

# A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés

---

Az orvosi műhiba kérdése

**Jelige:**

**Veszélyes hivatás**

**Lezárás dátuma: 2014. november 5.**

## Tartalomjegyzék

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| I. Bevezetés .....                               | 2  |
| II. A felelősség kérdése .....                   | 2  |
| III. A tényállás ismertetése .....               | 4  |
| IV. Az orvosi műhiba fogalma .....               | 9  |
| V. Büntetőügyek hazánkban.....                   | 11 |
| VI. Idegen test a testüregben .....              | 21 |
| VII. A megengedett kockázat problematikája.....  | 24 |
| VIII. A diagnosztikus tévedés .....              | 29 |
| IX. Az igazságügyi orvosszakértő véleménye ..... | 30 |
| X. A nyomozóhatóság szerepe .....                | 33 |
| XI. Összegzés .....                              | 37 |
| Irodalomjegyzék.....                             | 40 |

## **I. Bevezetés**

Büntetőjogi érdeklődésemből kifolyólag nem volt számomra kérdéses, hogy milyen szekciót válasszak. Tanulmányaim során a legtöbb izgalmat mindig is ebben a témakörben találtam, s ez fokozódott az élet, a testi épség és az egészség elleni bűncselekmények megismerése folyamán. Úgy gondolom, hogy a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés egy rendkívül összetett probléma, amivel egyre gyakrabban találkozhatunk büntetőügyekben. Az orvosi szakmához és az egészségügyi dolgozókhöz kapcsolódó esetek mindig közérdeklődésre számot tartó ítéleteket vonzanak magukkal, hiszen ez egy olyan területe a jognak és az orvostudománynak, amiben mindenki érdekeltnek tartja magát: a betegekben olykor felmerül az orvosokban való bizalom kérdése, az orvosokat arra sarkallja, hogy mindinkább kiemelkedőbben végezzék hivatásukat, a jogászok számára pedig olyan megoldásra váró probléma, amelyhez szükségük van szakértők véleményére.

Az orvosi hivatás az egyik legszebb, amit ember választhat. Fizikai és lelki gyógyulást nyújtanak betegeknek, s az egyre fejlődő orvostudomány lehetővé teszi az olyan betegségek orvoslását is, amelyek korábban egyértelműen halálos kimenetellel jártak. A betegek gyógyításának és kezelésének azonban rengeteg árnyoldala is van. Nem kicsi a tét: emberéletek múlnak minden tettükön, állandó koncentrálásra, figyelemre van szükségük. S ez a stresszhelyzet olykor meg is látszik tevékenységük során, hiszen ők sem tévedhetetlenek, velük is előfordulhat a botlás. Csakhogy az ő mulasztásaik a betegek életébe is kerülhet. Nem szabad megfeledkezni arról sem, hogy a személyi és tárgyi feltételek nem mindig adóttak, így lehet, hogy hiába látják el legjobb tudásuk szerint a beteget, a kórház felszereltsége miatt mégsem jár sikerrel egy-egy beavatkozás.

Nem minden mulasztás, szabályszegés bír büntetőjogi relevanciával. A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés egy olyan bűncselekmény, amelyet az orvosok és egészségügyi dolgozók –többnyire- gondatlanul, tévessel vagy mulasztással követhetnek el. Materiális bűncselekményről lévén szó, a közvetlen veszélyhelyzet elengedhetetlen eleme a vétség vagy büntett megállapításának. Mielőtt a tényállás részletes tárgyalásába fognék, fontosnak tartom a felelősség kérdésének tisztázását.

## **II. A felelősség kérdése**

Az egészségügyi ellátásban résztvevő személyek felelősséggel tartoznak azért, hogy tevékenységüket a szakma szabályai szerint végezzék.

Etika, polgári jogi és büntetőjogi felelősséget is vállalniuk kell, ami nem kis terhet ró rájuk.

„Az orvosi felelősség speciális formája az *etikai felelősség*, amely lényegében a hivatás gyakorlása során tanúsított magatartásra vonatkozik”<sup>1</sup>- írja Sótonyi Péter az orvostanhallgatók számára készült tankönyvben. Az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény alapján etikai vétségnek minősül az etikai kódexben foglalt szabályok vétkes megszegése, valamint az alapszabályban, illetőleg a szakmai kamara más belső szabályzatában foglalt vagy a választott tisztségből eredő kötelezettségnek a vétkes megszegése.<sup>2</sup> A vétség elévülési ideje rövid, hiszen szubjektív határideje 6 hónap (az etikai bizottság tudomására jutásától), objektív határideje 3 év (a cselekmény elkövetésétől számítva). Az ügyintézési határidő sem hosszú, hiszen a törvény 60 napban szabja meg ennek idejét. A törvény 25.§-a meghatározza a büntetéseket is. E szerint kiszabható figyelmeztetés, megrovás, pénzbírság, tagsági viszony felfüggesztése és kizárás különböző esetkörökben.

*Polgári jogi felelősségét* tekintve a 2013. évi V. törvény ad eligazítást számunkra. „Aki másnak jogellenesen kárt okoz, köteles azt megtéríteni. Mentessül a felelősség alól a károkozó, ha bizonyítja, hogy magatartása nem volt felróható”- írja a 6:519.§, a felelősség általános szabályairól. A deliktualis (szerződésen kívül okozott kár) esetén a károkozás általános tilalma kerül megszegésre. Négy feltétele van a felelősség megállapításának: jogellenesség, kár, okozati összefüggés és felróhatóság. Az utóbbi években egyre inkább megnövekedtek ebben a témában a kártérítési perek, a betegek ugyanis tudják jogaikat, és megpróbálják azokat érvényesíteni – néha talán indokolatlanul.

Milyen felelősséggel tartozik az orvos a *büntetőjogban*? Nincsenek könnyű helyzetben, ez tény. Gyakran éri kritika a magyar egészségügyet, bizalmatlanul fordulnak az emberek az orvosokhoz, s inkább alternatív megoldásokban gondolkoznak. Mennyiben van ennek alapja? Az alábbiakban a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés kapcsán az ún. orvosi műhibák bemutatására vállalkozom. Jelen dolgozatom célja tehát e bűncselekmény ismertetésén belül az orvosi tevékenységhez kapcsolódó veszélyeztetés bemutatása.

A jog fejlődéséhez elengedhetetlen más tudományágak segítsége, így az orvostudomány is nagy szerepet játszik a büntetőjog alakulásában. „A matematika a fizika szolgálóleánya”- mondogatták gyakran a középiskolában. S talán nem hiba jelen esetben azt mondani, hogy az orvostudomány a jog szolgálatában áll, hiszen támogatása nélkül nagy nehézséget okoznának

---

<sup>1</sup> Sótonyi Péter: Igazságügyi orvostan, Budapest, Semmelweis Kiadó, 2005. 50. oldal

<sup>2</sup> 2006.évi XCVII. törvény 20.§

az élet, testi épség és az egészség elleni bűncselekmények megítélései. Azonban a jog is szabályozza az orvosi tevékenység formálódását, nem élhet tehát e két nagy terület egymás nélkül. A fejlődés során az igazságszolgáltatásnak szüksége volt egy olyan tudományágra, ami - mint segítő szakterület - összefoglalja azon ismereteket, melyek elengedhetetlenek a helyes ítélkezéshez. Ez a tudomány pedig nem más, mint az *igazságügyi orvostan*. Ahogy Sótonyi Péter fogalmaz: „az igazságszolgáltatás céljára alkalmazott orvostudományt nevezzük igazságügy orvostannak.”<sup>3</sup> Korábbi neve is igazolja, hogy a bíraskodás érdekeit (is) szolgálja: törvényszéki orvostannak hívták ugyanis.

Az igazságügyi orvostan célja, hogy a bűnüldözésben közreműködve megállapítsa a bűncselekmény elkövetőjét, felderítse a halál okait, harcoljon az olyan tevékenységek ellen, amelyek felborítják a társadalmunkban fennálló jogrendet.

Bonyolódik az ügy, ha az igazságügyi orvosszakértők kollégáik, az orvosok és egészségügyi dolgozók ellen indított büntetőeljárások során segítik a jogászok munkáját. Elemzi ugyanis e tudomány a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetéshez kapcsolódóan az „orvosi műhibákat” is.

### III. A tényállás ismertetése

A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállása a Büntető Törvénykönyvben az élet, a testi épség és az egészség elleni bűncselekmények között kapott helyet.

**165. § (1)** Aki foglalkozási szabály megszegésével más vagy mások életét, testi épségét vagy egészségét gondatlanságból közvetlen veszélynek teszi ki, vagy testi sértést okoz, vétség miatt egy évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(2) A büntetés

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

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

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

(3) Ha az elkövető a közvetlen veszélyt szándékosan idézi elő, büntett miatt az (1) bekezdésben meghatározott esetben három évig, a (2) bekezdésben meghatározott esetben

---

<sup>3</sup> Sótonyi: Igazságügyi orvostan, 1. oldal

- az ott tett megkülönböztetés szerint - egy évtől öt évig, két évtől nyolc évig, illetve öt évtől tíz évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.

(4) E § alkalmazásában foglalkozási szabály a lőfegyver, a robbantószer és a robbanóanyag használatára és kezelésére vonatkozó szabály is.

A tényállásban megfogalmazottak kiterjednek minden foglalkozásra, ezek közül kiemelném az orvostudományhoz kapcsolódó bűncselekményeket.

A bűncselekmény *jogi tárgya* – ahogy az a fejezet címéből is adódik- az élet, a testi épség és az egészség. A bűncselekmény az Alaptörvényben biztosított alapvető, minden embert megillető jogot támadja. Az Alaptörvény „SZABADSÁG ÉS FELELŐSSÉG” fejezetének 1. cikke így fogalmaz: „AZ EMBER sérthetetlen és elidegeníthetetlen alapvető jogait tiszteletben kell tartani. Védelmük az állam elsőrendű kötelezettsége.” A II. cikk pedig kiemeli, hogy minden embernek joga van az élethez.

Talán elsőre azt gondolhatnánk, hogy csak orvosok követhetik el *alanyként* a foglalkozás körében veszélyeztetést, azonban az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (röviden: Eütv.) 3.§-a irányadó e tekintetben. Itt kerül ugyanis meghatározásra az egészségügyi dolgozók fogalma: „az orvos, a fogorvos, a gyógyszerész, az egyéb felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, továbbá az egészségügyi tevékenységben közreműködő egészségügyi szakképesítéssel nem rendelkező személy”. Az itt felsorolt személyek bármelyike elkövetheti alanyként a bűncselekményt. Nem szükséges azonban, hogy az alany jogosult legyen orvosi tevékenység végzésére. A BH.1982. 451. megfogalmazza, hogy azokat tekinti a bírói gyakorlat foglalkozásnak, amely szabályokhoz kötött. Tehát ha szakképzettséget igényel az adott foglalkozás, akkor vonatkoznak az illető személyre az adott foglalkozáshoz kapcsolódó szabályok. Ha az elkövető nem jogosult orvosi tevékenység végzésére, a kuruzslás bűncselekményét is megállapítja a bíróság.<sup>4</sup> A gondatlan alakzat miatt kizárt a bűnsegély és felbujtás, valamint kizárólag önálló tettesként követhető el.

Érdekes kérdést vet fel, amikor például egy nagyobb sebészeti beavatkozás alkalmából nem egy, hanem több orvos vesz részt a műtétben. Így létrejön egy ún. „*team*”, amely nem csak orvosokból, hanem ápolókból és technikai személyzetből áll. A kollektív felelősség kizárt, így több álláspont is kialakult a rájuk irányadó felelősséggel kapcsolatban. Az első a vezető orvos

---

<sup>4</sup> *Sótonyi Péter*: Orvosi felelősség, Budapest, Semmelweis Kiadó, 2006. 228. oldal

felelőssége, azonban itt elvárás lenne, hogy a vezető ismerje minden orvos szakterületét. Létezik a teljes bizalom elve, amelyben a csoport tagjai feltételezik egymásról, hogy mindenki szabályszerűen jár el. Itt viszont túlzottan leszűkülne a felelősség. Egy köztes álláspont az, amit a közlekedési büntetőjog területe alakított ki: „a közlekedésben résztvevő mindaddig bízhat mindenki más szabályszerű magatartásában, ameddig ennek ellenkezője, vagy legalább az ellenkező lehetősége a megkívánható gondosság mellett számára felismerhető válik.”<sup>5</sup>

A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés *passzív alanya* kizárólag élő természetes személy lehet. A passzív alany elkövetőn kívüli más személy lehet, ha az elkövető saját magát veszélyezteti, az nem bűncselekmény. Egy vagy több személy lehet a passzív alany, ezt jelzi a „más, mások” kifejezés. Továbbá passzív alany lehet olyan személy is, aki az elkövető mellett vagy vele együtt gyakorolja a foglalkozást. Viszont nem tekinti a büntetőjog ebben az esetben passzív alannak azokat, akik „közös foglalkozási tevékenységük során együttes szabályszegésükkel önmagukat és egymást is veszélyeztetik.”<sup>6</sup> Fontos azonban tisztázni, hogy ki számít élő embernek. Az emberi élet kezdete a büntetőjog szempontjából a tolófájdalmak megindulásától kezdődik, a vége pedig az agyhalállal következik be, ahonnan visszafordíthatatlanná válik a folyamat. Az emberi életet tehát a büntetőjog a szülési folyamat visszafordíthatatlan megindulásától védi. A halál megállapításának jelentősége a szervátültetésekkel kerül előtérbe. Megkülönböztetjük a klinikai halált és biológiai halált, előbbi alatt a keringés és légzés leállítását, utóbbi alatt a központi idegrendszer végleges leállítását értjük. Fontos megemlíteni a disszociált agyhalál fogalmát, utóbbi a transzplantációs szervkivétel előfeltétele.<sup>7</sup> A halál megállapítása orvosi szakkérdés.

A bűncselekmény *elkövetési magatartása* a foglalkozási szabály megszegése. A foglalkozási szabályoknak több csoportját ismerjük: munkavédelmi és balesetelhárító szabályok, építkezés kivitelezésével kapcsolatos műszaki, statikai szabályok, lőfegyver használatára és kezelésére vonatkozó szabályok és az orvosi tevékenység szakmai szabályai.<sup>8</sup> Az orvosi szakma szabályainak egy részét az Eütv. határozza meg a VI. fejezetben. Így például az egészségügyi dolgozókra ellátási kötelezettséget ró, kötelesek továbbá tájékoztatni a beteget, dokumentálni az adatokat, valamint titoktartási kötelezettség is terheli őket. Foglalkozási szabálynak

---

<sup>5</sup> Sótonyi: Orvosi felelősség, 229. oldal

<sup>6</sup> Kereszty Béla: A magyar büntetőjog különös része, Budapest, Korona Kiadó, 2005. 123. oldal

<sup>7</sup> Keszty Éva: A halál orvosi és jogi fogalmai, Jogtudományi Közlöny, 2002/9. 387. oldal

<sup>8</sup> Erdősy Emil, Földvári József, Tóth Mihály: Magyar büntetőjog: különös rész, Budapest, Osiris, 2007. 108. oldal

tekintjük a szakma írott és íratlan normáit is. A Legfelsőbb Bíróság álláspontja szerint a formális szabályszegéssel még nem valósítja meg az orvos a bűncselekményt, ha nem veszélyeztette közvetlenül a beteg életét. A foglalkozásra a definíciót a bírói gyakorlat adja meg, így foglalkozásnak minősül a tevékenység, ha „élethivatásszerűen, megélhetésének biztosítása végett kereseti céllal folytat, illetve amelyet a törvény foglalkozásként rendel figyelembe venni.”<sup>9</sup> Foglalkozási szabálynak tekintendő minden olyan tevékenység, amelyre szabályok vonatkoznak. „Ha szakképzettséget igénylő foglalkozást folytat, arra az illetőre a foglalkozási óvórendszabályok az irányadók.”<sup>10</sup> Lehetetlen tehát egy taxatív felsorolást adni az orvosi foglalkozás szabályairól.

Az elkövetési magatartás, vagyis a foglalkozási szabály megszegése megvalósulhat tevéssel vagy mulasztással is. Amennyiben a foglalkozási szabály kötelezettséget ír elő, a szabályszegés e kötelezettség elmulasztása lehet, míg ha tilalmat fogalmaz meg, a szabályszegés tevésben valósulhat meg. A szabályszegés azt jelenti, hogy az elkövető nem azt a magatartást tanúsítja, amit előírnak számára a szakmai szabályai. A tényállás keretdispozíció, tehát nem a Btk. határozza meg a foglalkozási szabály tartalmát, hanem például az orvosok esetében az Eütv. A foglalkozási szabály tartalmának megítélése minden esetben szakkérdés.

A bűncselekmény megvalósulásához *bűnösség* tekintetében a szándékosság és a gondatlanság is megjelenhet. Ki kell emelni, hogy a bűncselekmény előbb a gondatlan veszélyeztetést és a minősített eseteit határozza meg, majd ezt követően tér rá a szándékos veszélyeztetésre és minősített eseteire – amely megegyezik a gondatlan elkövetés minősített eseteivel.<sup>11</sup> Elméletileg ugyan szándékosan is megszeghető a foglalkozási szabály, a gyakoribb forma mégis a gondatlan alakzat, ezen belül is a hanyagság (*negligentia*). A Btk. 8. §-a szerint gondatlanságból követi el a bűncselekményt, aki előre látja cselekményének lehetséges következményeit, de könnyelműen bíz azok elmaradásában, vagy cselekménye lehetséges következményeit azért nem látja előre, mert a tőle elvárható figyelmet vagy körültekintést elmulasztja. „A büntetőjog tehát mindig az adott egyéntől elvárható figyelmet vagy körültekintést követeli meg, amely helyzetre konkretizált.”<sup>12</sup> Megfogalmazódott a kérdés a

---

<sup>9</sup> Blaskó-Miklós-Pallagi-Polt-Schubauer: Büntetőjog Különös Rész I., Budapest, Rejtjel Kiadó, 2013. 67. oldal

<sup>10</sup> Sótónyi: Orvosi felelősség, 228. oldal

<sup>11</sup> Kereszty: A magyar büntetőjog különös része, 123. oldal

<sup>12</sup> Madai Sándor: Az „orvosi műhiba” gyakorlati problémáihoz, In Keresztmetszet- Tanulmányok fiatal büntetőjogászok tollából, Szeged, 2005. 151. oldal

szándékosság kapcsán: „Hogy akarhat egy orvos rosszat a betegnek?”<sup>13</sup> A választ is megtalálhatjuk: nem a betegnek akar rosszat, hanem a közvetlen veszélyhelyzet előidézése minősül szándékosnak.

A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés a *materiális bűncselekmények* közé tartozik, ami a közvetlen veszélyhelyzetet jelenti ezen esetben. Közvetlen veszély alatt „a sérelem bekövetkezésének nyombani lehetőségét értjük, egy olyan objektív helyzet, ami magában hordja az esetek sérelembe fordulásának azonnali lehetőségét.”<sup>14</sup> A közvetlen veszély személyre és helyzetre konkretizált. A veszélyeztető eredmény azonban nem foglalja magában a tényleges sérülést. A közvetlen veszély csak a közvetlen veszélyhelyzet bekövetkezésének lehetőségét jelenti.<sup>15</sup> Ki kell térni e kérdésnél a szándékosság- gondatlanság problémájára is. Attól még ugyanis, hogy a közvetlen veszélyhelyzet előidézése szándékos volt, az eredmény tekintetében terhelheti az orvost szándékosság és gondatlanság is. A bűncselekmény törvényi tényállásának (2) bekezdésének b) pontja esetében van relevanciája az eredmény szándékosságának. Ebben az esetben ugyanis a halál tekintetében csak gondatlanság terhelheti őt. Ha megjelenik az eshetőleges szándék, akkor már emberölésért vonják felelősségre az orvost.

Az alaptényállásban a testi sértés okozása szerepel sértő eredményként, ami a minősített esetekben meghatározott könnyű és súlyos testi sértést jelenti. „A sértő eredmény magában foglalja az azt megelőző közvetlen veszélyt.”<sup>16</sup>

A foglalkozási szabály és a közvetlen veszély vagy a testi sértés között *okozati összefüggés* fennállása szükséges. Ezen túlmenően okozati összefüggés megléte kell a minősítő eredmények és a foglalkozási szabályszegés között is. A kérdés vizsgálata arra irányul, hogy „a szabályszegő magatartás releváns oka-e az alaptényállás vagy a minősített eset eredményének.”<sup>17</sup> Ha azonban a sértett felróható magatartásából adódóan következett be az eredmény, nem áll meg az okozati összefüggés.

Befejezett a tényállás, ha az eredmény bekövetkezik. A bűncselekmény esetében a kísérlet fogalmilag kizárt, gondatlan bűncselekményeknél ugyanis nem fordulhat elő. A szándékos

---

<sup>13</sup> Tremmel Flórián- Mészáros Bence- Fenyvesi Csaba: Orvosok és jogászok a büntető igazságszolgáltatásban – Dezső László Emlékkönyv. Pécs: PTE ÁJK, 2005. 117. oldal

<sup>14</sup> Blaskó-Miklós-Pallagi-Polt-Schubauer: Büntetőjog Különös Rész I. 67. oldal

<sup>15</sup> Kereszty: A magyar büntetőjog különös része, 125. oldal

<sup>16</sup> Kereszty: A magyar büntetőjog különös része, 125. oldal

<sup>17</sup> Kereszty: A magyar büntetőjog különös része, 125. oldal

veszélyeztetésnél előfordulhat, ha a szabályt az orvos szándékosan szegi meg, de a közvetlen veszély nem következik be.

A *minősített eseteket* tekintve több definíciót is elemeznünk kell. Maradandó fogyatékoság alatt azt értjük, hogy a sértett valamely képességét, szervét elveszíti, vagy az használhatatlanná válik, a teste tartósan torzul, elcsúful.<sup>18</sup> Súlyos egészségromlás esetén a sértett olyan betegségeit kell érteni, ami az orvosi beavatkozáskor keletkezett, a krónikussá vált betegségek a beavatkozás szövödményei, tehát olyan kóros állapotról van szó, ami a bűncselekmény következménye. Tömegszerencsétlenség alatt olyan balesetet értünk, amiben legalább egy ember súlyos testi sérülést szenved, legalább kilenc másik személy pedig könnyű testi sérülést szenved. Halálos tömegszerencsétlenség pedig akkor valósul meg, ha legalább egy ember meghal, míg legalább kilenc másik személy megsérül. A kettőnél több ember halála pedig azt jelenti, hogy legalább három ember veszti életét. Az utóbbi három minősítő körülmény az orvosi veszélyeztetés során ritkán valósul meg, inkább építkezések során történő balesetekhez kapcsolódóan találhatunk jogeseteket ezekre a minősített esetekre.

A tényállás ismertetésének része az *egység-halmazat* kérdése is. Itt ugyanis törvényi egységről beszélhetünk, azaz ha több személynek azonos cselekménnyel okoz sérülést vagy veszélyezteteti őket, akkor nem halmazatként értékeli a jogalkotó a cselekményt.

A lőfegyver, a robbantószer és a robbanóanyag használatára és kezelésére vonatkozó szabályok fejtegetése – amiről a tényállás (4) bekezdése ír – nem tartozik a dolgozatom témájához, így attól eltekintek.

Az 1978. évi IV. törvényhez képest eltérést nem találhatunk a tényállásban, így az összehasonlításra nincs lehetőség ebben a témakörben.

#### **IV. Az orvosi műhiba fogalma**

Valójában az orvosi műhiba kifejezés egy német fogalom, a *Kunstfehler* tükörfordításából ered, amelyet *Rudolf Virchow* a „*Kunstfehler der Ärzte*” című munkájában használt. A hazai szabályozásunk –mint az orvosi szabályok általános megszegését jelentő fogalmat- nem vette át. A jog és az igazságügyi orvostan is Virchow fogalmát használja, miszerint orvosi

---

<sup>18</sup> Blaskó-Miklós-Pallagi-Polt-Schubauer: Büntetőjog Különös Rész I. 62. oldal

műhibának tekintjük „az orvostudomány általánosan elismert szabályait sértő orvosi magatartást, cselekvést, mulasztást.”<sup>19</sup>

Az elnevezést tekintve felmerülhet a kérdés: *vajon helyes-e használni a jog nyelvén a műhiba kifejezést?* Az elmúlt években egyre gyakrabban felvetődött az orvosok jogi felelőssége, így a köznyelvben elterjedt egy olyan fogalom, amely a büntetőjog terminológiájában nem állja meg a helyét. Nem elég ugyanis a büntetőjogi felelősséghez a műhiba objektív volta, szükséges az eredmény és a bűnösség megvalósulása is. Mit is értünk ez alatt? „A hiba megléte egy objektív tény”<sup>20</sup>, de a büntetőjogban ezen túl a tényállásszerű eredmény és a szubjektív tényállási elem, a bűnösség fennállása is szükséges.<sup>21</sup> Objektív felelősségként ugyanis azt jelentené, hogy az orvos azért felel, mert hibázott.<sup>22</sup> Ez azonban a valóságban nem állja meg a helyét: azért felel az orvos, amit bűnösen követett el.

Az igazságügyi orvostan a műtétek, orvosi beavatkozások nyomán keletkező szövődmény előfordulási gyakoriságán, vagyis statisztikai valószínűségén alapszik.<sup>23</sup> A jogban azonban a cselekvéssor vizsgálata történik meg, s az, hogy az eredmény elkerülhető lett volna, vagy kivédhetetlennek minősül.

Az orvosi műhiba kérdését tekintve Túry Sándor Kornél felhívta a figyelmet arra, hogy Virchow egyfajta objektív mércét kívánt felállítani. A hiba szó azonban a szubjektív megítélésre ad lehetőséget, így megkérdőjelezhető az objektív műhibafogalom használata.

A *Kúria* a 82. számú jogegységi döntvényében az orvosi műhibát ekként határozza meg: „orvosi műhibáról akkor lehet szó, amikor az orvos nem fejtette ki azt a szakavatott és körültekintő gondosságot, amelyet az orvosi tudománynak a kezelés idejében volt állásában, átlagos orvosi ismeretek mellett, az életfelfogás szerint és az eset körülményei között rendes orvostól el lehet várni.”<sup>24</sup>

Érdekessége még e bűncselekménynek, hogy büntetőjogi eszközök alkalmazását teszi lehetővé anélkül, hogy jogtárgysértés következne be, azaz a veszélyeztetető cselekményt is büntetni rendeli.

---

<sup>19</sup> *Sándor Judit*: Gyógyítás és ítékezés, Budapest, Medicina Könyvkiadó, 1997. 49. oldal

<sup>20</sup> *Sótonyi*: Orvosi felelősség. 226. oldal

<sup>21</sup> *Sótonyi*: Orvosi felelősség. 226. oldal

<sup>22</sup>, *Tremmel Flórián- Mészáros Bence- Fenyvesi Csaba*: Orvosok és jogászok a büntető igazságszolgáltatásban – Dezső László, 114. oldal

<sup>23</sup> *Sándor*: Gyógyítás és ítékezés, 49. oldal

<sup>24</sup> *Sándor*: Gyógyítás és ítékezés, 52. oldal

Sérelmezi az orvosi műhiba kifejezést az „*Orvosok Egymásért Társaság*”, derült ki egy 2005-ös állásfoglalásból.<sup>25</sup> Az orvosok szerint ugyanis túlságosan tág a fogalom, nincs meghatározva a pontos tartalom jogszabályban sem. Az orvosi tevékenység során keletkező károsodásokat három csoportba sorolták be, az elsőben a helyes diagnózis ellenére a beteg egyéni adottságai miatti károsodás, a másodikba a baleseti jellegű károsodások, míg a harmadikba a vétkes szakmai szabályszegések tartoznak. Orvosi műhibának pedig kizárólag a harmadik csoportba tartozó eseteket kellene érteni a Társaság véleménye szerint.

A jogászok ezt a fogalmat úgy közelítik meg, hogy egyrészt *orvosi veszélyeztetés* néven illetik, másrészt azokat a magatartásokat sorolják ide, amikor az orvos nem fejt ki az elvárható szakszerű körültekintést és gondosságot, és tevékenysége vagy mulasztása közvetlen veszélyhelyzetet idéz elő. Tóth Mihály szerint<sup>26</sup> nem érdemes hadakozni az orvosi műhiba kifejezés ellen, hiszen már meghonosodott. Így nem az elnevezés, hanem annak nem megfelelő használata ellen kíván fellépni. Mészáros Bence is amellett foglalt állást, hogy ha a fogalmat pontosan meghatároznák, azzal „lehetne enyhíteni a címkéző jelleget és negatív hatásait.”<sup>27</sup>

Bár a fogalmat orvosi műhiba néven illetik, nem elfelejtendő, hogy nem csak orvosok követhetik el, hanem egészségügyi dolgozó is megvalósíthatja e cselekményt.

A büntetőjogi felelősségre vonás mellett vagy attól függetlenül megjelenhet a polgári jogban ismert kártérítési felelősség is. Ezek elhatárolási pontja a céljaikban fellelhető különbségeken alapul. Míg előbbi esetében a cél ugyanis az elkövető megbüntetése, addig utóbbi esetben a szankció kiszabása a hasonló esetek megelőzését szolgálja.

## **V. Büntetőügyek hazánkban**

A betegekről és orvosairól szóló büntetőügyek fokozott érdeklődésre számot tartó esetek, hiszen mind a laikusokat, mind a szakmabelieket foglalkoztatja az ügy kimenetele. Nem csak jogi szempontból tanulságos ügyekről beszélünk; orvosi szakmai perspektívából is kardinális a kérdés. Kinek a feladata megítélni az orvosi tevékenységet? Csak a jogászok döntsenek, holott ők orvosi kérdésekben nem elég tájékozottak? Vagy bízzuk az orvosokra, hiszen ők tudják, hogy az adott beteget hogyan kell szakszerűen ellátni? Ők viszont a törvényi háttérrel

---

<sup>25</sup> Tóth Mihály: Büntetőjog az élet és a halál mezsgyéjén, Magyar jog, 2010., 8. sz., 503. oldal

<sup>26</sup> Tóth: Büntetőjog az élet és a halál mezsgyéjén, 504. oldal

<sup>27</sup> Tremmel- Mészáros- Fenyvesi: Orvosok és jogászok a büntető igazságszolgáltatásban – Dezső László Emlékkönyv, 114. oldal

nem ismerik kellően. Nem élhet tehát a kettő egymás nélkül: szükséges, hogy az orvostudományt átszöjje a jogi szabályozás, ugyanakkor nem korlátozható le az orvosi tevékenység pusztán törvénnyel. Szoros a kapocs a jog- és az orvostudomány között.

*Somogyi Endre*<sup>28</sup> négy kategóriába sorolja a büntetőügyek során elbírált orvosi cselekvéseket. Létezik a diagnosztikai tévedés fogalma, amelyben azonban felelősség megállapítása nem lehetséges, ha kizárt a gondatlanság. Vagyis az orvosra téves konzekvencia levonásáért nem szabható ki büntetés, ha mindent megtett a betegség felderítésére, kezelésére. Második típusként a műtét során bekövetkezett szerencsétlenséget említi, amely objektív okból valósul meg. Lehetséges, hogy a bíróság kockázat körébe tartozó tevékenységet állapít meg. Ebben az esetben az orvos a szabályoknak megfelelően végzi tevékenységét, azonban egy elháríthatatlan ok miatt kerül veszélybe az emberi élet. S végül, negyedik kategória a foglalkozási szabályszegés. Azaz tevékenysége szemben áll az orvosi foglalkozás szabályaival, olyan magatartást tanúsít, amely az írott és íratlan rendelkezésekkel ellentétben áll.

### **Nők, mint áldozatok – ügyek a szülészeti, nőgyógyászati osztályról**

Egy nő életében a legfontosabb események egyike a gyermeke születése. Több pár esetében hosszú várakozás és felkészülés előzi meg a családalapítást, s komoly aggodalmak övezik az új jövevény érkezését, a családi szerepek változását. Nincs ez másként azoknál a szülőknél sem, akik kevésbé tervezik meg a gyermekvállalást. Igyekszenek megfelelő háttérrel biztosítani. Ehhez szükségesnek tartják, hogy időben kiválasszák az ideális kórházat és orvost... előfordulhat, hogy alapos tervezés mellett sem alakul az elképzelések szerint a szülés? A szülők félelme néha sajnos nem alaptalan. S bár több száz egészséges csecsemő érkezik meg boldog szülők otthonába, mulasztások, szervezetlenség miatt vannak kivételek is. Az alábbiakban néhány olyan ügy bemutatkozására vállalkozom, amelyekben édesanyák és gyermekeik élete került veszélybe.

A kórházi osztályon meglévő **szervezetlenségre** mutat rá az az eset, amikor egy édesanya és 24 hetes magzata is meghalt. Amint az az orvosszakértők véleményéből kiderült, a felelősségre vont öt vádlott olyan gyógymódokat alkalmazott, amelyek nem elfogadhatóak a tudomány akkori állása szerint (ez az ügy 1978-ban történt). Az anya esetében ugyanis nem megfelelően alkalmazott vérzéscsillapítási módszer, az elől fekvő méhlepény észlelésének

---

<sup>28</sup> *Somogyi Endre: Tévedések és hibák az orvosi gyakorlatban*, Budapest, Medicina Könyvkiadó, 1986. 269. oldal

mulasztása és a másodszor is alkalmazott, ellenjavallt vérzéscsillapítás okozta a halálát. Probléma volt továbbá, hogy *az osztály szakorvosi felügyelet nélkül maradt* egy ügyelet teljes idejére a szervezetlenség miatt. A jogeset különlegessége, hogy első-és másodfokú tárgyalást követően a Legfelsőbb Bíróság hatályon kívül helyezte a másodfokú ítéletet, s a Fővárosi Bíróságot utasította eljárásra. A döntés ellen azonban fellebbezést nyújtott be a Főügyészség, így a Legfelsőbb Bíróság a fellebbezési tárgyaláson döntött végül, megállapítva a vádlottak bűncselekményét: foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés vétsége, amiért pénzbüntetésre ítélte őket. Mi az oka annak, hogy ilyen sok *bírói fórum* volt szükséges ahhoz, hogy megállapítsák a bűnösséget? Nyilvánvaló, hogy az orvosok esetében nehéz kimondani a bűnösséget. Ez ered egyrészt az okozati összefüggés problémájából, másrészt tudvalevő, hogy minden szervezet máshogy reagál az egyes beavatkozásokra, s az sem biztos, hogy meg tudták volna menteni a magzat életét. Eltérő az első és a végső döntés: előbbi felmentette a vád alól az orvosokat, míg utóbbi bűnösnek találta őket. Mi az oka az *eltérésnek*? A Fővárosi Bíróság az ítélet indokolásában egy elméleti alapvetéssel indít, a közvetlen veszély fogalmát elemzi, és arra a megállapításra jut, hogy az asszonytól bekövetkezett halál nem róható fel az orvosoknak, hiszen a vérvesztés okának felismerése nem írható az ő terhükre. Megállapít ugyan foglalkozási szabályszegéseket, amiket elkövettek az orvosok, a Legfelsőbb Bíróság azonban rávilágít arra, hogy ezek összegzése és elmaradt és a magatartások megítélése is téves volt. Az elsőfokú bíróság ugyanis csak azt vizsgálta, bizonyított-e az okozati összefüggés a foglalkozási szabályszegés és a halál között. A közvetlen veszélyt tekintve pedig nem szögezte le, hogy mire vonatkozik: a testi épségre, az egészségre vagy az életre? Csak az okfejtésből derül ki, hogy az életre gondolt. A Legfelsőbb Bíróság érvelésében rámutat arra, hogy több foglalkozási szabályt is megszegtek az orvosok, több mulasztás is történt; ezeket, mint súlyosbító körülmény vette figyelembe. Büntetést csökkentő tényező azonban az idő múlása, ugyanis majdnem 5 év telt el a cselekmény a végső döntés között. Az ügyben megfigyelhető még az is, hogy a bonyolultsága miatt négy orvosszakértő és szakértői testület összesen 11 alkalommal adott véleményt. S abban mindig megegyezés volt, hogy bizony *foglalkozási szabályok megszegése történt*. Természetes, hogy a bíróság elfogadja a szakértői véleményt, hiszen orvosi szakkérdésben a jogi végzettséggel rendelkező bíróság jártassága igen csekély. Elmondható tehát, hogy *az orvosszakértő véleménye perdöntő*.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Somogyi: Tévedések és hibák az orvosi gyakorlatban, 9-51. oldal

Egy másik jogesetben<sup>30</sup> a főorvos ellen indult büntetőeljárás méhátfúródás miatt. A foglalkozás körében elkövetett halált okozó gondatlan veszélyeztetés vádja alól mind elsőfokú, mind másodfokú bíróság felmentette. A bíróság leszögezte, hogy a méhátfúródás *nem jelenti egyértelműen* azt, hogy ez a főorvos általi beavatkozás eredménye lenne. Érvényesült tehát az *„in dubio pro reo”* elv, azaz a kétséget kizáróan nem bizonyított tény nem értékelhető a terhelt terhére. Az elsőfokú bíróság ítéletét a másodfok helybenhagyta, ugyanis feltárta a szükséges bizonyítékokat, azokat részletes gondossággal vizsgálta, és indokolási kötelezettségének is eleget tett. Mészáros Bence<sup>31</sup> utal rá, hogy ez a büntetőeljárás elv nagyban megnehezíti az orvos büntetőjogi felelősségének megállapítását, annak kimondását, hogy az orvos bűnös. Hiszen minden eset más és más, nem lehet generális szabályt hozni.

### **Fókuszban a gyermek – a mulasztásnak nagy ára van**

Kisgyermekes esetében fokozott óvatosság szükséges – mind a szülő, mind az orvos részéről. Ők még nem képesek felmérni állapotukat, tetteik következményét, pontosan megnevezni a betegséghez vezető okokat. A felnőttekre vannak utalva, akik felelősséggel tartoznak a gyermekek életéért. Sajnos nagyfokú óvintézkedések mellett is előfordulhat, hogy sérelmükre követik el a bűncselekményt.

Egy 4 és fél éves kislányt szülei rövid ideig egyedül hagytak, így történhetett, hogy a gyermek lenyelt több mint egy tucatnyit a konyhában található *gyógyszerekből*. Az édesapa a körzeti orvosukat nem találta otthon, így a másik orvost kereste fel, aki a településen tartózkodó mentőautóhoz irányította őket. **Elkéstek** azonban, a mentőautót már nem találták a megadott helyen, így az orvos végül mentőt hívott a gyerekekhez, akit már nem tudtak megmenteni. Az igazságügyi orvosszakértők szerint a javasolt kezelés a gyomormosás lett volna. Felmerült a foglalkozási szabályszegés, hiszen a kórházba szállításig eltelt idő alatt nem tett semmit. Itt is különböznek a bíróságok ítéletei: a Járásbíróság foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetést állapított meg, a Megyei Bíróság segítségnyújtás elmulasztásaként értékelte, míg a Legfelsőbb Bíróság foglalkozás körében elkövetett halált okozó gondatlan veszélyeztetést állapított meg. A *Megyei Bíróság* azzal indokolta *eltérő döntését*, hogy a közvetlen veszély már fennállt, nem az orvos idézte elő, így nem minősíthető foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetésnek, hanem a tőle elvárható segítségnyújtás elmulasztása

---

<sup>30</sup> Somogyi: Tévedések és hibák az orvosi gyakorlatban, 74-86. oldal

<sup>31</sup> Tremmel – Mészáros – Fenyvesi: Orvosok és jogászok a büntető igazságszolgáltatásban – Dezső László emlékkönyv, 122. oldal

miatt terheli őt felelősség. A *Legfelsőbb Bíróság* viszont megállapította, hogy a terhelt foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetést valósított meg, azonban olyan csekély veszélyt jelent a társadalomra a terhelt személye és cselekménye, hogy enyhébb büntetés is szükségtelen, így figyelmeztetésben részesítették. Nyomban intézkedett ugyanis az orvos, amikor segítséget kértek tőle, és a szülők felelőssége sem elhanyagolható, hiszen miattuk juthatott a kislány a gyógyszerekhez. A Megyei Bíróság tévesen minősítette a cselekményt segítségnyújtás elmulasztásaként, ugyanis az orvos ha nem nyújt a betegnek segítséget, nem az általános kötelezettséget mulasztja el, hanem az orvosi foglalkozás szabályait szegi meg. Somogyi Endre *két fontos következtetést* vont le, amely egyaránt fontos az orvosoknak és a jogászoknak is. Egy Legfelsőbb Bírósági határozat<sup>32</sup> szerint ha az orvos a beteg irányába orvosi tevékenységet fejt ki, az foglalkozásához tartozik, tehát ha e kötelezettségét megszegi, a tárgyalt bűncselekményt valósítja meg. A másik konzekvencia pedig az okozati összefüggéshez kapcsolódik: ha a halálos eredmény és a mulasztás között ugyanis nincs közvetlen okozati összefüggés, akkor a foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés állapítható meg, ha foglalkozási szabályt szegett.<sup>33</sup>

Fontos, hogy *az orvos helyesen ítélje meg a betegséget*, és ehhez megfelelő kezelést válasszon. Nem ez történt annak az 5 éves kisfiúnak az esetében, akinél torokgyulladást állapított meg a körzeti orvosa, holott tüdőgyulladásban szenvedett. A vizsgálatok kiderítették, hogy a kezelőorvos nem kellő gondossággal járt el és nem tett meg mindent azért, hogy helyesen állapítsa meg a kórismét. A vádlott elismerte cselekményét, a bíróság pedig bűnösnek mondta ki foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés vétségében. A gyermeket felületesen vizsgálta, erős injekciókúra ellenére sem javult az állapota. Beismerte, hogy a kórlap egy részét csak a halálról való tudomásszerzés után állította ki, ami terhelő körülmény.<sup>34</sup> Azaz tévedett az orvos a diagnózis felállításában, a helytelen kórisme megállapítás pedig halálhoz vezetett. Ez az ún. *diagnosztikus tévedés esete*.

Megtörtént egy olyan eset<sup>35</sup> is, amikor *az orvos nem vizsgálta meg a beteg csecsemőt*. Az édesanya a 7 hónapos gyermekét elvitte a rendelőbe, hogy Sabin-cseppeket kapjon az orvostól. Az anya betegnek érezte a gyereket, s tudta, hogy így nem kaphatja meg a cseppeket, mégis elvitte az orvoshoz, bízva abban, hogy megvizsgálja. Ő azonban nem tett semmit, mert nem volt nála a műszere. Később a gyermeket visszavitte az orvoshoz, és kérte,

---

<sup>32</sup> Legfelsőbb Bíróság Elnökségi Tanácsának 1102/1965/4. számú határozata

<sup>33</sup> Somogyi: Tévedések és hibák az orvosi gyakorlatban, 181-194. oldal

<sup>34</sup> Somogyi: Tévedések és hibák az orvosi gyakorlatban, 201-205. oldal

<sup>35</sup> Somogyi: Tévedések és hibák az orvosi gyakorlatban, 206-210. oldal

hogyan vizsgálja meg, mert beteg. Az orvos a fent említettekhez hivatkozva elutasította, kérte, hogy másnap jelenjenek meg a rendelésen. Ez meg is történt, csak hogy túl későn: a csecsemő meghalt még a mentők kiérkezése előtt. Halálát gennyes agyhártyagyulladás okozta. A bíróság foglalkozás körében elkövetett halált okozó gondatlan veszélyeztetésben bűnösnek találta. A vádlott arra hivatkozott, hogy akkor sem tudta volna megmenteni a gyermeket, ha kórházba utalja. A bíróság viszont úgy ítélte meg, hogy *megfosztotta a gyermeket az esetlegesen életmentő beavatkozás lehetőségétől*. Az orvos köteles megvizsgálni a betegeket, és vagy saját maga látja el, vagy kórházba szállíttatja. Azzal a magatartásával, hogy ezt elmulasztotta, megszegte a foglalkozásának szabályait, így e szempontból irreleváns, hogy orvosi segítséggel is lehetséges, hogy meghalt volna a csecsemő. Természetes, hogy szükségesek az orvosnak a vizsgálatokhoz a segédeszközök, azonban egy ilyen korú gyermeknél fontos a mihamarabbi kezelés. Nem tudta az orvos a gyermek állapotát – mert igazából nem is akarta megtudni. Gondatlanul járt el, cselekménye lehetséges következményeit azért nem látta előre, mert a tőle elvárható figyelmet vagy körültekintést elmulasztotta.

A gyermekorvos feladata az is, hogy ***felismerje, mikor van szükség a gyermekek kórházba szállítására***. A rossz szociális helyzetben lévő háromgyermekes család igen csekély jövedelemmel rendelkezett, emiatt a három gyermek nem fejlődött megfelelően. A fiú és a kisebbik lány is szorultak már kórházi kezelésre, és a védőoltásokat is csak késve kapták meg. A szülők (I. és II. r. terhelt) a magánpraxist folytató gyermek-szakorvost (III. r. terheltet) bízták meg azzal, hogy lássa el a gyerekek körüli orvosi teendőket. A szakember észlelte is, hogy fizikailag és szellemileg is elmaradtak a gyerekek, viszont kórházba akut betegség hiányában nem kívánta őket utalni, helyette az intézeti elhelyezés mellett döntött. A későbbiekben a szülők észlelték, hogy a gyermekek elvesztették mozgási képességüket, egészségük a táplálkozás hiánya miatt gyorsan romlott, mégsem tettek semmit. Ennek eredményeként a fiú meghalt, a kislány pedig életveszélyes állapotban kórházba került. A halál illetve az életveszély megfelelő táplálkozás hiánya miatt következett be. Az orvosnak észlelnie kellett volna ezeket a tüneteket, s mivel nem részesítette őket megfelelő orvosi ellátásban, *megszegte az orvosi foglalkozás szabályait*, az okozati összefüggés közvetett a halál illetve az életveszélyes állapotba kerülés és a szabályszegés között. A foglalkozás szabályait bűnösen megszegte, és ezzel okozati összefüggésben a leánygyermek élete közvetlen veszélybe került, illetve a fiúgyermek meghalt. Ezek –vagyis az eredmény - tekintetében gondatlanság terheli. A bűncselekmények ún. kerettényállások, tehát az orvosi

szakmára vonatkozó szabályok töltik ki tartalmát, amelynek feltárása ebben az ügyben teljes mértékben megtörtént. III. r. terheltet hanyag gondatlanság terheli a foglalkozási szabályszegés tekintetében. Fel kellett volna ismernie, hogy a gyermekeket kórházba kell utalni, nem elegendő az intézeti elhelyezés, amit egyébként sem ellenőrzött az orvos.

**Későn ért ki** a hároméves gyermekhez az ügyeletes orvos – késése azonban nem bűncselekmény.<sup>36</sup> Az orvos 1 órahosszáig különösebb ok nélkül nem indult a beteg lakhelyére, a gyermek végül meghalt. Vajon a terhelt hibázott-e ebben az esetben? Meg tudta volna menteni a gyermek életét, ha a hívást követően elindul, és nem vár annyit – a semmire? Az orvos nem tudta, hogy a kisgyermek több súlyos műtéten esett már keresztül, illetve „húgycső és szív fejlődési rendellenesség, következményes fejlődésben lévő elmaradás állott fenn.”<sup>37</sup> Egy egészséges gyermeknél a megfázás és köhögés nem vezetett volna halálhoz – derült ki a boncolás során. Az első- és másodfokú bíróság 50 perces kivonulási késedelmet állapított meg, az orvosok szerint az *1 órán belül megkezdett kezelés nem számít késésnek*. Figyelmen kívül hagyták azt is, hogy a helyszínre érkezés és az elkészülés legalább 30 percet igénybe vesz ilyen esetekben. A Legfelsőbb Bíróság ítélete szerint a bíróságok által hivatkozott 4/2000. (II.5.) EüM rendelet és az Ügyeleti Szabályzat nem írja elő, mikor kell az ügyeleti helyről elindulnia az orvosnak. Sürgős szükségállapotban köteles azonnal megkezdni az egészségügyi ellátást, a terhelt azonban nem tudhatott ilyen helyzetről, arra következtetnie sem kellett. A késlekedése orvosetikai szempontból kifogásolható, de *nem* állapítható meg *bűncselekmény*. Nem volt bűnös a terhelt, ugyanis a sértett életét fenyegető közvetlen veszélyhelyzet már a telefonhívás előtt kialakult, okozati összefüggésbe nem hozható az orvosi késlekedéssel. Gondatlan bűnösség sem áll meg a terhelt tekintetében, az eredmény, a gyermek állapotának súlyosbodása és a halál vonatkozásában. Ha azonnal megfelelő orvosi ellátásban részesíti, akkor sem lett volna megmenthető a gyermek élete. Az elvárható figyelem és körültekintés mellett sem lehet felismerni ebben az esetben, hogy a késlekedés, passzivitás folytán emberélet kerül veszélybe. *Felmentette* tehát az orvost a Legfelsőbb Bíróság, mert a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés esetében (akár a szándékos, akár a gondatlan alakzatnál) okozati összefüggésnek kell fennállni a szabályszegő tevékenység és a mulasztás között.

---

<sup>36</sup> EBH. 2007. 1586

<sup>37</sup> Hidvéginé Adorján Livia, Sáriné Simkó Ágnes: Műhibák és kártérítési perek az egészségügyben, Budapest, Medicina, 2013. 105. oldal

## Döntések és elemzésük az elmúlt 30 évből

Vizsgálódásaim során több 1980-2013 közötti ügyet<sup>38</sup> is áttekintettem, közülük elemeztem is már néhányat az előző pontokban. Számos konklúzió is levonható az esetekből, amelyeket szeretnék feltárni.

Az egyik ilyen fontos kérdés a **szándékosság – gondatlanság**. Szándékos bűnösségre mindössze *egyetlen példát* találtam, a nőgyógyász esetét, aki végleges fogamzásgátló módszert kínált a sértetteknek. Egyértelmű, hogy ebben az esetben cselekménye következményeit az orvos kívánta, hiszen tudta, hogy bár az általa javasolt módszer az orvostudományban nem engedélyezett, ő mégis felajánlotta azt a sértetteknek, ezzel megszegve az orvosi hivatás szabályait. A legtöbb esetben azonban gondatlanságból történő elkövetés történik. *Tudatos gondatlanságra (luxuria)* találhatunk példát abban az esetben, amikor az orvos nem ébresztette fel az alvó beteget az önrendelkezési jogra hivatkozva, s mulasztásával a sértett életét, testi épségét közvetlen és konkrét veszélynek tette ki. Az alvó, lélegeztető készülékhez kötött beteg magára hagyása is tudatos gondatlanság – mondta ki a Legfelsőbb Bíróság egy másik ítéletében -, hiszen tudatában volt az anaesthesiológus orvos annak, hogy magatartása milyen körülményekhez vezethet, mégis könnyelműen bízott a társadalomra veszélyes körülmény elmaradásában. Szintén ezt állapította meg a bíróság a cukorbeteg sértettet kezelő két orvos esetében, akik tisztában voltak a helyes gyógy móddal, mégsem változtatták meg a terápiát, bár tudták, hogy szövődmény léphet fel. II. rendű vádlott figyelmét az osztályos orvos bizonyítottan szóban és írásban is felhívta a figyelmét a terápia megváltoztatására, mégsem változtatott. Ez a magatartás nem lehet negligencia. Mikor állapítható meg tehát a luxuria? Mindegyik esetben elmondható, hogy az orvos végzettségénél, képzettségénél fogva tisztában van az egyes betegségek kezelési módszereivel, azok elmaradása esetén fellépő szövődményekkel. Azaz előre látja cselekményének lehetséges következményeit. Viszont mulasztásaik annak tudhatóak be, hogy bár tudják, mi történhet, mégis könnyelműen bíznak a következmény elmaradásában. *Hanyag gondatlanságra* is találunk példát az ítélkezési gyakorlatból: az a gyermekorvos, aki bár észlelte a gyermekek rossz szociális helyzetét, még sem utalta őket kórházba. Kellő figyelem és körültekintés tanúsítása mellett ugyanis fel kellett volna ismernie, hogy mindenképpen szükséges a kórházba utalás. Azaz cselekménye következményeit azért nem látta előre, mert a tőle elvárható figyelmet vagy körültekintést elmulasztotta.

---

<sup>38</sup> BH 1989.300.; BH1996.182.; BH2002.129.; BH2006.77.; EBH2007.1586.; BH2013.203.

A **minősített esetek** közül a leggyakoribb a 165.§ (2) b) pontja. E fordulatban található, hogy a bűncselekmény *halált okoz*. Ahhoz, hogy e minősítő körülményről beszélhessünk, arra van szükség, hogy a foglalkozási szabályszegés és a halál között okozati összefüggés álljon fenn, illetve a halál, mint eredmény tekintetében gondatlanság terhelje az orvost. A vizsgált büntetőügyek szinte mindegyikében előfordult haláleset, azonban az okozati összefüggést nem mindenhol állapította meg a bíróság. Ha nem megállapítható, hogy a kezeléssel megmenthető a sértett élete, akkor nem áll meg az okozati összefüggés – mondta ki a Legfelsőbb Bíróság abban az ügyben, ahol az alvó beteget nem ébresztette fel az orvos. Nem csak közvetlen, hanem közvetett okozati összefüggés esetén is megáll a minősítő eredmény, ugyanis a gyermekek kórházba utalásának elmulasztása esetében a halálos eredmény és a szabályszegés között közvetett okozati összefüggés megléte miatt ítélte el az orvost a bíróság. A cukorbeteg sértett esetén a leletek figyelemmel kísérésének elmulasztása, a helytelen terápia fenntartása, az osztály szabályszerűtlen átadása, a sértett fokozott figyelemmel kísérésének hiánya mind- mind olyan foglalkozási szabályszegések, amelyek a bekövetkezett halálos eredménnyel okozati összefüggésben álltak. A helyes terápia esetén ugyanis megmenthető lett volna a sértett élete.

A különböző esetekben a **büntetések** is különbözően alakultak. A *foglalkozástól való eltiltás* csak a súlyosabb ügyekben található meg, így az alvó beteget fel nem ébresztő orvos és a gyermekorvos esetében szabta ki ezt a büntetést a bíróság. A *szabadságvesztés* is megjelenik büntetésként a gyermekorvos ügyében, de ezen kívül a cukorbeteg sértettet kezelő másodrendű terhelt orvosra is e büntetést szabta ki. Gyakori még a *pénzbüntetés* is, ezt alkalmazta a bíróság az anaesthesiológus és a cukorbeteg kezelő orvosok esetében.

A bírósági szervezetrendszer hierarchiájából fakadóan az egyes ügyeket több fokon is elbírálják. Így fordulhat elő, hogy **eltérések mutatkoznak a különböző fokon eljáró bíróságok ítéleteiben**.<sup>39</sup> Ezen differenciákra szeretnék rámutatni a következőkben. A végleges fogamzásgátló módszert ajánló nőgyógyász tekintetében az elsőfokú bíróság megállapította az orvos bűnösségét 3 rendbeli foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés büntetében, míg a másodfokú bíróság 2 rendbeli foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés büntette miatt bűnösnek mondta ki, 1 rendbeli alól azonban felmentette. A Legfelsőbb Bíróság felmentette őt a 2 rendbeli foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés büntette alól. Nagy eltérések mutatkoznak tehát a döntésekben. A tényállásból kiderül, hogy az orvos két nőt megtevesztett,

---

<sup>39</sup> Az általam vizsgált esetek többségében városi, megyei és Legfelsőbb Bíróság által hozott döntések találhatók, azaz a bírósági szervezetrendszer reformja előtti időkből hozott jogesetek is fellelhetők még a példáim között.

és meddővé tételre irányuló beavatkozást hajtott végre, amelyet a másodfokú bíróság büntettnek tekintett. Van azonban egy harmadik nő is, aki esetében viszont nem alkalmazott a terhelt olyan beavatkozás, ami által elváltozhatatlan folyamat indul be a szervezetben (míg a másik két nőnél így végzett beavatkozást). Ebből adódik az első- és másodfokú ítélet különbsége: az elsőfokon eljáró bíróság mindhárom asszony tekintetében megállapította a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetést, míg másodfok csak az első két nő tekintetében. A különbség oka a már említett beavatkozási módszer volt. A Legfelsőbb Bíróság azonban felmentette az orvost a vád alól a két nő tekintetében is, ugyanis a szabályszegő beavatkozás nem idézett elő visszafordíthatatlan folyamatokat, hiszen mindkét terhelt állapotos lett a későbbiekben. A sértettek életét, testi épségét vagy egészségét fenyegető közvetlen veszély vagy testi sérülés nem áll fenn, így nem alkalmas a büntett megállapítására. Más volt a helyzet annak az orvosnak az ügyében, *aki meg sem próbálta felébreszteni az alvó beteget*, hogy elláthassa. Ott ugyanis mindhárom fokon eljáró bíróság egyöntetűen kimondta a terhelt bűnösségét. A különbség csak a büntetés kiszabásánál mutatkozott meg, ugyanis míg elsőfok az orvosi foglalkozástól végleges hatállyal eltiltotta az orvost, addig másodfok ezt 2 év tartamúra enyhítette. A Kúria fenntartotta a megtámadott határozatokat, ennek oka többek közt, hogy nem észlelt eljárási szabálysértést – erre hivatkozott ugyanis a védelem. Ugyancsak hasonló megoldás történt a gyermekek rossz szociális helyzetét nem észlelő *gyermekorvos* esetében, akit foglalkozás körében elkövetett, halált okozó gondatlan veszélyeztetés vétsége miatt ítélt el elsőfokú bíróság, majd ezt követően a Legfelsőbb Bíróság, mint másodfokú bíróság is. Az ítélet megváltoztatása itt csak annyiban figyelhető meg, hogy súlyosította a büntetést a Legfelsőbb Bíróság. A hivatkozások közül azonban a Legfelsőbb Bíróság tévesnek talált egy másodfok által hivatkozott törvényszakaszt<sup>40</sup>, ami nem volt még hatályban a vádbeli időben. Az *anaesthesiológus* vonatkozásában tévesen alkalmazta az első- és másodfokú bíróság a megrovást, ugyanis a cselekmény tárgyi súlya ennél sokkal jelentősebb, a beteg halálát az altatás során elkövetett technikai jellegű hiba okozta. Így megrovás helyett pénzbüntetésre ítélték. Törvénysértő a bíróságok részéről, hogy a büntetőeljárást megszüntetve megrovást alkalmaztak, így a Legfelsőbb Bíróság maga hozott határozatot. A *cukorbeteg kezelő orvosok* tekintetében a gondatlanság minősítésében tértek el a bíróságok: a hanyagság és a tudatos elkövetés közül végül utóbbit állapította meg a Legfelsőbb Bíróság. Ennek oka az, hogy a felhívás ellenére az

---

<sup>40</sup> 1997. évi CLIV. törvény 7.§

orvos nem változtatott a helytelen terápián, így ez negligens magatartás semmiképpen nem lehet, helyette luxuriát kell megállapítani.

## VI. Idegen test a testüregben

Nagy a felelőssége a sebészorvosoknak a műtétek közben. Koncentrációra, megfelelő tudásra, szakképzettségre kétséget kizáróan szükségük van. Nyilvánvaló az is, hogy nem csak rájuk hárul a felelősség az operáció során, hanem az asszisztenseikre, a műtősnőkre is. A különböző operációk során a vér felszívása érdekében több törlőkendőt is használnak a sebészek, ezzel érik el azt, hogy az adott területet jobban átláthassák. Gondoljunk csak bele, egy hasi műtét esetén a nagy felület miatt adódhat olyan helyzet, hogy az *átázott kendők* elfedik egymást, így benne marad(hat)nak a test lezárását követően. Így fordulhat elő az, hogy idegen test maradjon a testüregben, azaz az emberi testben törlőt, tűt vagy valamilyen műszert benne felejtjenek. Ennek *okai* közt találjuk az orvos fáradtságát (valljuk be, egy több órás műtét végére érve kevésbé hatékonyan dolgozik az agya), vagy éppen a segédszemélyzet figyelmetlenségét. Itt merül fel tehát komolyabban az, hogy a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetést nem csak az orvos követheti el, hanem a nővérek is.

Ellentét van az orvosi vélemény és a jogászok álláspontja között abban, hogy valóban foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetésnek minősülnek-e ezek a cselekmények, tehát bűncselekményt követ-e el az orvos illetve az egészségügyi dolgozó.

A Magyar Sebész Szakmai Kollégium a műtéti területen idegentestek visszahagyásának megelőzésére megalkotott egy *állásfoglalást*, amely azonban nem bír kötelező erővel, hiszen ajánlás. Több módszert is javasol a Kollégium a megelőzés érdekében, ezek közül néhányat a lentebb található jogesetekben említek. 1995-ben pedig a Magyar Orvostudományi Társaságok és Egyesületek Szövetsége „Kockázat vagy szabályszegés, ha ok nélkül idegen test marad a szervezetben” címmel tartott konferenciát.<sup>41</sup> Már maga a cím is meglepő: ok nélkül marad a testüregben a tű, a kendő és egyéb műtéti segédeszköz? Nyilvánvaló, hogy oka van, még pedig az, hogy a sebész bent felejtí az emberi testben az említett eszközöket.<sup>42</sup> A konferencia eredményét összegezve elmondható, hogy általánosan elismert módszer hiányában az egyes intézmények maguk felelősek azért, hogy a gyakori módszerek közül melyiket választják.

---

<sup>41</sup> *Dávid Lilla*: Foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés a műtőben II. rész, *Ügyészek lapja*, 2009/ 5. szám, 18. oldal

<sup>42</sup> *Tóth*: Büntetőjog az élet és a halál mezsgyéjén, 511. oldal

A magyar szabályozást összevetve az *angolszász és arab területek* jogával jelentős eltérések tapasztalhatók. Hazánkban az operáló orvos felelős a műtőben bekövetkező eseményekért, míg az említett területeken a betegben hagyott idegen testekért a műtésben segédkező műtősnő tehető felelőssé. Ott ugyanis írott szabály, hogy a műtősnőnek számolási kötelezettsége van, azaz minden egyes használt eszközt ellenőriz, s folyamatosan jegyzőkönyvet vezetnek a műtétről is. Magyarországon a jegyzőkönyv utólagos, nem tartalmazza a műtősnő általi számadatokat.<sup>43</sup>

Nincs tehát bevezetve a magyar jogban a *számolási kötelezettség*, csupán ajánlásként írja a Magyar Sebész Szakmai Kollégium. Indokolásként azt olvashatjuk, hogy nincs tökéletes módszer arra, hogy bizonyosan kiszűrjék az idegen test bennmaradását, ezért nem teszik kötelezővé a számolási módszert. Ennek kritikáját Dávid Lilla fogalmazza meg: „... annyira maximalisták vagyunk, hogy a tökéletességre törekvésünk közben lemondunk a tökéletlen számolási módszerrel elérhető műtéti beavatkozás sikeréről?”<sup>44</sup> Azaz tény, hogy nincs hibátlan módszer a megelőzésre, de a jelenlegi rendszernél egyértelműen hasznosabb lenne a számolásos módszer. Ennek a rendszernek nagy előnye, hogy megelőző céllal él, hiszen nem utólagosan kell azon gondolkodnia az orvosoknak, hogy vajon nem a bennfelejtett eszköz szövődménye-e a betegség, hanem eleve kizárhatják ezt a lehetőséget. A törlőkendőket –a fémszálas megoldást kivéve- a röntgen nem mutatja ki, így még ha fel is merül a gyanú az orvosokban, hogy a probléma forrása az idegentest, nem tudhatják biztosan. A fémcsíkkal átszőtt kendők viszont amellet, hogy utólagos ellenőrzésre szolgálnak, az átlagos törlőkendőkhöz viszonyítva árban is magasabb kategóriába sorolhatóak.

Martin Zoltán a *Bírák Lapjában* megjelent művében főként a polgári perekkel foglalkozik, de érdekes kérdést, megoldást vet fel. Hasonlóan az Amerikai Egyesült Államokban szokássá vált gyakorlathoz, javasolja ő is a *műtőlámpába épített videót*, aminek segítségével felveszik az anyagot, s ez utólag bármikor visszanezézhető. Mint mondja, „ezzel nagymértékben lehetne csökkenteni a beteg kiszolgáltatottságát és utóbb a beavatkozás szakszerűsége könnyen ellenőrizhetővé válna.”<sup>45</sup>

---

<sup>43</sup> Dávid: Foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés a műtőben II. rész, 21. oldal

<sup>44</sup> Dávid: Foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés a műtőben II. rész, 16. oldal

<sup>45</sup> Martin Zoltán: Gondolatok az orvosi perekről, *Bírák Lapja*, 1996/3-4. szám, 226. oldal

Egy közel 40 éve történt esetben<sup>46</sup> a műtét során az orvos által *hasüregben bennfelejtett törlő* okozta a halálát egy idős asszonynak. A vádlott elmondása szerint a beteg súlyos állapotban volt, az orvosban a kihallgatáskor felmerülő lehetséges gyógymódok azonban helyenként eltértek a műtési jegyzőkönyvtől. Itt merül fel az a kérdés, hogy vajon az orvos később próbálta menteni a menthetőt, vagy pedig egyszerűen csak hiányos a jegyzőkönyv? Ez utóbbi esetben érdemes átgondolni ennek okát. Elvileg a műtét alatt is fel kellene tüntetni a beteg állapotát<sup>47</sup>, s ezt követően is ismertetni fiziológiai státuszát. Miért nem történt meg a *dokumentáció*? Erre a hiányra utal a műtősnő vallomása is, aki „úgy emlékszik”, hogy hat nagytörlőt használtak. Ezek szerint már a műtét során sem tudták pontosan miből mennyire volt szükségük? A vádlott elmondta, hogy a hasfal és a belek közé törlőkendőt helyezett a hasfal egyesítésekor, s valószínűleg összetapadhatott két kendő, mert ő egyet biztosan eltávolított. A kórház sebészeti osztályán nem szokás megszámolni a kendőket, és ez a tárgyalt műtét során sem történt meg. Az ETT Igazságügyi Bizottságának felülvéleménye szerint foglalkozási szabály megsértése csak abban az esetben áll fenn, ha szakmai gondatlanság idézi elő. Több módszert is felsorolt a szövődmény elkerülésének érdekében. Az első a már említett számolási módszer. Emellett nyitott testüreg esetén szalaggal megjelölt összefogott, vagy műszerrel megjelölt kendőket használnak. A harmadik módszer a hasüreg gondos átvizsgálása, míg a negyedik a fémszálas kendő, ami az utólagos gyanú esetén teszi felismerhetővé a bennmaradt idegentestet. Kétségtelen, hogy ebben az esetben a gondos átvizsgálás nem volt elég, hiszen a hasfal összezárásánál már nem tudta ellenőrizni az orvos, hogy van-e még kendő. Kiderült az is, hogy jelölés nélküli törlőt is használtak. Az orvosi foglalkozási szabályokban *nincs kötelezően előírt módszer* ugyan, de mindig a *legcélravezetőbbet kell használni*. Mivel nem lehetett áttapintással megállapítani, hogy van-e még a testben műtési segédeszköz, a számolás lett volna a megfelelő módszer. Az ítéltben foglaltaknak megfelelően megállapítást nyert, hogy az orvos foglalkozási szabályt segett, mert a gyakorlat által kialakított megfelelő módszert nem alkalmazta. A bíróság vizsgálta azt is, hogy a közvetlen veszélyhelyzetet a szabályszegés okozta-e. A steril törlő körül steril hashártyagyulladás alakult ki, ami a már említett törlő következménye. Azaz kimeríti a közvetlen veszély definícióját. A bírósági döntés egyébként ellentétes az ETT Igazságügyi Bizottságának véleményével, a Bizottság szerint ugyanis kedvezőtlenül befolyásolta a beteg állapotát a kendő, azonban a hashártyagyulladás valószínűleg anélkül is kialakult volna, és halálhoz vezetett volna, így okozati összefüggés nem állapítható meg. Mivel a hasüreg alapos

---

<sup>46</sup> Somogyi: Tévedések és hibák az orvosi gyakorlatban, 113-120. oldal

<sup>47</sup> [kk.pt.e.hu/hu/download/index/9406](http://kk.pt.e.hu/hu/download/index/9406) 9. oldal 2014.09.17.

átvizsgálása is megtörtént, így foglalkozási szabályszegés sem történt. A Bizottság álláspontját cáfolta meg tehát a bíróság az ítéletében.

Egy középkorú asszonnyal is hasonló eset történt.<sup>48</sup> Több műtéten is átesett, végül azonban életét vesztette. A boncoláskor derült ki, hogy valamelyik **műtét során bennfelejtetett a sebészorvos egy kisebb méretű törlőkendőt**. Kifogásolták az orvosszakértők, hogy a sebészek összekapcsolt műtétet is végeztek, ez növelte meg a szövődmények kialakulását is. A kendő következtében hashártyagyulladás alakult ki az asszonynál, ennek okozati kapcsolatát azonban a terhelt orvos tagadta. A bíróság az ETT Igazságügyi Bizottság véleményét kérte ez ügyben. A következő *állásfoglalás* született meg: a sebészi gyakorlatban előfordulhat e két műtét összekapcsolása, ez nem ellentétes a foglalkozási szabályokkal sem. A vizsgálatok során nem tudták megállapítani, hogy a törlő az első vagy a második műtét során maradt a betegben. Ha meghatározható lett volna, hogy az első operációkor felejtette bent a sebész a törlőt, akkor mulasztás állapítható meg, ugyanis nem végzett a sebész alapos ellenőrzést, hogy ne maradjon bent műtéti segédeszköz. A második műtét esetében ez már nem áll fenn, mert nagyon nehéz műtéti körülmények voltak. Az sem mulasztás, ha a második műtétkor nem találta meg az első műtétkor bent hagyott kendőt. Mivel a nyomozás során egyértelműen nem lehetett megállapítani, hogy melyik műtétnél felejtődött bent a törlő, a nyomozóhatóság megszüntette az eljárást. Ez az eset az idegentesten kívül felvetette a *műtét kiterjesztésére* vonatkozó szabályokat is. Alapesetben a beteg vagy hozzátartozójának beleegyezése szükséges a beavatkozáshoz, azonban életveszély, szövődmény elhárítása érdekében a műtétet ki kell terjeszteni. Ez sem minősül foglalkozási szabályszegésnek tehát.

## VII. A megengedett kockázat problematikája

Az orvosi tevékenység elsődleges célja a beteg gyógyítása. Viszont azzal, hogy élő emberek életét és egészségét javítja, sokszor kockáztatja is azokat. Nem minden esetben pozitív kicsengésű a gyógykezelés, beavatkozás: ha a páciens testi sértést szenved vagy életét veszti, felmerülhet az orvos büntetőjogi felelőssége. Mely feltételek fennállása esetén mentesül e felelősség alól a szakorvos, azaz *mikor megengedett az orvosi tevékenység kockázata?* Figyelembe kell venni azonban a következő megállapítást: „Abból a tényből, hogy az orvos anyaga élő személyekből áll, akiknek szervezeti reakcióiról csak közvetett és nem mindig

---

<sup>48</sup> Somogyi: Tévedések és hibák az orvosi gyakorlatban, 156-160. oldal

tökéletes módszerekkel szerezhethet tudomást, következik, hogy az orvos tevékenységének hibahatára –szemben a holt anyaggal dolgozókéval – magasabb, kell hogy legyen.”<sup>49</sup>

A megengedett kockázat egyik *fogalmát* Erdősy Emil adja meg: „az orvosi tevékenység megengedett kockázatán a beteg életének, egészségének vagy testi épségének a gyógyítás érdekében azt a tudatosan előidézett előre látható veszélyét értjük, amellyel az adott gyógybeavatkozás az orvosi foglalkozás szabályainak megtartása mellett járhat.”<sup>50</sup> Ő veti fel a szükségesség-arányosság kérdését is a gyógyításban. Szükségesség alatt azt értjük, hogy a gyógyítással elérni kívánt cél adott feltételek között nem érhető el másként, csak ha veszélyeztetni az orvos a beteg egészségi állapotát, de előfordulhat, hogy állapota romlani fog. Az arányosság kérdésénél összevetésre kerül az elmaradó beavatkozás hatása a sikertelen kezelés hatásaival. Így próbál az orvos megfelelő gyógymódot választani, hogy ne idézzen elő nagyobb veszélyt, mint ami akkor történne, ha nem volna gyógykezelés. Bár vannak bizonyos szituációkra „arányosítási mércék”<sup>51</sup>, általánosítani azonban az arányosság esetében nem lehet, hiszen mindig helyzet, személy, idő függő.

Mi az a pont, amikor már beszélhetünk az orvos büntetőjogi felelősségéről, azaz *mikor lépi túl a megengedett kockázatot*? Felel az orvos a tevékenységéért, ha eltér a foglalkozása szabályaitól, azaz a veszély, ami a beavatkozással jár, nagyobb, mint ami annak elmaradása esetén állna fenn.

Az Eütv. 129.§ (2) b) a kezelőorvos joga, hogy megválassza a vizsgálati és terápiás módszert, azonban ennek feltétele, hogy a beavatkozás kockázata kisebb legyen az alkalmazás elmaradásával járó kockázatnál, illetőleg a kockázat vállalására alapos ok legyen. A másik feltétele ennek az, hogy a beteg beleegyezését adja az orvosi tevékenység elvégzéséhez. Ettől eltekint a jogszabály, ha az egészségi állapota miatt képtelen a beleegyező nyilatkozat megtételére; ilyenkor vélelmezzük a hozzájárulását. A döntés természetesen tartalmaz kockázati elemet, ezek azonban ismertté válnak a kezelés folyamán. A beleegyező nyilatkozattal a páciens viseli a kockázatát az orvos tevékenységének. Erdősy Emil különbséget tesz a kockázat vállalása és viselése között. Előbbit az orvos, utóbbit pedig a beteg döntéséhez sorolja. A beleegyezéssel azonban felmerül a gyógyítási szabadság korlátozása is. E jogot az Eütv. 129.§-a határozza meg, ami azonban nem tekinthető feltételek

---

<sup>49</sup> Erdősy Emil: A megengedett kockázat a büntetőjogban, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1988, 94. oldal

<sup>50</sup> Erdősy Emil: Az orvosi tevékenység megengedett kockázata és a büntetőjogi felelősség, Jogtudományi Közlöny, 1983/6. 371. oldal

<sup>51</sup> Erdősy: Az orvosi tevékenység megengedett kockázata és a büntetőjogi felelősség, 371. oldal

nélkülinek. Azaz ugyan a kezelőorvos joga megválasztani a vizsgálati és terápiás módszereket, de azok tudományosan elfogadott, jogszabálynak megfelelő, ismert és gyakorolt eljárások lehetnek. Joga és kötelezettsége azonban, hogy a tudomány fejlődését kövesse, azaz fejlessze szakmai ismereteit, erről az Eütv. 140.§ ír.

Ahhoz, hogy büntetőjogi szempontból megengedett kockázatról beszélhessünk, az orvosi tevékenységnek *a szakmai és jogi szabályozásnak egyaránt eleget kell tennie*. A szakmai szabályok elsajátítása igen hosszadalmas folyamat: a hat éves egyetemi képzéssel kezdődik, és szükséges a fejlődés a későbbiekben is, ami szakkönyvek, folyóiratok, állásfoglalások és különböző utasítások által érhető el. A jogszabályok közül az Eütv. mellett a Btk.-nak is nagy szerepe van.

A gyakran előforduló betegségek esetében már statisztikai adatok is rendelkezésre állnak, amik alapján valószínűsíthető a gyógymód sikere avagy sikertelensége. Így alakulhat ki az egyes orvosi tevékenységeknek különböző válfajai, aminek s ezek segítségével már a jog ki tudja alakítani az erre vonatkozó szabályrendszert.

A kockázatnál fontos szerepet játszanak az *objektív és szubjektív tényezők*.<sup>52</sup> Az előbbi csoportba a beteg, a betegség egyedisége és a tárgyi körülmények tartoznak. Növelheti a beavatkozás kockázatát ugyanis, hogy adott beteg hogyan reagál rá, így még a legkörültekintőbben kiválasztott terápiás módszer is veszélybe sodorhatja az életét. A tárgyi körülmény pedig a mechanikai meghibásodásokat, a felszereltségben rejlő hiányosságokat foglalják magukba. Természetes, hogy egy kisvárosi kórházban másak az elérhető segédeszközök, mint az egyetemi klinikán. Ha ezeket a körülményeket kívánja elhárítani az orvos, s az sikertelen, akkor ténykedését végszükségként jellemezzük. A szubjektív tényezők sorába az orvos személyes képességei és a diagnosztikai tévedések sorolhatók. A személyes képességek egyértelműek: nem azonos tudással, tapasztalattal rendelkezik egy osztályvezető orvos és egy frissen végzett orvos. Ide tartozik a fáradtság is, hiszen egy megviselt doktor nem tudja ugyanazt a teljesítményt nyújtani, mintha üde és friss állapotában hívnák a műtőasztalhoz. A diagnosztikai tévedések témakörének tárgyalását tekintve az orvosi szakirodalom a megengedett kockázathoz sorolja, míg jogi szempontból a tévedéshez kapcsolódik.

---

<sup>52</sup> Erdősy: Az orvosi tevékenység megengedett kockázata és a büntetőjogi felelősség, 374-376. oldal

Megemlítendő még Tóth Mihály álláspontja<sup>53</sup> a megengedett kockázat kérdésköréről. Az általa vallott nézet szerint ez a felvetés ugyanis „mítosz”. Szerinte ugyanis általános mércével nem mérhetünk, hiszen ami egyik esetben elfogadott, az más esetekben megengedhetetlen kockázat- s igaz ez az azonos területeken belül is.

### **Az orvosszakértők szemszögéből**

Az orvosszakértői gyakorlatban felmerül a műtégi kockázat kérdése.<sup>54</sup> A szakértő számára feltett fő kérdés, hogy *okozati összefüggésben* áll-e a műtétet végző sebész hibás tevékenysége a káros következményekkel, vagy pedig a sebészt nem lehet felelősségre vonni. A szakértő véleménye rendkívül fontos, hiszen rendszerint erre alapozzák a bíróságok az ítéletüket. A kockázat kérdésének tisztázása a sebészek számára is fontos, hiszen ez alapján tudhatja meg, hogy az eljáró orvosszakértő milyen szempontok alapján vizsgálódik a sebész felelősségét illetően.

„A kockázat tartalma a negatív oldalról közelíthető meg leginkább és két tényező határozza meg.”<sup>55</sup> A kockázathoz sorolható a *káros következmény*, ha az orvostudomány szerint a beavatkozásnak nem szükséges velejárója, illetve ha olyan orvosi tevékenység vagy mulasztás eredményezi, ami nem felróható. Milyen káros következményei lehetnek egy beavatkozásnak? Felléphetnek szövődmények, előfordulhat, hogy a beteg lassabb ütemben gyógyul, romlik az egészsége, vagy végső esetben halál következik be. Három csoportot állapít meg a szerzőpáros a műtégi kockázat eredőiként: műtégi beavatkozással közvetlenül összefüggésben álló (primaer) kockázat vagy műtétől függetlenül, az alapbetegségen kívüli más megbetegedés. A második csoportba azokat a kockázatokat sorolja, amik a diagnosztikus tévedésekből erednek, majd végül a technikai részből adódó kockázatokról írnak.

Különbséget kell tennünk a *műtégi kockázat és a foglalkozási szabályszegés* között – s ez az orvosszakértő egyik legnehezebb feladata. Utólagosan kell a szakértőnek feltárnia az eseményeket, nincs lehetősége a beteg reakcióinak megfigyelésére – hiszen sok esetben már halott, s a rekonstrukció amúgy is nehéz -, csupán iratok állnak rendelkezésére. A szakértő a vizsgálata során különbséget tesz a foglalkozási szabályszegést megvalósító hibák, a foglalkozási szabályszegést meg nem valósító hibák és a hibátlan ellátás mellett bekövetkező

---

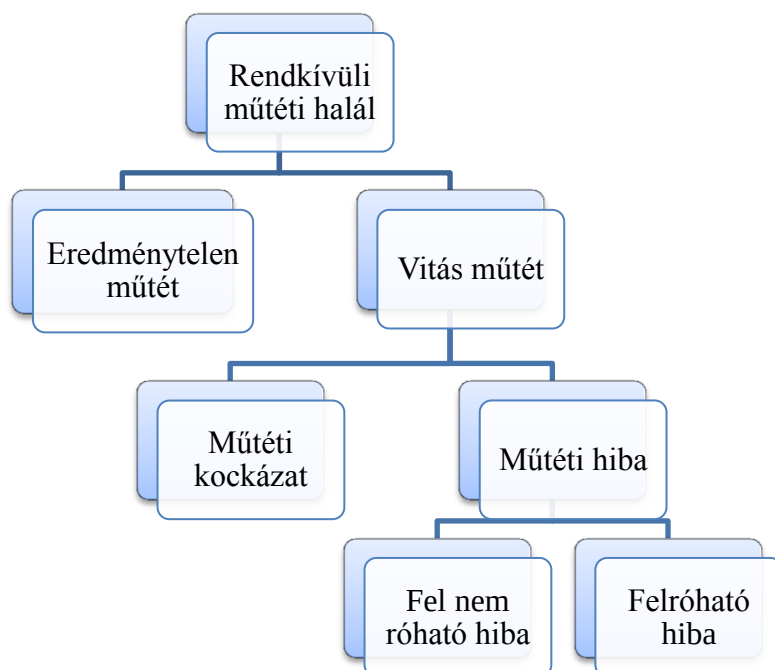
<sup>53</sup> Tóth Mihály: Az orvosi műhibák büntetőjogi megítélésének néhány újabb aspektusa – in Hajas Barnabás. Schanda Balázs (szerk.) *Formatori Iuris Publici – Studia in Honorem Geisae Kilényi Septuagenarii*, Budapest, Szent István Társulat, 2006. 510-511. oldal

<sup>54</sup> *Szuchovszky Gyula-Harsányi László: A műtégi kockázat kérdései az orvosszakértői gyakorlatban*, Magyar Sebészet, 1965. 1. szám

<sup>55</sup> *Szuchovszky-Harsányi: A műtégi kockázat kérdései az orvosszakértői gyakorlatban*, 2. oldal

káros következmények között. Ez egész pontosan a következőt jelenti: „... minden olyan káros következmény, amely nem bűnösen elkövetett foglalkozási szabályszegés miatt állott be, még elkövetett hiba esetén is a műtéti kockázat körébe tartozik.” Az orvosszakértő megvizsgálja, hogy a gyógykezelésben elkövetett-e hibát a sebész, és ha igen, az megvalósítja-e a foglalkozási szabályszegést. Amennyiben valamelyik kérdésre nem a válasz, úgy nem tartozik felelősséggel büntetőjogi szempontból az orvos, hiszen a műtéti kockázat körébe vonható a cselekmény. A legnehezebb kérdéskör a diagnosztikus tévedés vagy hiányosság, amikor igen közel áll egymáshoz a műtéti kockázat és a foglalkozási szabályszegés. A diagnosztikus hiányosság kétféleképpen nyilvánulhat meg: vagy egy szükséges életmentő műtétet nem végeznek el, vagy pedig feleslegesen végeznek el egy műtétet. Ezekben az esetekben a káros eredmény szubjektív okokra vezethető vissza, és számos szempont figyelembe vételével állapítható meg csak a helyes elhatárolás, amihez minden esetben külön elbírálás szükséges, hiszen minden eset más és más.

A rendkívüli műtéti halálozás körében tett vizsgálódásnál az orvosszakértők egy bevett *sémát*<sup>56</sup> alkalmaznak:



Mit is jelent pontosan a rendkívüli halál fogalma? Azokban az esetekben, amikor felmerül a gyanú, hogy a halál bekövetkezéséért valaki más (lehet) felelős, rendkívüli halálról beszélünk. Az Eütv. 218.§ határozza meg ennek eseteit, így ide tartozik az is, ha bűncselekményre utaló

<sup>56</sup> Szuchovszky Gyula – Harsányi László: A rendkívüli műtéti halálesetek orvosszakértői vizsgálata, Magyar Sebészet, 1974. 27. 91. oldal

adat merül fel. Az ábrán szereplő eredménytelen műtét akkor áll fenn, ha a hibátlan orvosi tevékenység ellenére a beteg a műtét során a betegség vagy valamilyen szövődmény miatt hal meg. Vitás műtét esetében azonban hiba történt műtét közben, így további vizsgálódásra van szükség. A műtéti kockázatról már szó esett jelen dolgozatomban, így inkább a műtéti hibára fókuszálnék. A műtéti hiba esetén ugyanis felmerül az orvos felelőssége büntetőjogi szempontból, ha bűnös foglalkozási szabályszegés történik illetve közvetlen veszélyhelyzet áll fenn, s e kettő között okozati összefüggés van. Az orvosszakértő értékeli, hogy a hiba felróható-e, azaz történt-e foglalkozási szabályszegés, fennáll-e az okozati összefüggés, bűnös-e az orvos. Ha ezek jelen vannak, akkor beszélhetünk büntetőjogi értelemben foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetésről.

### **VIII. A diagnosztikus tévedés**

Az orvos is ember, előfordulhat még a legkiválóbb szakemberek esetében is a tévedés. Nem várható el tőlük, hogy mindig, minden esetben megtalálják a megfelelő gyógymódot, és kezelésük eredménye a beteg teljes felépülése legyen. Ha nem sikerül a legcélravezetőbb módszert megállapítani, az *még önmagában nem jelent foglalkozási szabályszegést*.<sup>57</sup> Ennek azonban az a *feltétele*, hogy vegyen igénybe az orvos minden eszközt, amely elvezet a helyes diagnózishoz. A büntetőjogi felelősségre vonáshoz az szükséges, hogy gondatlanul járjon el az elkövető, azaz nagyobb odafigyeléssel megtalálhatta volna a megoldást, s elkerülhette volna a bekövetkező káros hatásokat. Ha viszont megtett az orvos minden tőle telhetőt, és mégis téved, nem vonható felelősségre. Ugyanígy mentesül a felelősség alól, ha helytelenül mérlegel, s több választási lehetőség közül a rossz megoldást választja. Sóttonyi az Orvosi felelősség című könyvében három csoportra osztja az orvos tevékenységének káros következményeit: egyrészt a kockázat körébe tartozókról ír, másrészt a foglalkozási szabályszegésnek tekinthető (s így a büntetőjog hatáskörébe tartozó) hibákról ír. A harmadik csoportba sorolja a diagnosztikus tévedéseket, amikor a felelősség alapja a foglalkozási szabályszegés.

A *hibás felismerés oka* lehet az orvos személyében rejlő vagy rajta kívülálló ok is. Az orvos felkészültségének hiánya, a tünetek helytelen értékelése, vizsgálatok elmulasztása szubjektív tényezők a téves diagnózis felállításában. Az orvosi szakirodalom a szubjektív hibák közül néhányat foglalkozási szabályszegésnek tekint, mert felróhatóak. A büntetőjogi szemlélet

---

<sup>57</sup> Sóttonyi: Orvosi felelősség. 232. oldal

azonban ezzel ellentétes. A szabályszegés ugyanis objektív feltétel, míg a szándékosság vagy gondatlanság szubjektív eleme a felelősségre vonásnak.

Szintén ellentétes a büntetőjog az orvostudomány nézetével a jóhiszemű diagnosztikus tévedés esetében is. Ennek jelentése, hogy az orvos teljes körűtekintéssel járt el, s még a leggondosabb eljárás mellett is előfordulhat, hogy tévesen állít fel diagnózist. Orvosi szempontból ez megengedett kockázat, hiszen foglalkozási szabályszegés nem történt. A büntetőjog viszont másként látja: minősülhet ez is foglalkozási szabályszegésnek, ha a tudomány által elismert módszert alkalmazta volna az orvos, helyes diagnózist állíthatott volna fel.

Diagnosztikus tévedés esetén tehát az orvos a kórismét nem a valóságnak megfelelően állítja fel.

## **IX. Az igazságügyi orvosszakértő véleménye**

Korábban már tettem utalást az igazságügyi orvosszakértők véleményének fontosságára, e fejezetben azonban szeretném ezt újra megerősíteni és személyes konzultációm eredményét bemutatni. A bírósági döntések alapja e bűncselekmény megítélésénél az igazságügyi orvosszakértő véleménye. Mondhatni szinte teljesen erre tud támaszkodni a bíró a határozatában, hiszen megfelelő szaktudással ő maga nem rendelkezik.

A Debreceni Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézetének igazságügyi orvosszakértőjével, Dr. Turzó Csabával folytatott személyes konzultációim során több érdekes kérdés vetődött fel. A *hibák megelőzésének* témakörében elmondta, hogy emberek dolgoznak az orvosi szakmában, így elkerülhetetlen a tévedés, még a gépekkel való munkában is előfordulhatnak a hibák. A megelőzés lehetséges módszere a nagyobb koncentráció, az odafigyelés. Ma már 24 óra ügyelet után kötelező pihenést írnak elő az orvosoknak, ám régebben nem volt ritka a 32-36 órás munkavégzés sem. A fáradtság elkerülése mellett a stressz is szerepet játszik a bűncselekmények esetleges kialakulásában. A legtöbb orvos hozzászokik a gyors reakció szükségességéhez, vannak azonban olyanok, akiket akadályoz az orvosi ellátásban a nyomás. Javaslatára szerint a hirtelen fellépő stressz hatásra való reakciót *pszichológiai teszttel* lehetne kutatni az orvostanhallgatókon. Az indulatokon való uralkodás ugyanis fontos a későbbiekben, így, meglátása szerint, kiszűrhetőek lennének az olyan személyek, akik emiatt alkalmatlanok az orvosi pályára. A teherbírási képesség alacsony szintjére mutat rá az a nézete is, hogy előfordul, hogy ugyanazok az orvosok esnek ugyanazokba a hibákba, és ez

egyértelműen a pszichés hiányosságokat mutatja. Problémának ítéli meg bizonyos esetekben a *szakértői vélemények ütköztetését* is. Ha ugyanis az első igazságügyi orvosszakértői vélemény nem felel meg a bíróságon az elvártnak, kirendelnek egy másik szakértőt. Amennyiben a két szakértői vélemény egyezik, úgy nincs ütköztetés, ellenkező esetben azonban van. Mi az oka a különböző véleményeknek? Létezik az ún. irányított szakvélemény fogalma, amivel arra utalt, hogy nem tudhatjuk, milyen motiváció áll a vélemény kiadása mögött, sajnos előfordulhat, hogy a pénz a domináns elem. A bizonyítás folyamata könnyen parttalanná válhat: még több szakértő kirendelése válik szükségessé, s a talán kevésbé erélyes bíró nem fogja magára vállalni a döntést, így az ügyek akár évekig is eltarthatnak. Úgy gondolja, hogy a bírónak a többségi álláspontot kellene elfogadnia - azaz, ha 2 szakértő egyetért, míg a harmadik álláspont ellentétes, el kellene utasítani minden más bizonyítási eljárást és a két szakértő véleményére hagyatkozni. A *tipikusnak mondható hibákról* is kérdeztem Turzó doktor urat, aki válaszában kifejtette, hogy minden eset más és más, nehéz ilyet találni, hiszen kevés a büntetőjogi felelősségrevonás. A negligencia előfordulása gyakoribbnak tekinthető, azaz hanyag gondatlanságra több példa található, míg luxuria ritkán jelenik meg.

Elhatárolási szempontból fontos téma, hogy a szakértő véleménye a felelősségi kérdést tekintve *eltér a büntető és polgári ügyekben*. Büntető ügyekben az orvos egyéni felelősségéről beszélhetünk, míg polgári perben a szolgáltató az alperes. Ez utóbbi tekintetében, ha felvetődik pl. a dokumentációs hiány vagy késedelem, akkor már megállja a helyét a követelés. Ezzel szemben büntető ügyekben csak akkor lehet bármit is kimondani, ha azt egyértelműen, kétséget kizáróan tudják bizonyítani, azaz bármilyen kétely felmerülése esetén már nem lehet megállapítani a felelősséget. Ehhez igazodik a szakértő véleménye is, hiszen jól tudják, hogy büntető ügyben több foroghat kockán, mint pénzfizetési kötelezettség – akár foglalkozástól eltiltás, vagy szabadságvesztés büntetés is szóba kerülhet.

A *bennfelejtett idegen test* kérdését tekintve elmondta, hogy az általa ismert sebészek körében a számolási kötelezettség egyértelműen elterjedt. A probléma viszont az, hogy nincs rá állásfoglalás, ki számolja meg a műtét során használt eszközöket, így kérdéses, hogy a műtősnő vagy az operatőr feladata-e ez. Úgy véli, hogy az operatőr (vagyis az operációt végző orvos) felelős a számolás elmulasztásáért, ez azonban nem az egységes döntés.

Segítségemre volt az igazságügyi orvosszakértő úr a konzultáción abban is, hogy *2010-2012 között történt felelősségre vonásokról* nyerjek hasznos információkat. Olyan igazságügyi orvosszakértői véleményeket is áttekintettem, amelyek során az orvosszakértő iratok alapján

tárta fel az esetet. Az orvosi dokumentumok tartalmazzák az ambuláns lapot, a kórlapot, a zárójelentést és az igazságügyi orvosszakértői véleményt. Természetesen ez utóbbi bír jelentőséggel a büntetőügyek során. A későbbiekben meghozott bírósági döntésekről azonban nem tudott tájékoztatást adni, hiszen az orvosszakértők nem feltétlenül követik figyelemmel az ügyek alakulását.

*Az elvárható gondosság hiányára* mutat rá az az orvosszakértői vélemény, amely annak a betegnek a kérdésében merült fel, aki bélelzáródás és akut has tünetcsoporttal került kórházba, majd sikertelen műtétet követően meghalt. Megállapítást nyert, hogy a betegnél elvégzett műtétet nem megfelelően végezték, ugyanis ilyen betegségeknel több lépcsős műtétsorozatot kell lebonyolítani. A beteg későbbi, intenzív kezelése során az orvosok nem végeztek azonnal hasfeltárási műtétet, pedig szükséges lett volna, hanem annak időpontját későbbre tették. Ebben az esetben tehát megállapítható, hogy a kórház nem az elvárható gondossággal járt el. Érdekesség még, hogy ugyan indokolt lett volna a hatósági vagy igazságügyi boncolás, ez nem történt meg.

Egy idős beteg gondozó házban került ellátásra, majd kiszáradás miatt kórházba. Az igazságügyi orvosszakértő megállapította, hogy a kórház részéről mulasztás nem állapítható meg, eljárásuk nem volt gondatlan, hiszen azonnal észlelték a beteg kiszáradását. Ezzel szemben a gondozó ház *nem a szakma szabályainak megfelelően járt el*, hiszen nem vették észre a kiszáradás tényét. A beteg a kórházban elhunyt, s halála közvetett okozati összefüggésben állt a kiszáradással.

*Téves diagnózist* állított fel az orvos abban az esetben, amikor gyomorirritáció miatti puffadásnak vélte a beteg gyomrának kilyukadását. Bár a beteg hozzátartozója külön felhívta az orvos figyelmét az esetleges diagnózisra, az ügyeletes orvos csak későn szállította kórházba. A sebészek megműtötték két nappal később, a beteg mégis meghalt. Az igazságügyi orvosszakértői vélemény megállapította, hogy a kórház orvosai nem mulasztottak, az ügyeletes orvos gondatlanul járt el, hiszen be kellett volna utalnia már hamarabb a kórházba, gondolnia kellett volna a gyomor kilyukadására, annak veszélyeire és következményeire. A beteg élete ugyan csak eshetőlegesen lett volna megmenthető, de a beutalás indokoltsága efelől fenn állt.

Két olyan orvosszakértői véleményt is megismertem, amelyek az előzőektől eltérően, *nem állapították meg a mulasztás, gondatlanság tényét*. Az első esetben a beteget szédüléssel panaszokkal szállították kórházba, ahol állapota romlott több betegség miatt is, majd a műtétet

követően a kezelések ellenére meghalt. Az igazságügyi orvosszakértő vizsgálta, hogy megfelelő időben állították-e fel a kórismét. A véleményben kifejti, hogy az ellátó orvosok beavatkozása nem volt késedelmes, a kórismék felállítása időben történt meg és ennek megfelelően végezték el a beavatkozásokat is. A másik esetben így fogalmaz a vélemény: gondatlanság, mulasztás ténye egyértelműen nem igazolható. Ennek oka a kórboncolás hiánya. A beteg daganattal került kórházba, életét az orvosok megmenteni nem tudták volna, csak meghosszabbítani.

Látható tehát ezekben az esetekben, hogy *komoly mulasztás szükséges* ahhoz, hogy büntetőjogi szempontból valóban megállapítsa az orvosszakértő a gondatlanságot, a szakmai szabályszegést. A beteg sorsszerű megbetegedéséből következő halál ugyanis nem tekinthető foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetésnek. Természetesen ezek nem a jogerős bírósági ítéletek, így nem lehet végső következtetéseket levonni, illetve a vizsgált esetek sem reprezentatív jellegűek, kizárólag az említett időszak anonimizált eseteit tekintetem át.

## **X. A nyomozóhatóság szerepe**

Kutatásom során a Hajdú-Bihar Megyei Rendőr-főkapitányságon (HBMRFK) is vizsgálatot végeztem a foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés témakörében az orvos és egészségügyi személyzet általi elkövetés terén. Lehetőségem nyílt elméleti és gyakorlati oldalról is megközelíteni e kérdéskört *Dr. Árvai-Szepesi Judit* r. alezredes alosztályvezető által.

A Rendőrség nyomozó hatóságainak hatásköréről és illetékességéről szóló 25/2013. (VI. 24.) BM rendelet ad eligazítást arról, hogy területi vagy helyi nyomozó hatóság folytatja le a nyomozást e bűncselekmény tekintetében. Ezek alapján a halált okozó foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés a területi nyomozó hatósághoz, vagyis a megyei rendőr-főkapitánysághoz tartozik, míg a helyi nyomozó hatóságok a nem halálos eredménnyel járó esetekben folytatják le a nyomozást.

Itt meg kell említeni azt, hogy a halálos eredményre tekintettel csak gondatlanság állhat fenn, mert amennyiben a szándékosság terhelné az elkövetőt e vonatkozásban, akkor – a foglalkozási szabályok megszegése ellenére – emberölés büntettéről kellene beszélni.

A feljelentések alapján többnyire ismeretlen tettes ellen indul a büntetőeljárás, elkerülve ezzel a hamis vád bűncselekményét. Leginkább nem nevezik meg a feljelentők konkrétan az orvost

vagy orvosokat, akik a beteg hozzátartozót ellátták, kezelték, ill. akik ebben még egészségügyi személyzetként részt vettek.

Ugyan országos adatokra vonatkozóan a kutatásomat nem terjesztettem ki, de a médiában megjelenő hírek alapján azt kell mondani, hogy egyre többször tesznek feljelentést a bűncselekménnyel kapcsolatban, azonban továbbra is *kevés ítéletet* találhatunk a bírósági gyakorlatban. Mi ennek az oka? Az ügyek mintegy 80%-ában *nyomozás megszüntetésére* kerül sor, a Büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény 190. § (1) bekezdés a) pontja alapján, azaz a cselekmény nem minősül bűncselekménynek. A nyomozás megszüntetése ellen panasszal lehet élni, de többnyire nincs olyan új tény felvetése a panaszokban, ami alapot adna a nyomozás folytatására. Az ún. rendes jogorvoslat kihasználásának jelentősége a későbbiekben ott jelentkezik, hogy így nyílik meg a lehetőség a pótmagánvádlóként való fellépéshez.

Ritkán *feljelentés elutasítására* is sor kerülhet, ekkor a boncolási jegyzőkönyv adatait kell alapul venni, mely már kimondja, hogy az ellátást végzők a szakma szabályai szerint jártak el, ezért nem történt foglalkozási szabályszegés, így bűncselekmény sem valósult meg.

Érdekesség, hogy egyéb foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetésnél az esetek 10%-ában szüntetik meg a nyomozást bűncselekmény hiányában. Jóval gyakoribb, hogy a lefolytatott nyomozás keretében megállapítást nyer az elkövető személye is, valamint részéről foglalkozási szabályszegés is fennállt, majd vádemeléssel kerül lezárásra az ügy. Ha megtörténik az ügyészség által a vádemelés, gyakran 2-4 éven belül zárulhat le véglegesen az ügy bírósági ítélettel.

Megyeinkben nincs arra adat, hogy letöltendő szabadságvesztés büntetéssel sújtottak volna egy orvost. Országos viszonylatban is, arról lehet hallani, hogy esetlegesen felfüggesztett szabadságvesztés büntetés fordulhat elő. A büntetések közül a foglalkozástól eltiltás sem gyakori. Szinte mindenki által ismert Geréb Ágnes esete, amikor is szüléssel kapcsolatban jelentkezett büntetőjogilag elmarasztalás és foglalkozástól eltiltás is.

A nyomozás keretében is az érdemi döntés meghozatalához elengedhetetlen a *szakértői vélemény*, anélkül nem is lehet állást foglalni, megalapozott határozatot hozni. Ez szükséges ugyanis ahhoz, hogy megállapítsák, téves diagnózis vagy szakma szabályainak megszegése, illetve mulasztás történt-e. Teljes orvosi dokumentációt szerez be a nyomozó hatóság, hogy teljes mértékben pontos képet kapjanak az adott esetről. Az igazságügyi orvosszakértői

vélemény két szakértő együttes szakvéleménye. Ezt a Be. 101. § (2) bekezdése írja elő, mely szerint a halál oka és körülményei vizsgálatához két szakértő kirendelése kell. A vélemény elkészítésének határideje – a jelenleg hatályos jogszabályi módosítás alapján – 60+30 nap. A feljelentés idején, ha még a sértett boncolása és hantolása nem történt meg, a nyomozó hatóság azonnal intézkedik igazságügyi orvosszakértő kirendeléséről. Ha azonban a sértett a kórházban halt meg, akkor a kórbonctani boncolást végeznak és engedélyezik a temetést. Ha pedig mindezeket követően a későbbekben kerül sor feljelentésre, akkor iratok alapján kell két igazságügyi orvosszakértő bevonása útján a szakvéleményt beszerezni.

Olyan eset is előfordulhat, hogy a sértett a kórházban tisztázatlan körülmények között hal meg. Ekkor a kórház tesz bejelentést, s rendkívüli halál miatt megtörténik a közigazgatási eljárás megindítása és a boncolás elrendelése, amely igazságügyi orvosszakértők általi boncjegyzőkönyvvel, véleménnyel zárul. Ha a vélemény megállapítja, hogy nem történt szakma szabályainak megszegése, akkor a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény (Ket.) alapján eljárást lezáró határozat születik.

Abban az esetben, ha volt szakmai szabályszegés a Ket. szerinti eljárást határozattal ugyan lezárják, de a területi nyomozó hatósághoz átteszik az ügyet, ahol a nyomozás lefolytatására sor kerül. Itt kell megjegyezni azt, hogy ebben az esetben még nem biztos, hogy a szakma szabályainak megszegése azt is jelenti, hogy az elkövetett szabályszegés vagy mulasztás ok-okozati összefüggésben volt a bekövetkezett halállal. Előfordulhat, hogy a halálos eredményért nem felelős az ellátást végző, mert a halál egyébként is bekövetkezett volna, azonban még sem tett meg mindent az adott helyzetben és az adott körülmények között, ami tőle az egészségügyi törvény alapján is előírt. Ilyen esetben az ellátást végző nem felel a halálos eredményért.

A *bizonyítási nehézség* közé tartozik, hogy ha több orvos érintettsége merül fel, vagy egymással folyamatosan együtt dolgozó orvosok érintettek, akkor egymás védelme érdekében a kisebb hibákat palástolni próbálják. Így egy-egy orvos általi tanúvallomásból a konkrét történeti tényállás felderítése nehezzé válik, a védelmi körök tagjai elrejtetik a nyomozó hatóság elől a valós történetet.

A *leggyakoribb területek* a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés esetében a szüléssel kapcsolatos hibák, a műtét közben elkövetett foglalkozási szabályszegések és az általános

megbetegedésből eredő problémák, és ide kapcsolódóan a korábbi megbetegedések nem megfelelő módon való kezelése során kialakuló hirtelen rosszullétek.

A *polgári jogi igények* érvényesítését megelőzően gyakori, hogy a büntetőeljárást előbb megindítja a leendő felperes, így a szakértői vélemény díját az állam állja majd helyette. Ha önmagában csak sérelemdíjat követelne, úgy a polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény alapján a költségek megtérítésére ő lenne köteles. Sok ügynél megjelenik tehát háttérben a nem vagyoni károkért követelt sérelemdíj lehetősége is.

Az elmúlt két évet vizsgálva *kilenc olyan eset* történt, amelyeknél e bűncselekmény alapján indult meg a büntetőeljárás. Ezek közül négy ügyet vizsgáltam meg, tekintettel arra, hogy a jelenleg nyomozás alatt álló ügyek a nyilvánosság számára nem hozzáférhetőek. Természetesen az elemzés nem reprezentatív, hiszen nem országos vizsgálódást végeztem, és az elmúlt két évből sem taglalom az összes ügyet.

Halált okozó, foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés vétsége miatt indult meg a vizsgált esetekben a büntetőeljárás, amelyek sértettjei mind idős nők voltak. A tényállásokat tekintve az első esetben rosszul lett az idős asszony, akihez mentőt hívtak, de a kórházban a kezelés ellenére elhunyt. A feljelentés szerint az orvosok mulasztottak, foglalkozási szabályszegés történt, segítségükkel ugyanis megmenthető lett volna az idős asszony élete.

Az igazságügyi orvosszakértőknek feltett kérdésekre – mi a halál oka, felismerték-e időben az életveszélyes állapotot az orvosok, megmenthető lett volna a beteg – mind megtalálhatjuk a véleményben a választ. Kimondásra került, hogy nem történt gondatlanság vagy mulasztás, az ellátó orvosok és az egészségügyi személyzet haladéktalanul megkezdték az életveszély elhárítását, cél- és szakszerű volt tevékenységük. A természetes okú halál miatt a nyomozás megszüntetésére került sor.

Szintén hasonló eredménnyel zárult az az eset, ahol az ápolás, a gondozás hiányosságai miatt indult. Megállapítást nyert ugyanis, hogy a mozgáshiány oka az alapbetegségei következménye, nem pedig az egészségügyi személyzet mulasztásában keresendő.

A harmadik esetben gyomorműtétet követően varratelégtelenség miatt lett rosszul a beteg nő, így került vissza a kórházba, ahol azonban meghalt. A feljelentésben a műtőst jelölik meg felelősként, azonban az előzőhöz hasonló kérdésekre hasonló választ találunk az igazságügyi

orvosszakértői véleményben, vagyis nem történt mulasztás. A varratelégtelenség a műtéti kockázat körébe tartozik. A büntetőeljárás bűncselekmény hiányában megszüntetésre került.

A nyomozás megszüntetésére került sor abban az esetben is, ahol urológiai műtétet követően halt meg a beteg, miután rosszulléte ellenére az orvos hazaengedte a kórházból. Itt a probléma a beteg otthonába bocsátását jelentette, az ellátás azonban cél-és szakszerű volt, a szakma szabályainak megszegésére sem került sor.

Milyen *következtetések* vonhatóak le ezekből az ügyekből? Mik a hasonlóságok és mik az eltérések?

Hasonlóság közöttük a *sértettek neme és életkora*, ám ez nem azt jelenti, hogy a férfiak és a fiatalabb korosztály ne lehetne sértett. *Gondatlan* veszélyeztetés fordult elő mindegyik ügyben, s ez általában valamilyen mulasztásban mutatkozik meg. A nyomozás azonban megszüntetésre került, mert az igazságügyi orvosszakértői vélemény nem minősíti foglalkozási szabályszegésnek. Az orvosszakértők egyébként a szakma szabályainak megszegése kifejezést használják, ez azonban lényegében megfelel a büntetőjog által használt előbb említett szókapcsolatnak. A vélemények gyakran tartalmazzák a cél- és szakszerűséget, s kitérnek a gondatlanság és mulasztás kérdés körére is. Cél- és szakszerűség alatt azt értjük, hogy az adott betegség kezelésének általa megfelelőnek vélt gyógymódot választja az orvos, és a tudomány mindenkori állása szerinti legjobb terápiával kezeli a beteget.

Az eltérések a szituációk különbözőségéből erednek, hiszen nincs két egyforma eset, így más és más helyzetek alakultak ki. Egy esetben került sor műtéti kockázat említésére, amelynek taglalása a dolgozat korábbi részében található.

Elmondható tehát, hogy több esetben is megindult a büntetőeljárás, azonban bűncselekmény hiányában még a nyomozó hatósági szakban megszüntetésre kerülnek ezek az ügyek. Az, hogy az igazságügyi orvosszakértő kimondja, hogy foglalkozási szabályszegés történt, csak igen súlyos, kirívó esetekben történik meg.

## **XI. Összegzés**

A büntetőjogi felelősség nagy terhet ró az egészségügyben tevékenykedőkre. A köznyelv helytelenül használt fogalma, az orvosi műhiba helyett a büntetőjogi terminológia a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetést használja, amely orvosok és egészségügyi dolgozók vonatkozásában ritkán kerül megállapításra bírósági határozatban. Ennek több oka

is van, köztük az ok-okozati összefüggés problémája, az emberi szervezet eltérő reakciói az egyes beavatkozásokra, továbbá az, hogy a mulasztás nem feltétlenül valósít meg foglalkozási szabályszegést, s emellett jelen vannak még az orvosok által megengedett kockázat néven emlegetett bizonyos műtéti szituációk. A formális szabályszegések (például a dokumentációs kötelezettség elmulasztása) a polgári jogi perekben megállhatják helyüket és alapot adhatnak a kívánt összeg megítélésének, a büntetőjogban azonban ennél többre van szükség: gondatlanság vagy szándékosság, ok-okozati összefüggés, közvetlen veszély megállapítása is elengedhetetlen.

Az orvosi veszélyeztetés *elkerülésének* több lehetséges *megelőzési módszere* is van. A rájuk nehezedő stressz miatt pszichológiai teszteken a teherbírási képesség vizsgálata, a megfelelő figyelem és gondosság mellett elkerülhetővé válnak a hibák. Természetesen nincs 100 %-os módszer, hiszen nem tévedhetetlen és fáradhatatlan az orvos sem. Műtétek során a segédeszközök megszámlálása is nagy jelentőséggel bír, a kérdés – amely egyelőre nyitva áll – már csak az, hogy ki tegye ezt meg.

A *szakértői vélemény* elengedhetetlen a nyomozóhatóság számára, ez alapján dől el ugyanis a későbbiekben, hogy vádemelésre sor kerülhet-e. Az esetek döntő többségében nem jut el e szakaszig az ügy, bűncselekmény hiánya miatt. S bár a szakértői vélemény elvileg egy független személy által készített okirat, néha mégis előfordul az irányított szakvélemény, azaz a pénz általi motiváció. A szakértői vélemény a polgári ügyekhez képest eltér, hiszen a bűnösséget megalapozó ítélethez kétséget kizáró igazságügyi orvosszakértői meggyőződésre van szükség, amely kimondja a foglalkozási szabályszegést. Problémát jelenthet a nyomozás során továbbá az orvosok összetartása is, hiszen így a tényállás pontos felderítése nehezebbé válik.

Az *áldozatok nemét* illetően jelentős többségben nőkkel szemben történtek szabályszegések. A szülészeten történő kezelés során szervezetlenség, leterheltség is előfordul okként. Fontos, hogy ne csak az édesanyákra, hanem a gyermekekre is koncentráljanak az orvosok, akiknek fokozott figyelemre van szükségük.

A *szándékos elkövetésre* egyetlen példát találtam, a nőgyógyász esetében, aki meddővé tételre irányuló beavatkozást folytatott, azonban őt is felmentette a bíróság. A legtöbb esetben gondatlan elkövetés valósul meg, ezen belül is negligentia. (Ez utóbbit támasztotta alá a már említett igazságügyi orvosszakértő úr is személyes beszélgetések során.)

A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés kérdése tehát igen *összetett problémakört* vet fel az orvosok vonatkozásában. Az ezzel kapcsolatos ítéletek kevés száma utal rá, hogy ritkán kerül bírósági szakaszba ilyen jellegű ügy, s akkor is csak kirívóan súlyos szabályszegés esetén állapítható meg a bűncselekmény.

## **IRODALOMJEGYZÉK**

### **Könyvek**

Blaskó-Miklós-Pallagi-Polt-Schubauer: Büntetőjog Különös Rész I., Budapest, Rejtjel Kiadó, 2013.

Erdősy Emil: A megengedett kockázat a büntetőjogban, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1988

Erdősy Emil, Földvári József, Tóth Mihály: Magyar büntetőjog: különös rész, Budapest, Osiris, 2007.

Hidvéginé Adorján Livia, Sáriné Simkó Ágnes: Műhibák és kártérítési perek az egészségügyben, Budapest, Medicina, 2013. 105.oldal

Kereszty Béla: A magyar büntetőjog különös része, Budapest, Korona Kiadó, 2005.

Madai Sándor: Az „orvosi műhiba” gyakorlati problémáihoz, In Keresztmetszet-Tanulmányok fiatal büntetőjogászok tollából, Szeged, 2005.

Sándor Judit: Gyógyítás és ítélkezés, Budapest, Medicina Könyvkiadó, 1997.

Somogyi Endre: Tévedések és hibák az orvosi gyakorlatban, Budapest, Medicina Könyvkiadó, 1986.

Sótonyi Péter: Igazságügyi orvostan, Budapest, Semmelweis Kiadó, 2005.

Sótonyi Péter: Orvosi felelősség, Budapest, Semmelweis Kiadó, 2006.

Tóth Mihály: Az orvosi műhibák büntetőjogi megítélésének néhány újabb aspektusa – in Hajas Barnabás. Schanda Balázs (szerk.) Formatori Iuris Publici – Studia in Honorem Geisae Kilényi Septuagenariae, Budapest, Szent István Társulat, 2006.

Tremmel Flórián- Mészáros Bence- Fenyvesi Csaba: Orvosok és jogászok a büntető igazságszolgáltatásban – Dezső László Emlékkönyv. Pécs: PTE ÁJK, 2005.

### **Folyóiratok**

Dávid Lilla: Foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés a műtőben II. rész, Ügyészek lapja, 2009/ 5. szám

Erdősy Emil: Az orvosi tevékenység megengedett kockázata és a büntetőjogi felelősség, Jogtudományi Közlöny, 1983/6.

Keszty Éva: A halál orvosi és jogi fogalmai, Jogtudományi Közlöny, 2002/9.

Martin Zoltán: Gondolatok az orvosi perekről, Bírák Lapja, 1996/3-4. szám

Szuchovszky Gyula-Harsányi László: A műtéti kockázat kérdései az orvosszakértői gyakorlatban, Magyar Sebészet, 1965. 1. szám

Szuchovszky Gyula – Harsányi László: A rendkívüli műtéti halálesetek orvosszakértői vizsgálata, Magyar Sebészet, 1974. 27.

Tóth Mihály: Büntetőjog az élet és a halál mezsgyéjén, Magyar jog, 2010., 8. sz.

## **Törvények**

### **Alaptörvény**

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

2006.évi XCVII. törvény az egészségügyben működő szakmai kamarákról

2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről

2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről

## **Bírósági határozatok**

Legfelsőbb Bíróság Elnökségi Tanácsának 1102/1965/4. számú határozata

BH. 1982. 451.

BH 1989.300.

BH1996.182.

BH2002.129.

BH2006.77.

EBH2007.1586.

BH2013.203.

### **Személyes konzultációk**

Dr. Árvai-Szepesi Judit r.alezredes, Hajdú-Bihar Megyei Rendőr-főkapitányság Bűnügyi Igazgatóság Vizsgálati Osztály, 2014.

Dr. Turzó Csaba igazságügyi orvosszakértő, Debreceni Egyetem, Igazságügyi Orvostani Intézet, 2014.

### **Internetes forrás**

kk.pte.hu/hu/download/index/9406 9.oldal 2014.09.17.