

DEZSŐ LÁSZLÓ

Az orvos büntetőjogi felelőssége

Budapest, BM Könyvkiadó, 1979, 352. ISBN 963 0687 5

I. Friedrich Nietzsche több mint százötven évvel ezelőtt fogalmazta meg némi túlzással dilemmáját: „Az ember gyógyítsa önmagát, különben saját orvosa teszi tönkre.”

Az adott korszakban az orvos még „nagy fehér varázslóként” élt a köztudatban, s ha a gyógyítás során hibázott, felelősségre vonásának nem voltak meg az alapjai. Idővel a társadalmi-tudományos fejlődés megszabadította az orvosi tevékenységet a mágia irracionális elemeitől,¹ s kialakult az orvosi felelősség területe. Nemcsak a polgári jogban, hanem a büntetőjogban is. Míg azonban a polgári jogi, kártérítési jogi esetek napjainkban szép számmal kerülnek ismertetésre a szakirodalomban,² addig a büntetőjog asztalára az orvosi műhibáknak csupán egy-egy ügye kerül. A bírói gyakorlatban is ritkán fordul elő olyan eset, amely az orvos büntetőjogi felelősségre vonásával végződik,³ noha az írott és elektronikus sajtó különösen nagy figyelmet szentel egyes ügyeknek, nem kevesebb – a laikus számára félrevezető – indulattal és feszültséggel, mint Nietzsche.

¹ HARALD FRANZKI: Behandlungsfehler. In ALBIN ESER–MARKUS VON LUTTEROTTI–PAUL SPORKEN (Hrsg.): *Lexikon Medizin, Ethik, Recht*. Freiburg: Herder, 1989, 192.

² 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, 505.

³ MÉSZÁROS BENCE: Primum non nocere – Az orvos büntetőjogi felelősségéről. In TREMMEL FLÓRIÁN–MÉSZÁROS BENCE–FENYVESI CSABA (szerk.): *Orvosok és jogászok a büntető igazságszolgáltatásban – Dezső László emlékkönyv*. Pécs: PTE ÁJK, 2005, 113.

A napjaink orvoslása terén is megnyilvánuló fogyasztói szemlélet, az orvossal szembeni megnövekedett elvárások vezettek oda, hogy a beteg egyre inkább fogyasztóként lép fel, s az orvostól egyre inkább teljesítményt vár el,⁴ azt, hogy az orvosi szolgáltatást a megfelelő minőségben kapja meg, s egyre kevesebb toleranciával fogadja a számára nem megfelelő eredményt.⁵ Tisztában kell lenni azonban azzal – különösen, ha büntetőjogilag vizsgáljuk az orvosi tevékenységet –, hogy a határ az orvosiilag helyes és helytelen között gyakran elmosódik, tekintettel arra, hogy egy állandóan mozgásban, fejlődésben lévő tudományterületről van szó,⁶ ahol matematikai pontossággal bekövetkező eredményről aligha beszélhetünk.

Tudatában van ennek Dezső László is, akinek *Az orvos büntetőjogi felelőssége* című munkája hiánypótló volt a 70-es évek végén, 80-as évek elején, s amelyben a szerző az orvos büntetőjogi felelősségének elméleti alapvetésein túl megpróbál választ keresni máig tisztázatlan és nem egyértelmű kérdésekre is.

II. A könyv első három fejezetét nevezi Lévay Miklós azonos tárgyú recenziójában az orvosi felelősség „általános részének”,⁷ itt kapnak helyet a büntetőjogi alapfogalmak és a róluk vallott különböző álláspontok, s ezeket vetíti a későbbiekben Dezső László az orvosi tevékenységre. Az első fejezet a bűncselekmény fogalmát próbálja meg tisztázni, vitába szállva azzal a megfelelő absztrakciót nélkülöző meghatározással, miszerint bűncselekmény az, amit a törvény büntetni rendel. E meghatározás circulus vitiosus, hiszen – ahogy Dezső írja – egy fogalmat önmagával definiálni logikailag ellentmondásos, s a „miért” kérdése is megválaszolatlanul marad. Ehelyett a klasszikusnak is nevezhető bűncselekmény-fogalomból indul ki: bűncselekmény a tényállásszerű, jogellenes és bűnös cselekmény, majd sorra elvégzi e definíció egyes fogalmi elemeinek a vizsgálatát. Kettő ezek közül – ami mögött értékelő mozzanat rejlik – tág mozgásteret ad a könyv írójának is, így a jogellenességé és a bűnösségé.

Kérdésként merülhet fel ugyanakkor, hogy lehetséges-e egy megfelelő, az absztrakció egy magasabb szintjén elhelyezkedő, általános érvényű fogalom megalkotása. Dezső is tisztában van azzal, hogy egy általános igénnyel megfogalmazott bűncselekmény-fogalom iránti igény – a jogbiztonság követelménye miatt is – a büntetőjog-tudományt kialakulása óta jellemzi. Szerinte a társadalomra veszélyesség objektív és tartalmi ismérv, amelynek a segítségével választ kaphatunk arra, hogy a törvény miért büntet bizonyos magatartásokat. Ez az, amit az elkövető tudata a magatartás tanúsításakor átfog, és ahhoz pszichikailag, érzelmileg is viszonyul valamilyen formában, s ez lesz a bűnösség alapja. Szent Ágoston, amikor tér és idő meghatározását kérdezték tőle, azt mondta, hogy ha nem kérdezik, tudja, ha kérdezik, nem. Lehetséges, hogy

⁴ DÓSA ÁGNES: *Az orvos kártérítési felelőssége*. Budapest: HvgOrac, 2004, 60.

⁵ GELLÉR BALÁZS: Az orvosi felelősségbiztosítás a magyar jogban. In SÓTONYI PÉTER (szerk.): *Orvosi felelősség* Budapest: Semmelweis Kiadó, 2006, 306.

⁶ KLAUS ULSENHEIMER: Die Entwicklung des Arztstrafrechts in der Praxis der letzten 20 Jahre. In ADOLF LAUFS–CHRISTIAN DIERKS–ALBRECHT WIENKE–TONI GRAF-BAUMANN–GÜNTER HIRSCH (Hrsg.): *Die Entwicklung der Arzthaftung*. Berlin: Springer, 1997, 38.

⁷ LÉVAY MIKLÓS: Dezső László: Az orvos büntetőjogi felelőssége. *Jogtudományi Közlöny*, 1982/9, 740.

így van ez a bűncselekmény-fogalommal is? Hiszen – Dezső munkája óta – napjainkra már a társadalomra veszélyesség kategóriája ingott meg. A társadalomra veszélyességnek, mint a bűncselekmény-fogalom részének már kialakulásakor megfigyelhető a jogellenességgel való konfliktusa. A cselekmény társadalomra veszélyességének hiányára hivatkozva a hazai büntetőjog tudomány és joggyakorlat sokféle esetkörben tartotta lehetségesnek a büntetőjogi felelősség kizárását. Ezen esetkörök egy részében a társadalomra veszélyesség a materiális jogellenesség funkcióit látta el.⁸ A következőkben e társadalomra veszélyességet elemzi Dezső az orvosi tevékenységgel összefüggésben, s két büntetőjogi felelősséget kizáró okot tárgyal részletesen: a sértett beleegyezését és az orvosi hivatásból eredő kötelesség teljesítését. A jogalkotó a társadalomra veszélyes cselekmények közül csak azokat minősíti bűncselekménnyé, amelyek ellen a büntetőjog eszközeinek igénybevétele indokolt. Lehetséges azonban, hogy egy cselekmény kimeríti valamelyik bűncselekmény törvényi tényállását, azonban mégsem veszélyes a társadalomra. Ilyen adott esetben az orvos tevékenysége is, annak jogosságát és társadalmi hasznosságát senki nem vonja kétségbe, így nem tekinthető bűncselekménnyek – illetve csak formálisan, például testi sértésnek – az olyan magatartás, amelyet az orvos gyógyítás céljából a beteg beleegyezése alapján tanúsít.

Az orvosi tevékenységre vonatkozó alapvető szabályokat a mű megírásának korában az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény⁹ és a hozzá kapcsolódó alacsonyabb szintű jogszabályok tartalmazták; ezek adták azokat a feltételeket, amelyek megvalósulása esetén az orvos tényállásszerű cselekménye nem tekinthető társadalomra veszélyesnek (jogellenesnek). Dezső felvet és nyomatékosít néhány – az egészségügyi törvényben – aggályos vagy éppen szabályozatlanul hagyott problémát a beteg beleegyezésével kapcsolatban. Elsőként ilyen a beleegyezés „határának” kérdése. Hiszen az orvostudomány fejlődése nem csak előnyökkel jár, hanem káros kihatásai is lehetnek, s napjainkban a genetika fejlődésével mindez sokkal élesebben merül fel. Olyan helyzetek adódhatnak, amelyek Dezső korában még utópiának számítottak. Felteszi a kérdést: Vajon rendelkezhet-e a beteg a saját testi épségével vagy egészségével? Álláspontja szerint igen, mert az élet veszélyeztetését célzó beleegyezés nem azonos az élet kioltását célzó beleegyezéssel, de ilyenkor szigorúbb elveknek kell érvényesülniük. Hogy melyek ezek, egyáltalán mit takarhatnak a „szigorúbb elvek”, arra Dezső nem ad választ, ugyanakkor aszerint különböztet, hogy az orvosi beavatkozás közvetlenül a beteg érdekét, vagy a tudomány fejlődését szolgálja, esetleg mindkettőt. Helytállóan állapítja meg viszont, hogy a beleegyezés és a felvilágosítás egymástól el nem választható fogalmak, előbbi ugyanis az utóbbi tölti meg tartalommal. A beteg felvilágosítást kap az orvostól arra nézve, hogy mibe egyezik bele, ez az alapja a napjainkra kifejlődött tájékozott beleegyezésnek (informed consent), s ennek fontosságát mutatja az éppen Dezső művének megírása idejében az Egyesült Államokban végbement ún. „malpractice crisis”.

Helytálló továbbá az a megállapítása, miszerint új eljárásokkal kapcsolatban gyakran nem lehet elválasztani egymástól a gyógyítási és kísérleti célt, e gondolat azonban

⁸ HOLLÁN MIKLÓS: Megkésétt búcsú a társadalomra veszélyességtől. <http://jesz.ajk.elte.hu/hollan16.html>

⁹ Jelenleg az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény.

bővebb kifejtést igényelt volna a könyvben, hiszen egész egyszerűen arról van szó, hogy a jogi szabályozás – természetéből adódóan vagy sem – az orvostudomány fejlődése mögött halad. Ezt kiválóan lehetne illusztrálni olyan esetekkel, amikor például elsőként a világon sikerül egy orvoscsoportnak egy minden tekintetben új beavatkozást véghezvinni. Mi történik, ha az orvos hibázik, s a műtét nem sikerül? Ki lenne szakértő egy a világon elsőként elvégzett orvosi beavatkozás kapcsán?¹⁰ Ki tudná megmondani, hogy melyek a szakma szabályai egy ilyen eljárásban?

III. Az orvos foglalkozási szabályok hatálya alatt áll, amelyek megszegése esetén megvalósulhat a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés törvényi tényállása. Az orvos büntetőjogi felelősségét már a veszélyhelyzet bekövetkezése megalapozza, erre tekintettel Dezső könyvében megtaláljuk a veszélyeztetési bűncselekményekre vonatkozó álláspontokat.¹¹ Az orvosi beavatkozások nagy része önmagában is veszélyt jelenthet a beteg számára, s ennek ellenére találkozunk a kellő figyelmet és körültekintést nélkülöző orvosi magatartásokkal. Ezzel kapcsolatban szól a veszélyeztetési bűncselekményeknél az előrehozott büntetőjogi védelemről, annak megelőző szerepéről, s ezt különösen indokoltnak tartja az orvosi foglalkozás körében, hiszen itt a jogi védelem tárgya az ember élete és testi épsége. Külön foglalkozik azzal a kérdéssel, hogy nem gátolja-e az előrehozott büntetőjogi védelem az orvostudomány fejlődését (az orvosi kísérleteket, kutatásokat); határvonalat próbál keresni a tudományos előrehaladás és az ember, a társadalom számára veszélyes, indokolatlan kockázat között, ez utóbbit elutasítván.

Megítélésem szerint egyértelmű határvonalat húzni képtelenség, s Dezső próbálkozása is hiábavaló a következők miatt: az orvosi tevékenységnek immanens eleme a „kísérletezés”. A huszadik század robbanásszerű orvostudományi fejlődése újabb és újabb, eddig nem tapasztalt perspektívákat ígér, ugyanakkor új veszélyhelyzeteket is teremt. Gondoljunk a náci Németország orvostudományi kísérleteire, vagy gondoljunk – a világon elsőként – Barnard professzor szívátültetésére, ami a maga idejében inkább volt nevezhető a tudomány előrehaladását célzó beavatkozásnak. De megemlíthető az in vitro megtermékenyítés is, melynek sikeres kifejlesztéséhez az orvospáros Steptoe és Edwards több száz emberi embriót használt fel.¹² Dezső elsősorban az egyéni és a társadalmi hasznosságot helyezi előtérbe, valamint azt, hogy csakis gyógyítás céljából megengedett a kísérleti jellegű orvosi tevékenység.

Dezső kifejti, hogy az etikai normák nem biztosítanak olyan mértékrendszert, ami alapján ítélni lehetne, s ez nehezíti a felelősségre vonást. Ezzel a szerző szükségképpen vet fel jogpolitikai – kriminálpolitikai kérdéseket. Minden országban megfigyelhető ugyanis, hogy a büntetőjog – mint ultima ratio – bevezetését az orvoslásba túlzott óvatosság jellemzi. Az etikai normák alkalmazása attól függ, hogy a társadalom mennyire hiszi el, hogy ezek megnyugtató megoldást nyújthatnak.¹³ Részletesen

¹⁰ LANDI BALÁZS: Az orvosi műhiba fogalmáról. *Magyar Jog* 2002/6, 345.

¹¹ LÉVAY i. m. 741.

¹² GUIDO APPIUS: Risiken des In-vitro-Fertilisation (IVF) beim Menschen. In *Der Status des Embryos* (Hrsg. IMABE). Wien, 1989, 107.

¹³ BUSCH BÉLA: Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozása. In SÓTONYI i. m. 158.

mutatja be Dezső az egyes kutatásaitokai kódexeket, például a Nürnbergi Kódexet és a Helsinki Deklarációt. Máig érvényes az a megállapítása, miszerint a jogászok el akarják kerülni, hogy e kérdéseket a tudomány önszabályozásának síkján oldják meg, a tudósok viszont el akarják kerülni a külső korlátokat és kontrollt;¹⁴ s nem nehéz belátni, hogy a beteg ember így válik szubjektumból objektummá, a betegcentrikus orvoslás pedig tudomány-centrikussá. Dezső az előbbi mellett tesz hitet. A könyv megírása óta eltelt idő alatt számos nemzetközi dokumentum jött létre,¹⁵ s a jelenleg hatályos Büntető Törvénykönyvbe is bekerültek az orvosi kutatásokkal, kísérletekkel kapcsolatos tényállások, ám ezek sem biztos, hogy útját állják a tudomány előretérésének.

Határozottan szögezi le Dezső László, hogy mivel a büntetőjog emberközpontú tudomány, az ember legelidegeníthetlenebb személyi joga az élethez, testi épséghez, egészséghez fűződnek. Az állam köteles olyan szabályrendszert felépíteni, amely – betartása esetén – az élet és egészség megfelelő szintű védelmét nyújtja.¹⁶ Ezek integritása olyan társadalmi érték, amely fokozott büntetőjogi védelmet kíván. Ezért a büntetőjognak figyelemmel kell kísérnie minden olyan eseményt, amely alkalmas az emberi jogok veszélyeztetésére. Az emberen végzett kutatások jogosságának elméleti ellenőrzésére egy matematikai modellt dolgoz ki, amelynek alapja az egyéni, társadalmi és kutatási érdek, s ezekhez kapcsolja a beteg beleegyezését. Minél nagyobb a beavatkozáshoz fűződő közvetlen egyéni érdek, annál nagyobb kockázat engedhető meg. Álláspontom szerint a dezsői modell ma már nem állja meg a helyét; ellenvetésként fogalmazható meg például az ún. terápiás klónozás esetköre, amelynek egyéni hasznossága óriási, hiszen eddig gyógyíthatatlannak hitt betegségek kezelését szolgálja (pl. Alzheimer-kór, cukorbetegség), a módszer mégis tiltott, még hozzá büntetőjogilag.

IV. A büntetőjogi felelősségre vonás sine qua non-ja a bűnösség. Ennek szenteli a könyv a III. fejezetet. Ebben a fogalom általános és jogirodalmi ismertetésén túl részletesen elemzi az orvosi tevékenység szempontjából releváns bűnösségi alakzatot, a gondatlanságot;¹⁷ s e fejezet már gyakorlati példákkal, jogesetekkel is illusztrálja az elméleti mondanivalót. Dezső egyetért Békés Imrével abban, hogy elutasítja a gondatlanságra vonatkozó elméletek minden esetre való általánosítását, s a gondos orvos hibáját aktuális pszichológiai defektusnak tartja, amelyben nagy jelentősége lehet a konkrét élethelyzeteknek. Ennek alátámasztására elemez egy jogesetet, s arra a következtetésre jut, hogy az orvos a konkrét élethelyzetből, így például a rendkívüli munkateherből adódóan is lehet aktuálisan gondatlan, noha egyébként kiváló orvosi munkát végez. Egy nehéz életbeli helyzet is kiválthat gondatlanságot, amikor az egyén nem helyesen dönt, s társadalomra veszélyes következményeket okoz. Ezt Dezső a fokozott veszéllyel járó tevékenység – így az orvoslás – folyamányának tartja.

¹⁴ ADOLF LAUFS–WILHELM UHLENBRUCK: *Handbuch des Arztrechts*. München: C.H. Beck, 1999, 1001.

¹⁵ Ezeket összefoglalja SÁNDOR JUDIT (ed.): *Society and Genetic Information*. Budapest–NewYork: CEU Press, 2003, 267–388.

¹⁶ BUSCH i. m. 157.

¹⁷ LÉVAY i. m. 742.

Ugyanakkor gyakran a konkrét élethelyzet semmiféle jelentőséggel nem bír a gondatlan bűncselekmény elkövetése szempontjából, s ekkor a döntő szerep az egyén negatív tulajdonságaié. Lényegesnek tartja, hogy amennyiben adottak a kötelességek és a lehetőségek ahhoz, hogy az egyén felismerje, és előre lássa cselekményének veszélyét és káros következményeit, s mégsem ennek megfelelően cselekszik, akkor a magatartás személyiségtől függő, bűnös cselekmény.

A könyv ismerteti a tudatos gondatlanság és az eshetőleges szándék elhatárolási problémáit – ami elméletileg egyszerűnek látszik, gyakorlatilag viszont nehéz. Dezső szerint a különbség a következmények „komolyan” vagy „könnyen” vételében van.¹⁸ Tudatos gondatlanság esetén az egyén – az orvos – elkerülhetőnek ítéli cselekménye következményeinek lehetőségét, s ebben az elkerülhetőnek ítélt következmények elmaradásában bizakodik. A könnyelmű bizakodás miatt nem tartja lehetségesnek, hogy magatartása következményei beállnak. Ha viszont „csodában” bizakodik, tudatos gondatlanság már nem állapítható meg – hangzik a dezsői megállapítás egy jogeset elemzése kapcsán.

A hanyag gondatlanság mindig valamilyen kötelesség megszegését jelenti. Az orvos vonatkozásában a foglalkozás szabályainak megtartása: kötelesség. E kötelesség gondatlan megszegése pedig azt jelenti, hogy az orvos nem fejtette ki azt a gondosságot, amelyre köteles lett volna. Ezzel kapcsolatban élesen bírálja a szerző a bírói gyakorlatot: az objektív gondossági kötelezettség megsértése önmagában nem alapoz meg hanyag gondatlanságot, fenn kell állnia a káros következmény beállása szubjektív előreláthatóságának is. Egyet lehet érteni vele, hiszen az, hogy az orvos köteles volt előre látni a káros következmények lehetőségét, nem jelenti azt, hogy konkrét esetben képes is volt rá. Vizsgálandóak tehát az orvos személyes tulajdonságai is: képességei, ismeretei, kora, tapasztaltsága, műszerekkel való ellátottsága.

V. „Az élet és a halál létünk két rejtélye” – mondja Dezső. A könyv „különös része” első fejezetének fő kérdése: meddig terjed az emberi élet büntetőjogi védelme,¹⁹ hiszen az élet elleni bűncselekmények megítélésénél elsőrendű szerepe van annak, hogy mely időponttól tekintjük az embert élőnek, illetve halottnak. Az orvosi tevékenységre vetítve ez a következő esetekben vetődhet fel: újraélesztés, eutanázia, szerv- és szövetátültetés. A szerző véleménye szerint a halál fogalma elsősorban orvosi megítélés tárgya, s a jogi megítélésnek ezen kell alapulnia. Nem sokkal ezután azonban felteszi a kérdést: Vajon az orvostudomány képes-e a halál tényét pontosan körülírni, s ezzel a jog számára megfelelő alapot szolgáltatni? Meghatározható-e a pontos határ élet és halál között? Ismertet különböző nézeteket erre vonatkozólag – amelyek jobbára filozófiai alapokhoz nyúlnak vissza – így például azokat, amelyek a tudati funkciók hiányát azonosítják a halállal, minek következtében az elmebetegek „értelmetlen élete” nem is élet. Ennek nyomán megemlítendő – bár szeretném kerülni a kasszandrai allűröket –, hogy napjainkban talán még élesebben vetődnek fel e vélemények a modern bioetikában. Így Singer és Tooley utilitarista felfogása szerint bi-

¹⁸ Uo. De Lévy szerint ez nem megnyugtató sem az elmélet, sem a gyakorlat szempontjából.

¹⁹ Uo.

zonyos kritériumok alapozzák meg a személy mivoltot, ilyen például az öntudat, az érdek, a jövőre orientáltság (preferencia-utilitarizmus). Nézeteik szerint a fogyatékkal élőket el lehet pusztítani.²⁰ Hasonlóan vélekedik Engelhardt és Harris is: az embriókat, újszülötteket, kómában fekvő betegeket megölni nem bűncselekmény, mivel életük számukra nem jelent értéket. Szerintük elképzelhető az is, hogy egy anya pénzért hordjon ki egy magzatot, gyermeket, ami vagy aki azután „szervbankként” funkcionálhatna.²¹

Napjainkban egyes beavatkozási lehetőségek látszólag képesek életben tartani a saját működésre már képtelen emberi testet, emiatt a halál fogalma relatívvá válik.²² Minderre tekintettel egyet kell érteni Dezső Lászlóval abban, hogy a halál fogalma a tudományos-technikai fejlődés függvénye, annak örök érvényű meghatározása nem lehetséges. Ha a tudományos-technikai helyzettől elvonatkoztatunk, az üres általánoságokba, amorális következtetésekbe torkollik. Dezső a halál fogalmának vizsgálata helyett inkább a halál bekövetkezése időpontjának vizsgálatát ajánlja, a büntetőjogi védelem határait ugyanis ez szabja meg. Azonban felismeri, hogy ez sem kecsegtet több sikerrel; meg kell elégedni a halál időpontját megközelítő vélelemmel. Lehet-e bizonyítani, hogy az orvos felróható magatartásának következménye a klinikai halál biológiai halálba való átmenete? Egy szakszerű újraélesztés nem mindig eredményes, és visszafordíthatatlanul bekövetkezik a biológiai halál. Mai tudásunk szerint a klinikai halál állapota néhány perc, s a sikeres újraélesztést követően az életjelenségek visszatérnek. Roppant nagy jelentősége van az újraélesztés megkezdéséről és befejezéséről való döntésnek, mivel ebben az átmeneti állapotban az idegrendszer tevékenységéről nincs direkt információnk. S mivel pontosan ezen átmeneti állapot hosszát nem tudjuk, a halál időpontjának megállapítása is relatív.²³ Tehát a halál folyamat, s a szerző álláspontja is inkább e felé közelít.

A fejezet második részében foglalkozik Dezső a könyv megírása óta már jóval vitatottabbá vált kérdéssel, az eutanáziával. Mindenekelőtt ismerteti annak kialakulását, történeti fejlődését; majd ismerteti a rá vonatkozó különböző teóriákat is. A fogalom orvostudományi értelmezésének leírása után megállapítja, hogy az eutanázia orvosi és jogi jelentése eltér egymástól. A jog nem különböztet élesen aktív és passzív eutanázia között, tekintettel arra, hogy a büntetőjogban az eredmény síkján a tevés és mulasztás igen közel állnak egymáshoz. Kategorikusan utasítja el Dezső az utilitarista-haszonelvű elméleteket, miszerint az emberi élet értéke annak hasznosságához, gazdasági értékéhez tapad: Az emberi élet értékét nem lehet a kettős könyvelés szabályai szerint megítélni – teszi hozzá szentenciaszerűen. Az emberi jogok felől történő megközelítéshez érdekes fejtegetést fűz. Ez utóbbi irányzat érvei a halálhoz való jog körül keringenek, s mivel – Dezső megfogalmazásában – minden ember „in rerum natura” meghal, akár van joga erre, akár nincs, ezért halálhoz való jogról beszélni értelmetlen. Az eutanáziát elhatárolja az öngyilkosságtól, míg utóbbi esetén ugyanis a

²⁰ Részletesen ismerteti KATHRIN BRAUN: *Menschenwürde und Biomedizin*. Frankfurt: Campus, 2000, 108–118.

²¹ BRAUN i. m. 118–130.

²² KERESZTY ÉVA: A halál orvosi és jogi fogalmai. *Jogtudományi Közlöny* 2002/9, 387.

²³ KERESZTY i. m. 390.

cselekményt maga az öngyilkos hajtja végre, előbbinél az orvosra hárul az aktív szerep. Síkra száll a szerző az emberhez méltó halál mellett, ami – ahogy az erre vonatkozó nézeteiből következtetesként levonható – tulajdonképpen a kezelés visszautasításához való betegjogot jelenti, amit az új egészségügyi törvény már részletesen szabályoz gyógyíthatatlan betegek esetében is. Ennek pedig semmi köze nincs az eutanáziához; helytállóan állapítja meg a szerző, hogy zavart okoz, ha megpróbálnak a szavaknak olyan jelentést tulajdonítani, amelyekkel azok nem rendelkeznek.²⁴

VI. „A szó kergeti jelentését.” – szól a Weöres Sándor-i aforizma, s igaz ez az ún. „orvosi műhiba” kifejezéssel kapcsolatban is. Műhibán az orvostudomány általánosan elismert szabályainak meg nem tartását értik mind a mai napig, s ehhez társul egy objektív felelősséget sejtető tartalom, ami azt a benyomást kelti, mintha a műhiba léte vagy nemléte döntené el a felelősség kérdését.²⁵ Ezzel szemben a büntetőjogi felelősséghez a műhiba objektív megtörténtén túl szubjektív tényállási elemek is szükségesek.²⁶ A könyv ötödik fejezete az orvosi műhiba diszpozíciószerűségét teszi a figyelem középpontjába a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés kapcsán. Dezső is – miután bemutatja annak eredetét – helyteleníti a műhiba kifejezés használatát, helyette inkább az „orvosi veszélyeztetés” kifejezést tarja megfelelőnek, s álláspontom szerint nézeteiben immanensen benne rejlik a következtetés: tulajdonképpen – sem a könyv megírása idején, sem ma – az orvoslás egyes területein nem létezik általánosan elismert szabály a gyógyító tevékenységet illetően. Mire egy új módszer általánosan elismertté válik, gyakran el is avul.²⁷

Az orvos felelősségét megalapozó bűncselekmény akkor valósul meg, ha az orvos foglalkozási szabályainak megszegésével közvetlen veszélyhelyzetet hoz létre. A könyv behatóan és csoportosítva vizsgálja, hogy mit is kell foglalkozási szabálynak tekinteni. Így írott szabályok az egészségügyi jogszabályok kógens és diszpozitív rendelkezései, de tágabb értelemben ide tartoznak a tankönyvekben, szakkönyvekben, szakfolyóiratokban foglaltak is. Ezeken kívül számtalan íratlan szabály ismeretes. Ugyanakkor Dezső is felveti, amit jóval később Sándor Judit fogalmazott meg markánsan: mérnöki pontossággal behatárolt, minden szikemozdulatra kiterjedő szakmai előírások nem alakultak ki sehol.²⁸ Ez természetesen megnehezíti a büntetőjogi értékelést, ahogy az is, hogy ennek megítélésére nem vonatkozik a iura novit curia elve.²⁹ Az orvos büntetőjogi felelősségét viszont nem az eredménytelenség alapozza meg, a gyógyítás sikere még lege artis végzett tevékenység esetében is gyakran bizonytalan. Tekintettel arra, hogy a foglalkozási szabályszegés megítélése bonyolult, Dezső szerint elengedhetetlen bizonyos kategóriák felállítása, ez mind az orvoslás, mind az igazságszolgáltatás érdeke; ilyen a gyógyítás kockázata, a szövődmény és a gyógyítási hiba.

²⁴ Vö. FILÓ MIHÁLY: Az eutanázia a német büntetőjogi gondolkodásban. *Magyar Jog* 2002/8, 482.; vagy 22/2003 (IV. 28.) AB határozat.

²⁵ SÁNDOR JUDIT: *Gyógyítás és ítélkezés*. Budapest: Medicina, 1997, 49.

²⁶ BUSCH i. m. 226.

²⁷ LANDI i. m. 345–346.

²⁸ SÁNDOR i. m. 93.

A jogirodalom szerint a gyógyítás kockázatának tekinthető minden olyan káros következmény, amely a tudomány mindenkori állása szerint a beavatkozásnak nem szükségszerű velejárója, nem számítható ki, el nem kerülhető, s nem orvosi szabályszegés idézte elő. Tehát csak akkor beszélhetünk a gyógyítás kockázatáról, ha a káros következmény a foglalkozási szabályok betartása ellenére is bekövetkezett volna. Dezső rámutat a helyzet paradox voltára, ugyanis az orvosnak a gyógyítás érdekében kockázatot kell vállalnia, tehát a kockázat vállalása az orvos számára foglalkozási szabály. Ez megítélésem szerint téves álláspont, s inkább Törő Károly véleményét osztom a következőkben: a kockázatos döntést a jogrend megengedi,³⁰ de nem az orvos vállalja a kockázatot, hanem a beteg. Az orvos a beteg érdekében tevékenykedik, az esetleges káros következmények is a betegnél jelentkeznek. A kockázat vállalása – amihez adott esetben hozzájárul – csak a beteg joga lehet.³¹ A szerző többféle differenciálási lehetőséget tart elképzelhetőnek a gyógyítás kockázata körében. A beteg terhére eső kockázat az, ami magában a betegség sajátos természetében rejlik. Ide tartoznak továbbá azok, amelyek a beteg szervezeti adottságaiból adódnak. Az ezekből eredő káros következmények bekövetkezését nem lehet előre látni, vagy ha igen, azok a beavatkozás elkerülhetetlen velejárói. Dezső az indokolt kockázatvállalás határait kutatja, melynek során szerinte mindig a konkrét eset körülményeiből kell kiindulni, az elvonatkoztatott általánosítást mindenképpen kerülendőnek tartja; így azt is, hogy az orvos akkor felel a kockázat túllépéséért, ha ezzel a beteget nagyobb kockázatnak teszi ki, mint amivel annak elmaradása járt volna.

Hiányolom, hogy a könyv nem tér ki külön ezen a ponton az orvosszakértő szerepére. Mióta ugyanis műhibás eljárások léteznek, a legtöbb nehézség abból ered, hogy a szakértő a – mágikus jelentőségűvé vált³² – gyógyítás kockázatának jelöl meg egy káros eredményt, s ez automatikusan jogi minősítést is eredményez,³³ az ügyet gyakorlatilag ez dönti el. A jog viszont a szakértői szempontoktól eltérően kell értékelje a beavatkozásokat, s akadnak olyan döntések, amelyekben a bíróság nem tudott felülkerekedni a nyilvánvalóan hibás szakértői érvelésen sem. Érdekes továbbá összevetni a büntetőjogi és a polgári jogi ügyekben a végeredményt, míg ugyanis a büntetőügyben nem foglalkozási szabályszegés, hanem a gyógyítás kockázata az, ha például műtét után idegen test – például törlőkendő – marad a hasüregben, addig a polgári eljárásban ettől gyökeresen eltérő lehet a bíróságok véleménye, ott az idegen test hasüregben hagyása miatt rendre megállapítják az orvos (intézmény) felelősségét. Ami tehát adott esetben nem foglalkozási szabályszegés a büntetőjog szempontjából, a polgári jog szempontjából az lehet.³⁴

Mindezek egyértelmű megítélését tovább nehezíti a gyógyítás, a gyógy módválasztás szabadsága. A gyógyító eljárások eredményét nehéz előre pontosan felmérni,

²⁹ BUSCH i. m. 230.

³⁰ ERDŐSY EMIL: Az orvosi tevékenység megengedett kockázata és a büntetőjogi felelősség. *Jogtudományi Közlöny* 1983/6, 372.

³¹ TÖRŐ KÁROLY: *Az orvosi jogviszony*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1986, 149.

³² SÁNDOR i. m. 206.

³³ SÁNDOR i. m. 104.

³⁴ SÁNDOR i. m. 105–106. és 215.; és DÓSA i. m. 302–304.; valamint MÉSZÁROS i. m. 123.

a hatás függ az emberi szervezet sokszor nehezen megismerhető sajátosságaiból. Ez pedig megköveteli, hogy a többféle eljárás közül a beteget ellátó orvos legyen jogosult kiválasztani az adott esetben a legmegfelelőbbet. Ami persze nem korlátlan és nem öncélú.³⁵ Dezső külön alcímet szentel a gyógymódválasztási szabadságnak. Fontosnak tartja hangsúlyozni, hogy e szabadság csak addig terjed, amíg nem sérti a foglalkozás szabályait. Korlátja, hogy a beteget az orvostudomány mindenkori állásának megfelelő gyógykezelésben kell részesíteni. Dezső rávilágít ennek ellentmondásos helyzetére, hogy ti. az orvostudomány mindenkori állása azonos-e térben és időben egyaránt. Válasza egyértelmű, egy vidéki orvos ismerete nem mindig éri el egy országos intézmény színvonalát. Ezzel egyet lehet érteni, nem minden orvosi intézménynek állnak rendelkezésére azok a feltételek, amelyek az orvostudománynak megfelelő ellátáshoz szükségesek. Ez viszont nem jogosítja fel az orvost, hogy a gyógymódválasztási szabadságra alapozva mellőzzön szükséges eljárásokat, gondoskodnia kell arról, hogy más intézmény vegye át a beteg gyógykezelését.³⁶

Az orvos büntetőjogi felelősségének megállapításához nem elég a foglalkozási szabály megszegése, szükséges a tényállás megvalósításához, hogy más vagy mások élete, testi épsége, egészsége közvetlen veszélybe kerüljön. Így érkezik el Dezső a közvetlen veszély értelmezéséhez. Ismerteti a jogirodalmi álláspontokat, melyek közül Földvári József nézetét tartja elfogadhatónak. Eszerint veszélyeztetés esetén a védett jogtárgyon még semmiféle sérelem nem esett, hanem a magatartás előidézett egy olyan helyzetet, amely nagy fokban valószínűsíti a jogtárgy hátrányos megváltozásának a lehetőségét. Különös jelentőséget tulajdonít a „valószínűsíti” kifejezésnek, mivel ha a sérelem bekövetkezett, azt megelőzte közvetlen veszély, ha viszont tényleges sérelem nincs, a közvetlen veszély csupán valószínűsíthető. Kérdés, hogy a veszély valószínűségének milyen foka az, amit már büntetőjogilag értékelni kell. Tényként szögezi le a szerző, hogy az orvosi tevékenység körében nem hasznosítható a távoli és közvetlen veszély megkülönböztetése, mivel az emberi szervezet és a betegség sok bizonytalansági tényezője miatt ugyanazon magatartás egyszer távoli, máskor közvetlen veszélyt jelent. Dezső ismét a realitások talaján áll, a veszélyt mindig a konkrét eset összes körülményének elbírálásával kell megállapítani, az mindig személyre és helyzetre konkretizált veszély. A szerző figyelmét azonban elkerüli az a tény, hogy a veszélyhelyzetet a legtöbb esetben laikusok nem képesek felismerni. A büntetőeljárást túlnyomó többségében az elhunyt beteg hozzátartozói kezdeményezik, ők pedig csak a halálról értesülnek, a kezelés vagy műtét során felmerülő szabályszegésről és veszélyhelyzetről nem.³⁷

VII. A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés akkor tényállásszerű, ha a közvetlen veszélyhelyzetet a foglalkozási szabályszegés okozza. Erre tekintettel Dezső az okozatosság kérdéseit is vizsgálódási körébe vonja. „Mozaikszerűen” tekinti át az egyes okozatossági elméleteket: a feltételek egyenértékűségének tanát, az okkivá-

³⁵ Törő i. m. 139–140.

³⁶ Törő i. m. 141.

³⁷ Tóth i. m. 508.

lasztó teóriákat és az adekvát kauzalitást. Bírálja, hogy az elméletek gyakran szubjektív szempontokat visznek az objektív okozati összefüggésbe, például az előreláthatóságot, aminek hiánya kizárná az okozati összefüggést. Nem ért egyet azzal, hogy az okozatosság bírói értékelés kérdése, amennyiben a bírónak az általános élettapasztalat szerint kellene állást foglalnia abban a kérdésben, hogy okozatosnak tekintsene-e valamely tényt vagy sem. Véleménye szerint az okozati összefüggést bírói mérlegelés alapján nem lehet tisztázni, ez szerinte szakértői kérdés. Dezső kritikája – álláspontom szerint – helytálló az okkiválasztó és adekvát elméletek vonatkozásában, de érzésem szerint nem ad egyértelmű választ arra, hogy mi alapján kell az okozati összefüggést megítélni. Tulajdonképpen a szakértő bevonása sem megnyugtató számára, hiszen – ahogy mondja – a szakértő az okozati összefüggést természettudományos alapon munkálja ki, a mérlegelés alapja így csak természettudományos lehet, a jogi és az orvosi kauzalitás tehát nem mindig vág egybe. Megítélésem szerint az okozati összefüggés kérdését nem ártana „őszintébb” alapokra³⁸ helyezni: Nyilvánvaló – s ez több jogirodalmi nézet problémája –, hogy a tágan felfogott okozatosság, így például a *conditio sine qua non* hasznavehetetlen a jogalkalmazó számára, őt csak azok az okozati szálak érdekelhetik, amelyek a felelősségre vonás érvényre juttatása miatt egy bizonyos emberhez vezetnek. Azt, hogy mi okozatos, nem a jogtudomány mondja meg, hanem a természettudomány a természet törvényei alapján. A jog eltekinthet egy meglévő, de rá nézve érdektelen okozatosság figyelembe vételétől, azonban az okozatosság létét nem tagadhatja, az ugyanis, „mint ténybeli jelenség, vagy fennforog, vagy nem; azt, ha egyszer hiányzik, sem odakölteni, sem, ha fennforog, letagadni, semmiféle mellékcél kedvéért nem lehet.”³⁹ Az okozatosság maga mindig ugyanaz, s a jogalkalmazó feladata, hogy a ténybeli okozati láncból mely mozzanatokat von a jogpolitikai beszámítás körébe. Az okozatosság ténykérdésébe nem volna szabad belejátszani azt a jogpolitikai kérdést, hogy hol kell a felelősség határát megvonni. A bíró az eset összes körülményeinek mérlegelésével ott vágja el a beszámítás lehetőségét az okozatosság távolodó fokain, ahol azt meggyőződése szerint indokoltnak tartja, egyik esetben többet, másik esetben kevesebbet von a mérlegelésbe. S ettől az okozatosság még megmarad tisztán ténybeli kérdésnek, amihez nem kell külön jogi okfogalmat kitalálni. Ezért indokolatlan egyes okozatossági elméletek félelme, hogy egy eseménnyel összefüggésbe kerülnek olyan magatartások, amelyeknek jogi szempontból semmi jelentőségük nincs. A jogpolitikai-beszámítási kérdéseket nem az okozatosság megerőszkolásával kell érvényre juttatni, hanem a jognak nyíltan be kell vallania, hogy létezik számára olyan ok, ami érték nélküli, s ez a jogszerpontú elszigetelés már nem okozatossági kérdés.⁴⁰

A bűnösségi és minősítési kérdéseknél a nehézség abból ered, hogy a büntetőjog a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés alaptényállásában a gondatlan elkövetést, a minősített eseteknél a szándékos elkövetést értékeli. A bíróságnak elsőként

³⁸ Itt Marton Géza okozatossági elméletét szeretném felidézni. MARTON GÉZA: *A polgári jogi felelősség*. Triorg (é. n.).

³⁹ MARTON i. m. 125.

⁴⁰ MARTON i. m. 122–126.

mindig azt kell vizsgálnia, hogy a veszélyhelyzet előidézése tekintetében az orvost gondatlanság vagy szándékosság terheli-e, s ezt követően kell azt megállapítani, hogy a foglalkozási szabályt szándékosan vagy gondatlanul szegte-e meg az orvos.⁴¹ Nem nyomatékositja azonban Dezső, hogy a szándékos orvosi veszélyeztetés a gyakorlatban alig értelmezhető, ilyenről a náci orvosok emberkísérletei óta nem igazán tudunk,⁴² jóllehet leír egy esetet, amelyben szándékos veszélyeztetést állapított meg a bíróság, de másodfokon a Legfelsőbb Bíróság már gondatlannak minősítette az elkövetést.

Ma, ha az orvos tevékenysége során foglalkozása szabályait betartotta, a bekövetkezett káros következményért nem felel, az vagy az orvosi tevékenység kockázata, vagy diagnosztikus tévedés. Ez utóbbival kapcsolatban kiemeli Dezső, hogy az orvostudomány nem egzakt tudomány, az orvos büntetőjogi felelőssége nem jelenti a tévedhetetlenség igényét; majd felteszi a kérdést: Hol van a felelősség határa? S rögtön kapjuk is a választ, miszerint ezt nem lehet teljes bizonyossággal, általánosságban megjelölni, a legügyesebb orvos sem dolgozhat a gép biztonságával. Nem lehet azt állítani, hogy a diagnosztikai tévedések eleve szakmai szabályszegésnek minősülnek, s még kevésbé azt, hogy ezek bűnös cselekmények lennének. A szerző a diagnosztikus tévedéseket objektív és szubjektív okokra vezeti vissza. Előbbihez sorolható a tárgyi feltételek hiányossága, utóbbi az orvos személyéből fakad. Az orvos felelőssége a tévedés felróhatóságán alapul, e szerint végez csoportosítást Dezső: elsőként említi a fel nem róható hibát, amely esetben az orvos gondosan jár el, mégis bekövetkezik a káros eredmény. Másodikként említi a foglalkozási szabályszegést meg nem valószínűsítő, de szakmai hibaként értékelhető hibát, amikor az orvos több lehetőség közül választhat, s helytelen mérlegelés alapján dönt a nem megfelelő mellett. S a harmadik csoportba tartoznak a felróható és szakmai szabályszegést is megvalósító hibák.

A könyv hatodik fejezete foglalkozik az orvostudomány fejlődésével kialakult specializálódás felelősségre gyakorolt hatásával. Hogyan alakul a modern betegellátásban egyre jellemzőbbé váló „orvosi team” egyes tagjainak felelőssége akkor, amikor az egyes tagok hibás tevékenységébe bekapcsolódhat más személyek egy vagy több hibája is. A kérdés megoldására Dezső több irányzatot ír le. Az első szerint – a polgári jogi felelősség koncepciójára épülve – a team vezetőjének kellene viselni a felelősséget a tagok hibáiért, a „teljes bizalmatlanság” elve alapján. Egyetérthetünk Dezsővel abban, hogy ez a büntetőjog számára – is – hasznavehetetlen, feltételeznék ugyanis, hogy a team minden tagja tökéletesen ismeri a másik szakterületét. Egy orvosnak nem kell mindent tudnia, de azt igen, hogy hol vannak tudásának határai.⁴³ A második irányzat alapja az „abszolút bizalom” elve, minden tag tökéletesen megbízik a másikkban. Viszont itt előfordulhat, hogy az egyik tag olyan hibát követ el, ami a többi számára egyértelműen megítélhető, mégse tehetne ellene semmit. Ez pedig nemcsak az orvoslás, hanem a büntetőjog alapvető elveivel is ellentétes. Végül a harmadik irányzat – amivel Dezső egyetért, s ami napjainkban is érvényesül – a „korlá-

⁴¹ LÉVAY i. m. 743.

⁴² TÓTH i. m. 505.

⁴³ KARL-OTTO BERGMANN: *Die Arzthaftung*. Berlin: Springer, 1999, 45.

tozott bizalom” elvére épül, tehát az egyik résztvevő mindaddig bízhat a másik helyes tevékenységében, amíg ennek ellenkezője számára felismerhetővé nem válik, s ekkor „el kell veszítenie” bizalmát. Minden tag a saját feladatkörében maga határozza meg a döntéseket. A „team felelőssége” tehát egyéni felelősség, a büntetőjog nem ismeri a közös, illetve megosztott felelősséget.

IX. Összegzésként megállapítható, hogy Dezső László munkája a maga idején és napjainkban is élenjáró szerepet tölt be, mindmáig kevés szerző foglalkozik e témával, s még kevesebb kíván mind az orvostudomány, mind pedig a jogtudomány számára egyszerre használható ismereteket közölni. Kétségtelenül nem könnyű a feladat, ami alapvetően abból a nehézségből adódik, hogy az orvostudomány és a jogtudomány szemlélete – még ha mindkettő az embert helyezi a középpontba – eltérő.⁴⁴

Helytállóan állapítja meg Lévay Miklós, hogy az orvosi szemlélet uralkodik a felelősségre vonás területén,⁴⁵ s lehetséges, hogy a büntetőjog nem elég következetes a „műhibák” megítélésében. Az orvosi tevékenység büntetőjogi fenyegetettségének értelme tulajdonképpen abban rejlik, hogy kikényszerítse az odafigyelést és gondosságot az orvos részéről, hiszen nem kezelheti hanyagul, felületesen a beteget, aki életét bízta rá.⁴⁶

NAVRATYIL ZOLTÁN
egyetemi tanársegéd (PPKE JÁK)

⁴⁴ SZÁSZ BÉLA: *Orvosi jogtudomány*. Pécs: Danubia, 1925, 9.

⁴⁵ LÉVAY i. m. 745.

⁴⁶ MÉSZÁROS i. m. 115.