munkamegosztással végezhető beavatkozásnak már mindennapinak számítottak. A betegellátással kapcsolatban az orvosi együttes munkavégzés azonban 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.

III. A DOKTORI ÉRTEKEZÉS ÚJ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEI

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

⁶³ BENKE József: *Az orvostudomány története*, Medicina, Budapest, 2009, 205-207.

⁶⁴ DEZSŐ [1979] *i.m.* 289.

⁶⁵ BOGÁR Lajos: *Aneszteziológia és intenzív terápia*, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2014, előszó

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 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.⁶⁶ 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,⁶⁷ 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 vérátömlesztés⁶⁸, gyógyszeradagolás⁶⁹ 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 szakértői vélemény

⁶⁶ ERDÖSY Emil: *A megengedett kockázat a büntetőjogban*, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1988. 93.

⁶⁷ MADAI [2011] *i.m.* 21.

⁶⁸ lásd: BH+ 2003.8.364

⁶⁹ lásd: Bhar.215/2023/6.

alapján nem minősült szakmai szabályszegésnek,⁷⁰ 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 bizonytalannak 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 ütérs 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.⁷¹ Ezen eljárásrendek bevezetésére egyrészt a betegbiztonság érdekében, másrészt az egészségügyi dolgozók segítése céljából került sor, hiszen azok széles körben elérhetővé váltak, előre megismerhetők.

A tényállás másik lényegi elemével, az eredménnyel kapcsolatban már az 1961. évi V. tv szabályozása által kialakult⁷² és a jelenleg is fennálló⁷³ 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

⁷⁰ lásd: Bf.195/2017/12

⁷¹ <http://www.omszorvosszakma.hu/szabvanyos-eljarasrendek/> (2021. július 11-i letöltés).

⁷² lásd: BH 1972.12.7285 és BH 1973.7.261

⁷³ lásd: BH 2023.3.56 I.

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 társtetteség 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 magában 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.



Nyilvántartási szám: DEENK/447/2024.PL
Tárgy: PhD Publikációs Lista

Jelölt: Juhász György
Doktori Iskola: Marton Géza Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola
MTMT azonosító: 10061661

A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

Folyóiratcikkek, tanulmányok (5)

- Juhász, G.:** Adalékok az orvosi műhiba fogalmának fejlődéséhez.
Miskolci Jogi Szemle. 16 (4), 172-184, 2022. ISSN: 1788-0386.
DOI: <https://doi.org/10.32980/MJSz.2021.4.1264>
MTA Állam- és Jogtudományi Bizottság: A
- Juhász, G.:** Az 1843. évi büntető anyagi jogi javaslat és az orvoslás.
Jogtörténeti Szemle. 19 (3), 27-34, 2021. ISSN: 0237-7284.
MTA Állam- és Jogtudományi Bizottság: A
- Juhász, G.:** Az orvos büntetőjogi felelősségének korai előképei hazánkban.
Jogtörténeti Szemle. 19 (1), 37-46, 2021. ISSN: 0237-7284.
MTA Állam- és Jogtudományi Bizottság: A
- Juhász, G.:** Az orvos gyógyító tevékenységének büntetőjogi vonatkozásai.
Debreceni jogi műhely. 14 (1-2), 41-51, 2017. EISSN: 1786-5158.
DOI: <http://dx.doi.org/10.24169/DJM/2017/1-2/4>
MTA Állam- és Jogtudományi Bizottság: B
- Juhász, G.:** Az orvos gyógyító tevékenységének polgári jogi vonatkozásai.
Debreceni jogi műhely. 14 (3-4), 28-42, 2017. EISSN: 1786-5158.
DOI: <http://dx.doi.org/10.24169/DJM/2017/3-4/3>
MTA Állam- és Jogtudományi Bizottság: B





További közlemények

Folyóiratcikkek, tanulmányok (1)

6. Turzó, C., **Juhász, G.**: The history of the post mortem examinations in Hungary.
Agora International Journal of Juridical Sciences. 15 (1), 33-40, 2021. ISSN: 1843-570X.
DOI: <http://dx.doi.org/10.15837/aijjs.v15i1.4231>

Konferenciaközlemények (1)

7. Turzó, C., **Juhász, G.**: A halottvizsgálat történeti áttekintése Magyarországon a XII. századtól napjainkig.
In: MIOT 2018 Pécs A Magyar Igazságügyi Orvosok Társasága XVI. Nemzetközi Konferenciája, MIOT, [Pécs], 14, 2018. ISBN: 9789634292562

MTA Állam- és Jogtudományi Bizottsága irányelvei szerint:

„A” kategóriás folyóiratban megjelent publikációk: 3, melyek közül az értekezés alapjául szolgál: 3

„B” kategóriás folyóiratban megjelent publikációk: 2, melyek közül az értekezés alapjául szolgál: 2

A DEENK a Jelölt által az iDEa Tudóstérbe feltöltött adatok bibliográfiai és tudományometriai ellenőrzését a tudományos adatbázisok és a Journal Citation Reports Impact Factor lista alapján elvégezte.

Debrecen, 2024.08.27.



University Doctoral (PhD) Dissertation Abstract

**THE DEVELOPMENT OF THE PARALLEL OF
THE MEDICAL ACTIVITY AND THE PROFESSIONAL MISCONDUCT
IN THE HUNGARIAN CRIMINAL LAW**

dr. Juhász György

Supervisor: dr. habil. Madai Sándor PhD



UNIVERSITY OF DEBRECEN

Marton Géza Doctoral School of Legal Studies

Debrecen

2024

I. BACKGROUND AND OBJECTIVES OF THE DOCTORAL DISSERTATION

It is a widely accepted view that criminal law norms are essential for protecting both the individual's fate, personal freedom, and property, as well as the society as a whole.⁷⁴

Criminal law and medicine share a common goal: both, using their specific means, aim to protect human life, health, and bodily integrity⁷⁵, while criminal law penalizes attacks against human life, medical activity is intended to preserve and restore life and health.⁷⁶

The law has always regarded the protection of human life, physical integrity, and health as of paramount importance, as even in ancient times, offenses against human existence and bodily integrity were sanctioned by social norms based on custom. However, these norms were aimed at punishing actions that had already resulted in harm or were directed at such outcomes; purely endangering acts were not initially penalized by criminal law, and the law did not provide protection against such behaviors. With the social and economic developments and modernization brought about by the industrial revolutions, the number of sources of danger inevitably increased alongside the advantages, which necessitated a shift towards prevention.⁷⁷

In Hungary, the criminal liability of physicians does not have deep, centuries-old roots. This fact is mainly due to the emergence and distinction of the medical profession from other activities such as surgery, midwifery, barbering, and healing being considered a result of more recent developments. This can partly be explained by the small number of physicians and the lack of domestic medical education. Therefore, it is understandable that the foundations of the criminal liability of medical practice in Hungarian jurisprudence could only appear relatively late, as for an activity and its associated liability to come under the interest of legal regulation, it must also attract widespread public attention.

The late regulation can be explained by the fact that legal regulation generally appears as a response to changes in social situations.⁷⁸ While in the developed Western medical world, the criminal liability of physicians was already articulated in the 16th century in Article 134 of the *Constitutio Criminalis Carolina*, in Hungary⁷⁹, following the spread of medicine, its criminal

⁷⁴ HAJDU Lajos: *Az első (1795) magyar büntetőkódex-tervezet*, KJK Kiadó, Budapest, 1971, 21.

⁷⁵ HORVÁTH Tibor – VISKI László: *A biológia és az orvostudományok fejlődésének hatása a büntetőjogra*, Állam- és Jogtudomány 1969. 4, 622.

⁷⁶ FABER Viktor: *Az ún. orvosi műhibáról és orvosszakértői véleményezéséről*, Honvédorvos 1962. 1, 4.

⁷⁷ FONYÓ Antal: *Magyar Büntetőjog Különös Rész*, BM Könyvkiadó, Budapest, 1981, 113-114.

⁷⁸ 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.

⁷⁹ "If a doctor unintentionally kills someone with his treatment due to diligence or lack of knowledge, then trained and experienced experts will investigate whether he acted carelessly and negligently, or if he used an inappropriate remedy, or if he subjected someone to inappropriate treatment, with which he caused his death. If the person must

implications appeared with relatively little delay in the Enlightenment-era criminal code drafts. This is also confirmed by the fact that the rules regarding the criminal liability of physicians in Hungary appeared as a result of Enlightenment reforms, initially in code drafts and eventually in the Csemegi Code, in connection with offenses described by legal science as "industrial negligence"⁸⁰ or "industrial-like negligence,"⁸¹ i.e., qualified cases of negligent homicide and negligent bodily harm caused by the negligent violation of professional rules—such as those governing medical activities.⁸²

The topic's relevance is well illustrated by the fact that the most recent comprehensive study on the subject, titled "The Criminal Liability of Physicians" by László Dezső, was published in 1979, preceded by the monograph "The Responsibility of Physicians" by Béla Kassai and Sándor Szőke, published in 1938. Thus, it has become timely to prepare a comprehensive study summarizing the background. Overall, it can be established that in light of the brief historical background, the choice of the dissertation topic is not only of a supplementary nature but can also be considered timely.

The subject of this dissertation is the development of the parallel between medical activities and occupational endangerment in Hungarian criminal law and the examination of certain essential aspects. The legal provision has a short history of three-quarters of a century since its immediate precursor is considered the provision on endangerment⁸³ created by Section 20 of Act XLVIII of 1948 on the Elimination and Supplementation of Certain Deficiencies in Criminal Laws.⁸⁴ By criminalizing endangering acts, the legislator aimed to "advance" the protective line of criminal law,⁸⁵ explicitly intending to provide protection against direct dangerous situations caused by occupational violations of rules that, although not yet causing explicit harm, such as bodily injury or death, are nevertheless dangerous to society.⁸⁶ The enhanced protection is manifested in the fact that the legislator also orders the punishment of

be punished based on the discovery of the facts and circumstances and the advice of the experts, in this case attention must be paid to the fact that the person who knows how to treat has caused the trouble lightly but not intentionally. However, if the doctor intentionally caused the death, then he should be punished as a murderer." In: HENKE Adolph: *Lehrbuch der gerichtlichen Medicin*, Bei Ferdinand Dümmler, Berlin, 1838, 430-431.

⁸⁰ 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.

⁸¹ 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.

⁸² BALOGH Jenő - BERNOLÁK Nándor: *A büntető törvények és a büntető novella*. Grill Károly Könyvkiadóvállalata, Budapest, 1908, 270.

⁸³ BM Tanulmányi és Módszertani Osztálya: *Büntetőjogi Tankönyv II. (Különös rész)*, Zrínyi Nyomda, Budapest, 1959, 433.

⁸⁴ MADAI [2020] *i.m.* 327.

⁸⁵ HORVÁTH Tibor: *Az élet, testi épség, egészség büntetőjogi védelme*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1965, 424.

⁸⁶ DEZSŐ László: *Polypragmasia és büntetőjog*, Orvosi Hetilap 1971. 19, 1090.

behaviors that pose a risk of harm,⁸⁷ as real harm is highly likely to result from a hazardous situation.⁸⁸ Over less than a century, this provision has undergone several changes of varying degrees. It can be concluded that the aim of the criminalization of endangering acts is, in the words of Székely, to prevent criminal law from merely "lagging" behind the damage caused, waiting for it to occur, but rather to act against endangering behaviors in advance.⁸⁹

The aim of this dissertation is to provide an overview of the historical background of criminal liability related to the healing activities of physicians in Hungarian criminal law, to unify the changes into a coherent framework, which serves to present the trajectory of development and understand the role of various milestones. It particularly aims to present the creation and certain modifications of the provision concerning occupational endangerment and analyze the current text of the norms, as well as to discuss current issues of the topic and provide a comprehensive examination of related theoretical and practical problems.

To deepen the understanding of the topic, it is indispensable to know many related circumstances, the detailed examination of which could each form the basis of a separate dissertation. In this regard, special mention is deserved, for example, of the problems beyond the definition and violation of danger, hazardous situations, risk, and professional rules, including the examination of certain demarcation issues. In view of the above, this dissertation does not aim to examine these elements in detail but focuses on presenting and raising the issues considered significant, in an overview-like manner, primarily intending to outline the development trajectory of the changes.

To achieve these goals, the dissertation attempts to uncover the changes related to the relevant rules from the historical development of Hungarian criminal law using the historical method, with special emphasis on analyzing the drafts of the penal codes, the Csemegi Code, and subsequent regulations. During the investigation, the analysis of legal application is indispensable, which is conducted separately for each part by presenting the relevant judicial practice.

Given that the essential part of the provision is provided by the violation of occupational rules, a comparative method is also employed, not only regarding the different regulations but also concerning professional standards. The research involves data collection, data processing, source analysis, case law processing, and comparative analysis as the applied methods.

⁸⁷ ZÁKÁNY Judit: *Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozásának vázlatja különös tekintettel a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállására*, Debreceni Jogi Műhely 2012. 2, 71.

⁸⁸ BUSCH Béla (szerk.): *Büntetőjog Különös Rész*, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft, Budapest, 2009, 123.

⁸⁹ SZÉKELY János: *Egyes veszélyeztető bűncselekményekről*, Jogtudományi Közlöny 1954. 4, 150.

During the research, I have hypothesized that it is erroneous to believe that some domestic authors explain the late appearance of liability rules related to medical activities partly by a paternalistic view—that is, that the healing person, like a wizard, was respected as a chosen one and therefore was not held accountable for their actions. It is incorrect to claim that the concept of medical malpractice is associated with the name Rudolf Virchow. The situation and accessibility of domestic professional medical rules, compared to foreign systems, are chaotic, which endangers not only patient care but also legal certainty. It is concerning that the judicial practice considers the maintenance or escalation of a hazardous situation as constitutive, even though, since the entry into force of Act V of 1961, under all criminal codes, only the creation of a hazardous situation or the causing of bodily harm can be considered constitutive.

Finally, as a result of the historical and practical analysis of domestic regulation and the comparative examination, there is an opportunity to formulate *de lege ferenda* proposals that could make the administration of justice more predictable and thus help ensure legal certainty.

II. PRESENTATION OF THE STRUCTURAL ORGANIZATION AND RESEARCH METHODS OF THE DOCTORAL THESIS

The following provides an outline of the structure of the dissertation, a presentation of its main points, an overview of the issues raised, and the identification of the research methods employed. The structural organization of the dissertation consists of seven main chapters, in addition to the introduction and the conclusion.

The first chapter examines the origins of the concept of medical malpractice, its emergence, and the circumstances surrounding its development, while also presenting different viewpoints. To accomplish this, historical and comparative methods have been employed. This chapter is divided into two main sections: the international and the domestic manifestations of the concept of malpractice. It starts with the assertion that, according to Hungarian legal scholarship, the concept of medical malpractice, as a precise definition, does not have a long historical background, as its definition is generally believed to date back about one and a half centuries and is associated with the name of Rudolf Virchow.⁹⁰ However, it should be noted that even in the Old Babylonian Empire, Sections 215-225 of King Hammurabi's famous law code, carved on a diorite stone, set forth the rules for medical operations. These norms were characterized by a repressive, punitive nature, as they prescribed strict penalties regardless of the degree of

⁹⁰ KOVÁCS Gábor: *A jogi felelősség aktuális kérdései az egészségügyi intézményekben*, BONCZ Imre (szerk.): *Gazdálkodás és menedzsment az egészségügyi intézményekben*, Medicina, Budapest, 2019, 116.

the physician's fault, with the mere occurrence of a harmful result serving as the basis for punishment.⁹¹ Therefore, breaches of professional standards were not yet subject to scrutiny. Based on these findings, it has been established that the criminal liability of physicians is as old as written law itself, with the first written rules appearing around 1700 BCE.⁹² Subsequently, in ancient Egypt, not only were medical practices developed, but also the rules of liability, as the healer was not liable if they acted in accordance with known rules for the specific disease. Compliance with the rules of treatment, however, entailed significant responsibility, since any deviation from them rendered the physician liable for the harmful consequences.⁹³ Unlike the Mesopotamian and Egyptian rules, neither Greek nor Roman law contained strict regulations, as evidenced by the fact that Hippocrates, in his work "De Lege," criticized the lenient approach of Greek judges towards medical errors.⁹⁴ The first detailed regulation concerning the criminal liability of physicians was included in Article 134 of the "Constitutio Criminalis Carolina,"⁹⁵ adopted at the 1532 Imperial Diet in Regensburg under Emperor Charles V. This regulation not only unified the criminal law rules related to breaches of medical duty but also introduced, as a novelty, liability for cases arising from a lack of conscience or competence on the part of the physician. Furthermore, it provided for the establishment of a committee composed of academic physicians to give opinions on professional matters. The concept of medical malpractice, or "ärztliche Kunstfehler," was defined by pathologist Rudolf Virchow in 1870 during the preparation of the Prussian Penal Code, as a member of the Deputation, in his study "Kunstfehler der Ärzte."⁹⁶ This concept was sharply criticized by his contemporary, Otto von Oesterlen, who, in his work "Kunstfehler der Ärzte und Wundärzte," compared the concept of

⁹¹ 215. §. If the doctor inflicts a severe wound on someone with a bronze knife and saves the person, or opens someone's tear duct with a bronze knife and saves the person's eye: X shekels of silver are given.

216. §. If the person was the son of a freed man: He receives V shekels of silver.

217. §. If it was someone else's slave: the owner of the slave gives the doctor II shekels of silver.

218. §. If the doctor inflicts a severe wound on someone with a bronze knife and causes the person's death, or by opening someone's tear duct with a bronze knife, destroys the person's eyes: their hand is cut off.

219. §. If the doctor inflicts a heavy wound with his bronze knife on the freed man's slave and thereby causes his death: a slave, similar to the slave, is obliged to convert.

220. §. If he opened his tear duct with a bronze knife and destroyed his eye: he pays half of the purchase price.

221. §. If the doctor restores someone's bone or fracture, or heals a sick wound: the owner of the wound gives the doctor V shekels of silver.

222. §. If the person was a freed son: He pays III shekels of silver.

223. §. If someone had a slave: the master of the slave gives the doctor II shekels of silver.

224. §. If an ox or donkey doctor inflicts a serious wound on either an ox or a donkey and thus saves it: the owner of the ox or donkey gives the doctor 1/6 of a shekel as a reward.

225. §. If you inflict a heavy wound on an ox or donkey and cause them to die: you must give 1/5 of the purchase price to the owner of the ox or donkey. In: KMOŠKÓ Mihály (ford.): *Hammurabi Törvényei*, Az Erdélyi Múzeum-Egyesület Jog- és Társadalomtudományi Szakosztálya, Kolozsvár, 1911, 9, 55-56.

⁹² WAGNER H.-J.: *Zur historischen Entwicklung des Begriffs „Ärztlicher Kunstfehler“*, International Journal of Legal Medicine 1981. 86, 303.

⁹³ 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.

⁹⁴ MALLACH H.J., WEISER A.: *Der sogenannte Kunstfehler*, In: BERG S., *Unerwartete Todesfälle in Klinik und Praxis*, Spinger-Verlag, Heidelberg, 1992, 245.

⁹⁵ BÉLI Gábor: *Magyar jogtörténet. A tradicionális jog*, Dialóg Campus Kiadó, Budapest, 2014, 91.

⁹⁶ DEZSŐ László: *Az orvos büntetőjogi felelőssége*, BM Könyvkiadó, Budapest, 1979, 185.

medical malpractice to the consequences of breaches of architectural regulations. According to him, the difference lies in the fact that while architectural rules are easily understandable, medicine is not governed by universally valid, constant rules like architecture. The research uncovered new international sources, establishing that the definition of "Kunstfehler," as a concept of malpractice, is actually attributable to Johann Christoph Fahner, a rural physician, who defined it in his 1797 work on forensic medicine.⁹⁷ The second part of the chapter examines the domestic manifestation of the concept of malpractice and the issues related to its interpretation and content. In Hungary, the term "medical malpractice," as used by the legislator, first appeared⁹⁸ in Sections 47 and 174 of Act XIV of 1876. Thus, by the end of the 19th century, the expression of medical malpractice had also appeared in Hungarian legal terminology, gradually being filled with content by both legal scholarship and practice. In the absence of a statutory definition, the interpretation and the filling of the term "malpractice" with content—previously mentioned—fell to legal scholarship and judicial practice, which gradually, though not without problems, shaped the concept as it is known today. In this regard, different definitions and their divergences were compared, establishing that the concept of medical malpractice has always struggled with a lack of substantive clarity. This is partly due to changes in medical science and, particularly relevant to this dissertation, the differentiation of legal fields. Several sources of legal literature agreed that the concept of medical malpractice is flawed or not adequately developed, as its ordinary meaning implies the violation of medical rules.⁹⁹ Overall, the examination of the concept of malpractice leads to the conclusion that it is not exclusively a violation committed by a physician but may also be perpetrated by other healthcare professionals,¹⁰⁰ thus, it would be more appropriate to use the term "healthcare malpractice."

The second chapter of the dissertation explores and presents the domestic precedents of criminal liability for medical professionals. It analyzes the healthcare-related provisions of Article 134 of the *Constitutio Criminalis Carolina*, the 1795 draft of the first Hungarian-language Transylvanian criminal code, and the 1843 draft criminal code. Following this, it introduces the concept of "industrial culpa" regulated by the Csemegi Code, which denotes a particular degree of negligence, representing aggravated cases of negligent homicide and negligent grievous bodily harm, while also providing an overview of the relevant historical judicial practices.

⁹⁷ 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, 25.

⁹⁸ HIDVÉGINÉ Adorján Livia - SÁRINÉ Simkó Ágnes: *Műhibák és kártérítési perek az egészségügyben*, Medicina, Budapest, 2013, 13.

⁹⁹ BORBÉLY Zita: *Az orvosi műhiba polgári jogi kérdései*, *Studia Juvenum* 2009. 1, 97.

¹⁰⁰ MADAI Sándor: „Nem tudunk csodát tenni” *Gondolatok az orvosi műhiba büntetőjogi megítéléséhez*, *Med. Et Jur* 2011. 3, 22.

Beyond the research methods applied in the earlier chapters, the chapter also involves an analysis of judicial practices, that is, the application of law. After a brief introduction to the historical antecedents of medicine in Hungary — mindful of the dissertation's length constraints — it moves on to the liability rules that emerged in connection with the activities of barbers and midwives. Subsequently, following the spread of medicine, it analyzes the draft criminal codes. The analysis of the sources used reveals that the relatively late appearance of criminal liability in Hungary — compared to Western European regulations — is explained by the underdevelopment of medicine in the country. As the spread of medicine and medical education progressed, the related liability rules also quickly attracted the interest of legal scholars. Approximately half a century after the establishment of the first Hungarian medical faculty and hospital, a forward-looking legislative proposal, including criminal liability rules pertaining to medicine, appeared from the pen of László Gál. The fact that legal regulation occasionally emerges as a response to changes in social circumstances is well illustrated by the circumstance that in Hungary, the drafting of regulations concerning the liability of medical professionals began to appear continuously from the late 18th century, in parallel with the spread of medicine. Regarding early rules and drafts, it can be established that liability rules related to specific healthcare professions followed the appearance of those professions. The first independent legislative proposal containing new criminal provisions — and no longer merely summarizing previous customary law — was the 1795 draft criminal code.¹⁰¹ Although the draft attempted to be forward-looking by striving to clearly distinguish between different forms of culpability — intent and negligence — it was partly considered to have a flawed perspective because it used a general definition based on an example related to homicide borrowed incorrectly from Filangieri. The proposal established six degrees of culpability for each crime: three negligent and three intentional, further divided into mild, average, and severe cases.¹⁰² This sixfold division also appeared for crimes where negligent commission was inherently excluded, such as perjury, rape, and theft. The proposal included rules on the liability of doctors in connection with poisoning and prescriptions, as the code would have punished the doctor selling poison if the ordered poison caused the victim's death, even if the doctor's or pharmacist's intention did not extend to the harmful outcome. Among the rules on homicide, it was considered a mitigating circumstance when the victim died "due to the doctor's fault or negligence," but the draft did not address the liability of the negligent doctor in question.¹⁰³ The rules on accidental homicide would have exempted the doctor acting properly to save the patient's life if the patient

¹⁰¹ HAJDU [1971] *i.m.* 24-25.

¹⁰² BATÓ Szilvia: *A szándékon túli eredményért való felelősség az 1795. évi és az 1830. évi tervezetekben*, Jogelméleti Szemle 2016. 3, 12.

¹⁰³ HAJDU [1971] *i.m.* 471.

unfortunately died during the intervention. Thus, the mentioned rule would have excluded the criminal liability of the doctor, aligning with the modern concept of a defense to liability known as fulfilling professional duties.¹⁰⁴ Nearly half a century later, in 1839, László Gál developed a draft of the Transylvanian Criminal Code, whose medical — healthcare — provisions overall contained rules and norms that were ahead of their time. For instance, it would have punished secret childbirth, and it included the prohibition and sanctioning of quackery. Perhaps the most important and forward-looking provision of the proposal was the obligation for doctors to provide assistance, information, and follow up with the treated patient. It is important to emphasize that it was the first to articulate the liability of a doctor or surgeon causing damage out of negligence. The teaching spirit of the draft is well reflected in the fact that it would have prohibited the guilty doctor from practicing their profession until they demonstrated their knowledge.¹⁰⁵ Moreover, the rule concerning the liability of a doctor who mistakenly determined the fact of death cannot be ignored, as in the 18th and 19th centuries, the phenomenon of apparent death and the resulting live burials caused significant problems. This was due partly to the fact that at that time, medicine itself had not yet defined the exact concept of death, nor had the conditions necessary for determining death been developed. Additionally, the first rule related to post-mortem examination appeared only much later, in 1826.¹⁰⁶ The 1843 draft of the substantive criminal law can generally be said to have broken with the spirit of feudalism, that is, with rules based on class division and privileges, and was developed with the principle of equality before the law in mind.¹⁰⁷ In the draft code, the committee intended to regulate the liability of doctors under the norms of homicide and bodily harm. Among the rules on homicide, a provision appeared that held the doctor criminally liable for negligent carelessness if a patient treated by the doctor died within thirty days of the treatment. The rule on grievous bodily harm would have punished the negligent, carelessly acting doctor who violated professional rules, depending on the outcome. Analyzing the rules of culpability also reveals the modern perspective of the draft, as it did not apply the six degrees of culpability erroneously borrowed from Filangieri's earlier 1795 proposal, which was determined for every crime,¹⁰⁸ instead, alongside the intentional, or *dolus*, forms of commission, it defined the concept of culpable negligence, or *culpa*, according to the traditional division of culpability, distinguishing between *culpa lata* and *culpa levis*. However, the draft code was not adopted, and after the fall of the War of Independence in 1852, the neo-absolutist leadership of the time brought the Austrian criminal code into force. The Austrian criminal law, the *Straf-Gesetzblatt*,

¹⁰⁴ HAJDU [1971] *i.m.* 464.

¹⁰⁵ HAJDU Lajos: *Gál László – Javallat (Az első erdélyi magyar nyelvű büntető törvénykönyv-tervezet, 1839)*, ELTE BTK Román Filológiai Tanszék, Budapest, 1992, 75-76.

¹⁰⁶ TÓTH György - HUSZÁR András - KORMOS Tímea: *A halottkémi rendszerről általában*, *Hadmérnök* 2011. 4, 122.

¹⁰⁷ MÁRKI Zoltán: *Az 1843—44. évi bűnügyi javaslatok közrebecsátása*, *Magyar Jog* 2002. 6, 330.

¹⁰⁸ BATÓ *i.m.* 12.

also did not classify the liability of professionals like doctors as an independent fact but as aggravated forms of negligent homicide and negligent grievous bodily harm, if the harmful event occurred due to a failure to exercise the higher care expected of a professional in their occupation. In the uncertain period following the Compromise, which restored previous feudal rules, both practical and theoretical life were greatly influenced by the textbook of university professor Tivadar Pauler, which included only the medical intervention that terminated a fetus to save the mother's life, named as a defense to liability even in the 1795 draft.

It is important to note that the 1843 proposal, despite defining forward-looking rules, was considered incomplete compared to the Transylvanian Criminal Code draft developed four years earlier by László Gál, as it did not include provisions related to quackery, medical assistance, information, and the liability of midwives. A study of the legislative proposals shows that the modern form of medicine in Hungary appeared very late. However, the legal scholarship responded quite quickly to these societal changes, and its efforts clearly sought to encourage the legislator with forward-looking proposals for regulation in the text of the law.

The 1878 Act V, the Csemegi Code, in a unique way, ordered the punishment of behaviors causing harmful outcomes due to negligent violations of the rules of professional occupations — such as medical activities — as aggravated forms of negligent homicide and negligent bodily harm. Since these offenses were more serious forms of negligence, the legislator allowed for higher penalties within the range of misdemeanors.¹⁰⁹ However, merely dangerous actions that did not cause harmful outcomes were not yet penalized. This norm was referred to by contemporary legal scholarship as "industrial culpa"¹¹⁰ or "industrial-like culpa"¹¹¹ in several places. The reason for the more severe classification, as explained by contemporary legal scholars, was that a person practicing a given activity as a profession was expected to exercise greater care, and if the harmful outcome was due to inexperience, negligence, or violation of professional rules in their profession, then they were liable under the relevant provision. Overall, it can be established that the legislator required a "higher degree," that is, special care,¹¹² from those practicing a given occupation as their profession, which was considered the "special" degree of the offenses within the negligent form.¹¹³ In terms of healthcare, if a patient's

¹⁰⁹ BALOGH *i.m.* 270.

¹¹⁰ FEHÉRVÁRY *i.m.* 143.

BURSICS *i.m.* 260.

¹¹¹ MADAI [2020] *i.m.* 326.

¹¹² FEHÉRVÁRY *i.m.* 67-68.

¹¹³ SCHNIERER Aladár: *A büntetőjog általános tanai*, Franklin Társulat Budapest, 1888, 148.

bodily integrity or life was harmed due to a doctor's negligence during medical activity¹¹⁴, and a causal relationship was established between the two, then — using the terms of Kassai and Szőke — a "negligent medical crime" was realized.¹¹⁵

The third main chapter of the dissertation focuses on the legislative developments in the post-World War II period, prior to the creation of the 1961 Criminal Code, with a particular emphasis on the significant influence of the Soviet Union. The considerable temporal leap is partly due to the world wars and partly because the Csemegi Code itself remained in force for more than seven decades after its enactment.¹¹⁶ However, during this long period, many key elements of the Code underwent substantial modifications.¹¹⁷ The third criminal amendment introduced the *sui generis* rule¹¹⁸ for the crime later referred to in practice as "endangerment,"¹¹⁹ which established the criminal offense of endangering life or physical integrity. This norm can be considered the direct precursor to the offense of endangerment committed in the course of professional activity.¹²⁰ The law penalized actions where the perpetrator, by violating the rules of their profession or occupation and in causal relation to this violation, exposed others to an immediate threat to their life or physical integrity, thereby anticipating the specific possibility of bodily harm or death.¹²¹ In practice, the courts predominantly adjudicated cases of traffic, workplace, and other accidents, as well as acts that endangered life and physical integrity in the course of medical practice, based on this provision.¹²² According to the ministerial justification for the law, the creation of a separate offense was necessary because the previous regulation, namely, the aggravated cases of negligent homicide and negligent bodily harm, adjudicated endangerment causing harmful results "with leniency disproportionate to the significance of the consequence."¹²³ This can be explained by the fact that, according to the standpoint of socialist legislation, the Csemegi Code treated the negligent forms of homicide and bodily harm "disproportionately leniently," which was explained by the fact that, within the trichotomy system, negligent acts were considered "merely" misdemeanors, and therefore their penalties were lower.¹²⁴ Overall, it can be concluded that there were indeed dual reasons for the creation of the endangerment norm penalized by the third criminal amendment: on the one hand, to

¹¹⁴ SZUCHOVSKY Gyula: *Az orvos büntetőjogi felelősségének egyes kérdései*, Orvosi Hetilap 1961. 35, 1633.

¹¹⁵ KASSAI Béla - SZŐKE Sándor: *Az orvos felelőssége*, Grill Károly Könyvkiadóvállalata, Budapest, 1938, 117.

¹¹⁶ NAGY Ferenc (szerk.): *A magyar büntetőjog általános része*, Korona Kiadó, Budapest, 1998, 39.

¹¹⁷ BUSCH Béla (szerk.): *Büntetőjog Különös Rész*, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft, Budapest, 2009, 38.

¹¹⁸ SZUCHOVSKY *i.m.* 1633.

¹¹⁹ BM Tanulmányi és Módszertani Osztálya: *Büntetőjogi Tankönyv II. (Különös rész)*, Zrínyi Nyomda, Budapest, 1959, 433.

¹²⁰ MADAI [2020] *i.m.* 327.

¹²¹ GÁBOR László: *A közlekedési bűncselekmények jogi szabályozásának fejlődése hazánkban*, Városi Közlekedés 1980. 2, 126.

¹²² SZUCHOVSKY [1961] *i.m.* 1634.

¹²³ GÁBOR *i.m.* 125.

¹²⁴

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

sanction purely endangering conduct, thereby shifting the protective line of criminal law forward, and on the other hand, to offer the prospect of harsher punishment by establishing it as an independent offense classified as a crime. From the time the provision came into force, it posed a problem that the legislator distinguished between intentional and negligent forms concerning culpability, but it was not clearly established what form of culpability the legislator actually intended to define in relation to the former.¹²⁵

In the fourth chapter of the dissertation, the analysis focuses on the offense of professional misconduct as regulated by Act V of 1961, presenting the initial problems that arose and analyzing relevant legal cases. According to this analysis, by the time of the codification of Act V of 1961, judicial practice eventually concluded that the conduct constituting the crime was the violation of professional rules, and the situation of danger resulting causally from this was itself the harmful outcome.¹²⁶ The ministerial justification of the 1961 Criminal Code expressly acknowledged that the third amendment had created uncertainty concerning culpability, pointing out that conscious negligence, or "luxuria," could simultaneously correspond to both the earlier concept of conscious culpability and the conscious form of negligence. Furthermore, in practice, it was only in exceptional cases that the perpetrator's intention extended beyond the rule violation to the harmful outcome. In the majority of cases, the perpetrator's intention was limited solely to the rule violation and did not extend to causing the dangerous situation, so with respect to the outcome, the crime was characterized by conscious negligence rather than intentionality. The new provision, relying on practice, defined the basic case of the act as causing an immediate danger negligently, and unlike previous practice, required the examination of culpability concerning the immediate danger as an outcome and gave it a significant role in determining the classification of the crime.¹²⁷ It also omitted the earlier problematic form of conscious culpability.¹²⁸

The fifth chapter of the dissertation analyzes the periods of the 1978 and 2012 Criminal Codes. In addition to the analysis of the legal provisions, some aspects of end-of-life issues, diagnostic errors, and the distinctions between criminal and civil liability are briefly outlined as problem areas, considering the length limitations of the dissertation. The chapter seeks to achieve its objective and assert its theses through the presentation of significant legal cases. The creation of the 1978 Criminal Code was justified by the continuous technical development that followed the enactment of the socialist Criminal Code, as this modernization — with special attention to

¹²⁵ VISKI László: *A veszélyeztetés mint materiális bűncselekmény*, Állam és Jogtudomány 1968. 1, 7-9.

¹²⁶ POPOVICS Béla (szerk.): *A Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyve*, Közigazgatási és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1962, 435.

¹²⁷ VISKI *i.m.* 16.

¹²⁸ GÁBOR *i.m.* 126.

the subject of the dissertation — inevitably involved an increase in sources of danger. Recognizing these dangerous situations and aiming to prevent them, preventive safety regulations were established, intending both to prevent harm and to mitigate any damage that occurred.¹²⁹ Due to these reasons and changes in the structure of crime, the creation of a new Criminal Code became timely, resulting in the codification of Act IV of 1978. The provision on endangerment committed in the course of professional activity, which included new and relevant modifications, was developed by the Codification Committee after several debates, taking into account practical experiences.¹³⁰ The basic case of the crime modified the previous wording "one or more persons" to "another person or others" regarding the definition of the passive subject. The reason behind this change likely stems from the general view that the passive subject of crimes against life, physical integrity, and health can only be a person other than the perpetrator.¹³¹ Another change was that, in addition to the direct dangerous situation, bodily harm, which was previously considered an aggravating circumstance, was now evaluated in the basic case, but the new law no longer differentiated regarding the healing period, leaving its assessment to the discretion of sentencing.¹³² A shortcoming of the previous law was that it did not address minor bodily harm. There was a significant expansion regarding the aggravated cases, with new circumstances including the causation of permanent disability, severe health deterioration, mass disasters, the death of more than two people, and fatal mass disasters. Concerning the sanction system, it can be noted that the previous Criminal Code applied higher penalties for both the basic case and the aggravated cases, which resulted in the anomaly that negligent professional misconduct causing serious bodily harm carried a higher penalty than intentional serious bodily harm. The new law reduced the previously excessively high penalties,¹³³ resulting in the penalty for professional misconduct causing death being aligned with that for negligent homicide, as the previous range of two to eight years of imprisonment was reduced to six months to five years. The legislature correctly highlighted and placed under a separate chapter titled "Traffic Crimes" the traffic violations regulated by the previous provision, which were the most frequent in practice.¹³⁴ The 2012 Act C, considering the thirty years of practice preceding its entry into force, introduced a minor modification to the provision on endangerment committed in the course of professional activity, as the new law uses the term "professional rule" instead of "the rule of one's profession" by omitting the possessive adjective.¹³⁵ Furthermore, as an essential part of the analysis of the current provision, the rules

¹²⁹ FONYÓ *i.m.* 113-114.

¹³⁰ LÁSZLÓ Jenő: *Az 1978. évi IV. törvény (BTK) előkészítése VII. kötet*, Igazságügyi Minisztérium, Budapest, 1989, 435.

¹³¹ FÖLDVÁRI József: *A Magyar Büntetőjog Különös Rész*, Tankönyvkiadó, Budapest, 1989, 148.

¹³² IDZIG Izabella, *A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés szabályozásnak hazai alakulása. Történeti visszatekintés*, *Ügyészek lapja* 2021. 6, <http://ugyeszeklapja.hu/?p=3689> (2024. march 14. download).

¹³³ LÁSZLÓ *i.m.* 442-443.

¹³⁴ BITTÓ Márta: *A foglalkozási szabály személyi hatálya a büntetőjogban*, *Jogtudományi Közlöny* 1985, 582.

¹³⁵ IDZIG *i.m.* <http://ugyeszeklapja.hu/?p=3689> (2024. március 14-i letöltés)

of medical practice, which are considered a cornerstone of the dissertation, were also examined. This chapter applies a comparative analysis, contrasting domestic and international — particularly English — regulations.

The sixth chapter analyzes the relationship between reasons that exclude the danger to society and therapeutic activities, with particular emphasis on permitted risk and related concepts, such as the definitions of risk, danger, and dangerous situations, which are considered indispensable for a deeper understanding of the dissertation's topic. Of course, as mentioned earlier, a detailed examination of these concepts could individually form the basis of a separate dissertation. Therefore, keeping in mind the limitations of length, the aim is merely to raise issues and present definitions.

The seventh chapter raises issues related to joint responsibility for healthcare provision and medical interventions. The lack of rules on joint responsibility is not a new problem. Following the integration of surgical care into the field of medicine, the ever-growing body of knowledge led to the divergence of medical practice. For example, at the very end of the 19th century, the successes achieved in small intestine intubation in 1898 led to the emergence of gastroenterology as a branch of internal medicine. Surgery, which had only recently been integrated into medicine as a new specialty, began to rapidly develop with the advent of anesthesia techniques, and in the mid-20th century, anesthesiology itself became an independent field.¹³⁶ Thus, while two hundred years ago, known diseases were generally treated by a single physician, by the 1970s, the professional specialization of medical science and the gradual expansion of knowledge within each branch required the joint, coordinated activity of several specialists for patient care.¹³⁷ Consider the process leading to a gallbladder surgery due to gallstones: the patient encounters several specialists, including a medical laboratory diagnostician, radiologist, internist, anesthesiologist, and surgeon, and depending on any comorbidities, a pulmonologist or a cardiologist may also be needed. The provision on professional misconduct regulated individual responsibility but did not address issues of joint responsibility related to negligent criminal conduct, even though an independent anesthesiology section had already been established three years earlier, in 1958.¹³⁸ By that time, surgical procedures based on modern general anesthesia, which could only be performed with a division of labor, were already routine. In patient care, joint medical work does not only mean

¹³⁶ BENKE József: *Az orvostudomány története*, Medicina, Budapest, 2009, 205-207.

¹³⁷ DEZSŐ [1979] *i.m.* 289.

¹³⁸ BOGÁR Lajos: *Aneszteziológia és intenzív terápia*, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2014, előszó

simultaneity, such as during a surgery, but also includes the pathway leading to or following it, such as the patient's examination, treatment, and follow-up care, which is often a complex and lengthy process involving numerous specialties — sometimes half a dozen or more (e.g., in oncology care). During such joint work, a key element is that the treating physician's decisions often depend on the results of examinations conducted by other specialties, and the erroneous nature of these results (e.g., a diagnostic error in radiology) raises the issue of the team's responsibility.

III. NEW SCIENTIFIC RESULTS OF THE DOCTORAL DISSERTATION

The goal of criminal law is to provide effective protection for individuals and, thereby, for society as a whole, against unlawful attacks. In response to situations that create endangering or injurious behaviors, legal regulation must necessarily appear with due regard to legal certainty, following changes in social life situations.

In Hungary, regulations on liability related to healing activities appeared relatively late, according to some viewpoints, a fact attributed by these authors to the reverence for doctors as chosen ones. However, this argument is not supported by historical data since the criminal liability of doctors appeared already in the Old Babylonian Empire and has been traceable with varying weight through different periods.

In contrast to Western Europe, Hungary does not have deep historical roots in medicine, as it has only been available to a broader section of society — apart from royal and aristocratic families — for roughly two centuries. Consequently, it is logical that in the absence of medicine, not only did no professional liability rules appear, but no professional rules existed either.

The definition of professional misconduct reached its final form about half a century ago, at the time this dissertation was completed, following two significant amendments in the preceding thirty years. Undoubtedly, medical activity is considered one of the most significant among the professions, as it aims, on the one hand, to protect human life and health from dangerous harms and, on the other hand, to free or mitigate already incurred damages.¹³⁹ Medical interventions, therefore, generally involve a significant risk, but naturally, to establish liability, the occurrence of an undesirable consequence alone is not sufficient; it also requires the examination of further circumstances and their existence. Such circumstances include the analysis of culpability and causal connection, as well as the evaluation of professional rules. Regarding the latter, it can be

¹³⁹ ERDÖSY Emil: *A megengedett kockázat a büntetőjogban*, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1988. 93.

stated that while one and a half centuries ago, Virchow and Oesterlen both agreed that medical procedures and interventions were characterized by explosive development,¹⁴⁰ this rapid development seems to have somewhat slowed down in recent times. Moreover, due to digitalization, scientific results and procedures have become widely and almost unrestrictedly accessible at the moment of their publication. The analysis of legal cases made it clear that in cases where professional rules can be clearly defined, such as the rules of blood transfusion¹⁴¹ or drug administration¹⁴², determining a breach of those rules is a relatively problem-free task. However, there were cases where the professional rules were diverse, non-uniform, and only during a retrial, based on the sixth expert opinion submitted, was it determined that it was not a breach of professional rules,¹⁴³ but rather the procedure in question and the injuries resulting from it were assessed as risks inherent in the intervention.

Liability rules can only be established if the rules of the given profession are precisely elaborated, as without appropriate professional rules, not only is their violation, but also the establishment of liability related to them inherently questionable. Naturally, in the period before the advent of modern medicine, retrospectively, the possible procedures could be implemented in a more limited and less effective way since numerous previously unknown diseases and, consequently, their treatments were only discovered as a result of more recent developments. Thus, as long as the profession itself and its rules were considered uncertain, liability could naturally only apply in a limited scope — consider, for example, the case previously discussed, where the patient died as a result of an infection caused by an incorrectly performed arterial incision, and the contemporary science, according to the knowledge of the time, assessed the outcome only as a risk of the intervention. The existence of clearly interpretable, specific professional rules is therefore essential, as they support patient care by being uniform, easily accessible, and therefore uniformly applicable; in case of their breach, they can be easily verified. Due to the fragmented regulations, not only patient care but also its safety would be increased if a unified, widely accessible protocol system were introduced in Hungary instead of the diverse and hard-to-find rules. Under such a system, violations of professional rules could not be established when following established procedures, while there would still be room for alternative treatments due to the freedom of medical choice, with the person responsible having to provide justification for their decision and being solely liable for their error.

For perhaps these reasons, Anglo-Saxon medicine introduced the application of unified protocols and procedures several years or perhaps decades ago. Similarly, in Hungary, the National Ambulance Service developed and introduced so-called standard operating procedures

¹⁴⁰ MADAI [2011] *i.m.* 21.

¹⁴¹ see: BH+ 2003.8.364

¹⁴² see: Bhar.215/2023/6.

¹⁴³ see: Bf.195/2017/12

a few years ago.¹⁴⁴ These procedures were implemented partly for patient safety and partly to assist healthcare workers, as they became widely accessible and could be learned in advance.

Regarding another essential element of the definition, the result, the practice that has developed under the regulation of Act V of 1961 and continues to this day considers the maintenance¹⁴⁵ or further escalation¹⁴⁶ of a dangerous situation to be within the definition. However, this practice is clearly "contra legem" (against the law) since, in light of the fact that, according to every norm since the aforementioned law, only the creation of a dangerous situation or the causation of bodily harm can be considered within the definition. Therefore, a modification of the legal text in this direction seems indispensable so that the practice, similar to the omission of the possessive suffix, could also be free of objections in this regard.

Due to the specific nature of the definition, when examining the subjective side of the crime, co-perpetration in the case of negligence is excluded; for their jointly committed actions, the perpetrators can be held liable as individual offenders. However, with the emergence of modern medicine and the specialization of medical branches, patient care is based on the joint, coordinated work of several doctors, where multiple different specialists may be involved in the care of a single patient, either simultaneously or sequentially, which naturally carries not only advantages but also disadvantages. Namely, an irregularity arising during one treatment may build upon a new omission, so not only is the assessment of professional misconduct, but also the evaluation of causal connection and culpability, problematic. At the same time, the benefits of the division of labor and the resulting advantages must fall within the scope of socially tolerated risk.

The definition of professional misconduct — due to its peculiar form of culpability — does not address the issues of joint responsibility related to negligent criminal conduct, despite the fact that legal science drew attention to this problem decades ago. Thus, the problem is not new; however, with the passage of time and the emergence of new branches, it has perhaps become even more relevant, which the dissertation attempted to highlight with two theoretical examples. Therefore, it would be justified to develop criminal law regulations concerning joint medical work, which could serve as the basis for an independent dissertation on this criminal law problem.

¹⁴⁴ <http://www.omszorvosszakma.hu/szabvanyos-eljarasrendek/> (2021. július 11. download).

¹⁴⁵ see: BH 1972.12.7285 és BH 1973.7.261

¹⁴⁶ see: BH 2023.3.56 I.



Registry number: DEENK/447/2024.PL
Subject: PhD Publication List

Candidate: György Juhász
Doctoral School: Géza Marton Doctoral School of Legal Studies
MTMT ID: 10061661

List of publications related to the dissertation

Articles, studies (5)

- Juhász, G.:** Adalékok az orvosi műhiba fogalmának fejlődéséhez.
Miskolci Jogi Szemle. 16 (4), 172-184, 2022. ISSN: 1788-0386.
DOI: <https://doi.org/10.32980/MJSz.2021.4.1264>
Level of HAS Committee on Legal and Political Sciences: A
- Juhász, G.:** Az 1843. évi büntető anyagi jogi javaslat és az orvoslás.
Jogtörténeti Szemle. 19 (3), 27-34, 2021. ISSN: 0237-7284.
Level of HAS Committee on Legal and Political Sciences: A
- Juhász, G.:** Az orvos büntetőjogi felelősségének korai előképei hazánkban.
Jogtörténeti Szemle. 19 (1), 37-46, 2021. ISSN: 0237-7284.
Level of HAS Committee on Legal and Political Sciences: A
- Juhász, G.:** Az orvos gyógyító tevékenységének büntetőjogi vonatkozásai.
Debreceni jogi műhely. 14 (1-2), 41-51, 2017. EISSN: 1786-5158.
DOI: <http://dx.doi.org/10.24169/DJM/2017/1-2/4>.
Level of HAS Committee on Legal and Political Sciences: B
- Juhász, G.:** Az orvos gyógyító tevékenységének polgári jogi vonatkozásai.
Debreceni jogi műhely. 14 (3-4), 28-42, 2017. EISSN: 1786-5158.
DOI: <http://dx.doi.org/10.24169/DJM/2017/3-4/3>.
Level of HAS Committee on Legal and Political Sciences: B





List of other publications

Articles, studies (1)

6. Turzó, C., **Juhász, G.**: The history of the post mortem examinations in Hungary.
Agora International Journal of Juridical Sciences. 15 (1), 33-40, 2021. ISSN: 1843-570X.
DOI: <http://dx.doi.org/10.15837/aijjs.v15i1.4231>

Conference presentations (1)

7. Turzó, C., **Juhász, G.**: A halottvizsgálat történeti áttekintése Magyarországon a XII. századtól napjainkig.
In: MIOT 2018 Pécs A Magyar Igazságügyi Orvosok Társasága XVI. Nemzetközi Konferenciája, MIOT, [Pécs], 14, 2018. ISBN: 9789634292562

By the directives of HAS Committee on Legal and Political Sciences:

Publications in periodicals level „A”: 3, related to the dissertation: 3.

Publications in periodicals level „B”: 2, related to the dissertation: 2.

The Candidate's publication data submitted to the iDEa Tudóstér have been validated by DEENK on the basis of the Journal Citation Report (Impact Factor) database.

27 August, 2024

