

ORVOSSZAKÉRTŐI KÉRDÉSKÖRÖK A TESTI SÉRTÉSEK NYOMOZÁSÁBAN

1. Bevezetés

Az igazságügyi orvostan (forenzikus medicina, korábban törvényszéki orvostan) alapvető feladata az orvostudományi ismeretek felhasználhatóságának biztosítása az igazságszolgáltatás (és ma már egyéb hatósági – társadalombiztosítási, közigazgatási – tevékenység) számára. A „kiszolgáló” szerep, az alkalmazott tudományági jelleg nem jelenti természetesen azt, hogy a forenzikus medicina ne rendelkezne önálló vizsgálati és kutatási területtel, csupán azt, hogy ezen területeket alapvetően az aktuális igazságszolgáltatási (jogi, társadalmi) igények jelölik ki. A társadalmi együttélés során számos olyan (egyének közötti, egyén és államhatalom közötti) konfliktushelyzet adódhat, amelynek megoldása különleges (orvosi) szakértelmet kíván.

Magát a tudományterületet az interdiszciplinaritás és a kritikus szemlélet jellemzi. Utóbbi fontos elhatároló elem az egyéb (diagnosztikus, gyógyító) orvostudományi szakterületektől. Az interdiszciplinaritás a jog nyelvén történő közvetlen felhasználásából, a felmerülő határterületi, valamint összetett (több tudományterületet érintő) kérdések megválaszolásának szükségességéből következik. Ennek megfelelően az igazságügyi orvostan ismeretanyaga szoros kapcsolatban van egyéb tudományterületekkel, így tartalmazza a releváns jogágak mellett – többek között – a kriminalisztika, a pszichológia, a genetika, valamint a biológiai antropológia ismereteinek kisebb-nagyobb részét is. A fenti okok magyarázzák a tudományterület szintetizáló jellegét, míg az egyes ügyeken belüli – sokszor szerteágazó, specifikus – kérdéskörök pedig adott esetben analitikus módszertant kívánnak meg.

A medicina ismeretanyaga – jogi keretrendszerben, a forenzikus tételekkel és kellékekkel felruházottan – adott ügy orvosszakértői véleményeként eredményesül. A medicina rohamos és folyamatos fejlődése, valamint a társadalom egyre komplexebb működése miatt ma már a felmerülő problémákat (szakértői kérdéseket) legtöbbször csak modern orvostudományi műszerpark segítségével, speciális vizsgálatokkal, több különböző szakterület együttes munkájával lehet megoldani. Ez szükségszerűen az igazságügyi orvostan institucionalizálódásához vezet. Napjainkban az igazságügyi orvostani intézetekben az orvosok (igazságügyi orvosszakértők, elmeorvos szakértők, patológusok, néhol fogorvosok és radiológusok) mellett szinte mindenütt toxikológusok, biológusok dolgoznak, több helyen pedig IT szakemberek, antropológusok, pszichológusok, jogászok is segítik a munkát.

Az igazságügyi orvostan története (amikortól tehát már az orvostörténet is tartalmaz értékelhető adatokat az igazságügyi orvoslás kezdődő önállóvá válásáról) 1532-től eredeztethető, amely dátum V. Károly Peinliche Gerichtsordnung-jának kiadási ideje. A (latin nevén) Constitutio Criminalis Carolina már számos rendelkezésében magán viseli a reneszánsz természettudományok iránti nyitottságot. Ez a kor a kopernikuszi világbkép, a Gutenberg galaxis, Francis Bacon és Descartes kora, a földrajzi felfedezések időszaka, a boncolások (ismételt) megjelenésének ideje, nálunk pedig Hunyadi Mátyás regnálása, hogy

csak néhány jellemzőjét és szellemi nagyságát említsünk meg az „újjászületés”, a humanizmus korszakának. Ez az a korszak is, amikor Zachias egyes kórfelműkülönváltásával, a folytonos és időszakos elmezavarok megkülönböztetésével letette a forenzikus pszichiátria (igazságügyi elmekörtan) alapjait.¹ Azt, hogy a Carolina egy fontos határmezsgye, amelyben még megtalálhatók a jogalkalmazás „sötét” középkorra jellemző elemei, de már magában hordozza a reneszánsz természettudományos megismerésének eredményeit is, jól láttatják az újszülött (gyermek) megöléshez kapcsolódó 35-36. §-ok. Az előbbiben bába általi vizsgálat rendeltetik el, amennyiben egy lányon (hajadonon) szülésre jellemző testi állapotváltozást észlelnek és a lányról feltételezhető, hogy gyermekét megölte. Amennyiben a bába által elvégzett vizsgálat a korábbi terhességet, illetve a szülést megerősíti – de a lány tagad – kínzást (torturát) lehet alkalmazni. Az utóbbi (36. §) ugyanakkor megjegyzi, hogy ha a lány a gyermeket röviddel a szülés után öli meg, a mellében lévő tej meglete erős vélelem a szülés mellett.² Azonban – mondja a passzus immáron (és talán először) az orvostudományi eredményeket az egyéb bizonyítékok fölé helyeztetten –, mivel az orvosok állítása szerint olyan nő melléből is fejhető ki tej, aki nem volt terhes, további, bába általi vizsgálatot kell eszközölni. Úgy véljük, hogy ez a rendelkezés korszakalkotó, amelyben „Justitia és Asklepios” véglegesen egymásra találtak, és amely kapcsolat egyenes úton vezetett a forenzikus medicina önálló vizsgálati területének megjelenéséhez.

Az elmúlt évtizedek a molekuláris genetika egyre nagyobb térhódításáról szólnak az igazságügyi személyazonosításban és a származástani vizsgálatokban. A post-mortem képalkotó vizsgálatok (holttest CT, MR, érfeltöltéses vizsgálatok, testfelszín scan) – a folyamatos fejlesztéseknek köszönhetően – sok esetben már a hagyományos boncolás alternatíváját jelentik. A toxikológia képes gyors, részletes és reprodukálható eredményeket nyújtani nem csak élő személyekből származó mintákból, hanem adott esetben holttestmaradványból, csontvázleletről is. A technika fejlődése mellett azonban továbbra is szükség van arra a szakértői tudásra, amelyik a műszeres eredményeket megbízható módon interpretálja az igazságszolgáltatás számára.

2. Az igazságügyi orvostan tárgya és feladatai

Az igazságügyi orvostan azzal, hogy hidat képez, kompatibilitást biztosít az orvostudomány és a jogtudomány között a jogalkalmazás által megfogalmazott kérdések alapján. Ezen a hídon persze kétirányú ismeretforgalom történik, még akkor is, ha az ismeretátadás aszimmetrikus, és döntően az irány a jogtudomány felől a jog felé mutat. A tudományon (amit definíciószerűen a bennünket körülvevő világ megismerésére irányuló, egzakt módszer alapján végzett objektív és reprodukálható tevékenységnek, és az így szerzett ismeretek összességének fogadhatunk el) belül az *orvostudomány* az emberi test felépítésével és működésével, valamint a betegségek, sérülések leírásával és kezelésével foglalkozó terület. Az orvostudomány célja az egészség fenntartása, illetve visszaállítása. Nem absztrakt, hanem alkalmazott tudomány, mely sok ezer éves tapasztalat és kísérletek millióinak sűrített eredménye, sajátos nyelvezettel, terminológiával és sémákkal. A híd másik oldalán azok a társadalmi konfliktusok állnak, amelyek megoldásukhoz a forenzikus

¹ Moravcsik Ernő: Gyakorlati elmekörtan. Második, teljesen átdolgozott és kibővített kiadás. Franklin-Társulat, Budapest, 1897. 19. o.

² Fischer-Homberger, Esther: Medizin vor Gericht. Gerichtsmedizin von der Renaissance bis zur Auflärung. Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien, 1983. 25-28. o.

medicina segítségét igénylik. Az igazságügyi orvostan a tételes orvosi ismeretanyagból a különböző fajtájú (asszociatív, logikai stb.) gondolkodás mikrostrukturált műveleteit (analízis, összehasonlítás, szintézis stb) követően, érvelés útján ad választ a társadalmi konfliktusoknak a jogalkalmazás (és hatósági tevékenység) során felmerülő, orvosi kompetenciakörbe eső kérdéseire.

Ha a büntetőjog területét érintő konfliktusokat megpróbáljuk csoportosítani, megtehetjük (a) az orvostudomány, vagy (b) a jog felőli közelítéssel is. Az előbbi (a) esetén a konfliktusok során bekövetkezett behatásnak (pl. testi erővel elkövetett bántalmazás, lövés, szúrás, oxigénhiány stb), illetve a következményes sérülésnek (v.ö csonttörés, lövés bementi nyílása, szúrtcsatorna, fulladás) megfelelően osztályozunk. Az utóbbi (b) esetben pedig a konfliktus jogi jellege, minősítése alapján csoportosítunk. Ilyen lehet a büntető törvénykönyv különös része egyes fejezeteinek megfelelő (pl. az igazságügyi orvostan feladatai az élet, a testi épség és az egészség elleni bűncselekmények, vagy az egészséget veszélyeztető bűncselekmények bizonyításában stb.) felosztás.

3. Testi sértések

A hatályos magyar büntető törvénykönyv,³ a megelőző szabályozáshoz képest dogmatikailag és szerkezetileg is átalakította a testi sértés törvényi tényállását, a könnyű és súlyos testi sértés egyértelműen elkülönült. A súlyos testi sértés büntetendő lett mind a szándékos, mind a gondatlan elkövetése esetén, a könnyű testi sértésnek azonban gondatlan alakzata nincs. A bűncselekmény jogi tárgya az ember testi épsége és egészsége. A jogi szakirodalomban fellelhető olyan megállapítás, miszerint a testi épség, mint elkövetési tárgy fogalmát a jogtudomány és az orvostudomány eltérően értelmezi.⁴ E szerint az emberi testet az orvostudomány akkor nevezi épnek, ha szervei tökéletesen funkcionálnak, illetve ha az emberi test legkisebb egységei is sértetlenek; az egészség fogalmán pedig az emberi szervezet zavartalan működését, a testet alkotó anatómiai egységek és szervek helyes funkcionálását kell érteni. Ezen – archaikus anatómiai szemléletből eredeztethető és túlzottan is idealista – fogalmi meghatározásokkal vitatkoznék. A modern orvostudomány a testi épség és egészség fogalmi keretén ennél részben sokkal többet, más részben viszont sokkal kevesebbet gondol. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) egészség definíciója szerint az egészség az ember teljes fizikai, mentális és szociális jóléti állapota, amely nem csak a betegség, vagy fogyatékoság hiányát jelenti. A biológiai értelemben vett egészség mellett tehát az ember egészségének lelki, mentális, emocionális és szociális dimenziói is vannak. Realista megközelítésben az egészség az egyén biológiai működése, valamint a kora és a neme szerint elérhető és/vagy a társadalom által elvárt biológiai működése közötti megfelelés.⁵ Más nézőpontból a mai ember egészsége a teljes önkompetenciát jelenti.⁶ Bár a kiterjesztett (WHO) definíciót a törvény indokolása is idézi, de abból csupán azt következtetést vonja le, hogy a lelki bántalmazások az egészségsértés körében kerülnek értékelésre. Klinikai értelemben ugyanakkor az egyes szervek kóros elváltozás nélkülsége, épsége nem feltétlenül jelenti azt, hogy azok tökéletesen funkcionálnak, note bene, hogy azok legkisebb egységei sértetlenek. Mindösszesen azt takarja, hogy a vizsgálati módszertől

³ A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény

⁴ Horváth Tibor: Az élet, a testi épség és az egészség elleni bűncselekmények. In: Görgényi et al: Magyar Büntetőjog. Különös rész. Wolters Kluwer Kft. Budapest, 2013.

⁵ Kincses Gyula: Egészség (?) – gazdaság (?) Praxis Server Kft. Budapest, 1999. 138. o.

⁶ Kozák Ákos: Kincskeresők. Pillanatfelvétel a magyar fogyasztóról. HVG könyvek, Budapest, 2008. 211. o.

és vizsgálhatóságtól függően, az adott helyzetben és környezetben a vizsgáló orvos kórosat a működésükben kimutatni nem tud.⁷

Mindehhez hozzáteendő, hogy a vizsgálatok indikációjától függően az orvos általában egy adott, a vizsgált személy korát, nemét és betegségétörténetét (anamnézist) figyelembe vevő, megelőző állapothoz méri és igazítja megállapításait. Az élet ugyanis nyomot hagy, változásokat indukál bennünk, és klinikailag sem lenne helytálló egy sok mindent megélt, idős férfi szűrt sérülése kapcsán olyan orvosi véleményt adni, hogy azt megelőzően testi épsége sértetlen volt, szervei pedig tökéletesen funkcionáltak.

A testi épség és egészség fogalmának büntetőjogi értelmű relativitása tehát orvosilag is fennáll, és ezeket a klinikai medicina szabályai szerint is konkretizáltan lehet csak alkalmazni. A *sine morbo* (latin: betegség nélkül) diagnózis így csak adott kontextusban értelmezhető.

Ahogy a mindennapi orvosi ellátás során, ugyanúgy a nyomozás során is, az okozatból következtetünk a lehetséges kiváltó okra, sokszor közvetett módon, más által megismert és közvetített adatok alapján. Testi sértések vizsgálatakor az igazságügyi orvosszakértő – legtöbb esetben – a sértett ellátása során keletkezett orvosi dokumentumok (pl. orvosi látlelet), valamint a hatóság által rendelkezésére bocsátott nyomozati iratok alapján készíti el véleményét. Döntő fontosságú tehát, hogy a hatóság mit és milyen formában közöl a szakértővel. Amennyiben ez (csak) egy irányadó tényállás, akkor a nyomozás addigi eredményeinek az összegzését a hatóság tárja a szakértő elé. Ebben az esetben viszont előfordulhat, hogy a szakértő nem jut lényegi, a véleményét befolyásoló adatok birtokába. Ellenben, ha a hatóság minden addigi releváns iratot (pl. helyszíni szemle jegyzőkönyv, vallomások jegyzőkönyvei stb.) megküld a szakértőnek, az abból, akár önkényesen válogatott adatok, vagy azok hermeneutikailag képzett (a priori) információja érdemben befolyásolhatják a véleményt, ami által a szakértő – több szerző álláspontja szerint – szakmai kompetenciáján túlterjeszkedik. A megoldás nyilvánvalón olyan előzményi adatközlés lenne, amely megfelelően részletes, minden releváns adatot tartalmaz, de nem alkalmas arra, hogy a szakértő véleményalkotását befolyásolja.

4. Orvosszakértői kérdéskörök

A testi sértésekkel kapcsolatban történő szakértői bizonyítás során a jogalkalmazó általában arra vár választ, hogy

- (1) a sértettnek milyen sérülése keletkezett,
- (2) az hogyan jöhetett létre, keletkezhetett-e az előzményi adatoknak megfelelően, illetőleg
- (3) mi lett a sérülés következménye.

ad (1) Ahogy korábban említettem, a szakértő magát a sérülést eredeti formájában általában már nem látja, arról csak az orvosi dokumentáció alapján van adata. Az ilyenkor szükséges, az ellátó orvos által, hatósági tevékenysége keretében elkészített *orvosi látlelet* tartalmazza:

- az orvosi vizsgálat idejét és helyét,

⁷ Angyal Miklós: A maradandó fogyatékoság és a súlyos egészségromlás büntetőjogi és orvosi értelmezése. Magyar Jog 2015/11. 648-654. o.

- a rendelkezésre álló előzményi – anamnesztikus – adatokat (sérülés elszívódásának ideje, helye, előadott oka)
- az elsődleges – mentő – ellátás adatait,
- a vizsgálati leletet (általános belszervi, idegrendszeri és pszichés állapot, ittasság esetleges tünetei, a kialakult elváltozás (seb) elhelyezkedése, morfológiai és metrikus jellemzői és jellegzetességei),
- a kiegészítő (radiológiai, laboratóriumi stb.) vizsgálati eredményeket,
- a kórimét (azaz a diagnózist, latinul és magyarul is), valamint
- a sebellenlét mikéntjét.

Végül a vizsgáló orvos nyilatkozik a sérülés, vagy sérülések (várható) gyógytartamáról is, aminek a cselekmény jogi minősítése miatt van jelentősége. A látlelet alapján a szakértő számba veszi a sérüléseket, tételesen felsorolva azok elhelyezkedését, jellegét, keletkezési idejét (pl. friss sérülés), majd a lehetőségekhez mérten, diagnózisszerűen megállapítja azok keletkezésének a módját.

ad (2) Könnyű belátni, hogy a „hogyan keletkezett?” kérdésre történő válaszadásra sok esetben csak általános, elvi szinten van lehetőség.⁸ Ilyen esetben tehát rendkívül fontos, hogy a hatóság mit és milyen részletességgel tár fel, és azt miként bocsátja az orvosszakértő rendelkezésére. Könnyebb helyzetben van a szakértő, ha a hatóság egy konkrét, már meglévő verzióhoz viszonyítottan kéri ki a véleményét.⁹

ad (3) A jogilag releváns következmények közé a sérülés gyógyulásának (tényleges gyógytartamának) ideje, valamint a testi épségnek, illetve az egészségnek a sérülés előtti állapothoz képesti (negatív) megváltozása tartoznak. A szakértő a sebgyógyulás általános jellemzőit figyelembe véve, az adott ügyben szereplő konkrét vizsgálati eredmények és orvosi adatok alapján ad véleményt a tényleges gyógytartamot illetően. A szakirodalom a maradandó fogyatékoságot és a súlyos egészségromlást egybehangzóan jogkérdésnek tekinti. Ennek érdemi indokolásával azonban adós marad, sőt magyarázatában önellentmondást sejtet, hiszen orvosszakértői feladatnak írja elő annak megállapítását, hogy van-e fogyatékoság és az maradandó, vagy múló jellegű-e, illetve fennáll-e súlyos

⁸ Egy 5x4 cm nagyságú, vérző homloktáji zúzódással, eszméletlenül, egy útmenti árokban fekvő talált személy esetén a szakértői megállapítások sokszor csak arra hagyatkoznak, hogy „a sértett sérülése a fejet (homlokot) ért, tompa erőbehatásra keletkezett.” Az erőbehatás nagysága már csak a koponyáról készült képalkotó vizsgálatok (röntgen, CT, MR) eredményei birtokában megítélhető. A konkrét keletkezési mechanizmus (fej megütése valamilyen tárggyal, vagy fej beütése valamilyen tárgyba stb.) véleményezése pedig általában csak egy heurisztika, amely figyelembe veszi a megelőző adatokat. A megelőző adatok változása pedig szükségképpen a vélemény megváltoztatását (adott esetben az addigi megállapítás ellenkezőjét) eredményezi.

⁹ Az előző esetet alapul véve például arra van adat, hogy sértett az eszméletvesztése előtt a kocsmából ment gyalogosan hazafelé, a kocsmában pedig egy szóváltást követően, a tanúk szerint kis erővel pofon (arcon) ütötték. A hatóság értelemszerűen arra lesz kíváncsi, hogy ez a pofonütés okozhatta-e a homloksérülést, illetőleg az eszméletvesztést. A szakértő a szóba jöhető ok és a talált okozat vizsgálatát követően (véltetően) ki fogja tudni zárni a kiserjű, arcot ért pofonütést, mint a homlokon lévő vérző, zúzott sérülés (közvetlen) kialakítóját, de a valós keletkezési mechanizmus továbbra is kérdéses marad. Más a helyzet, ha a hatóság rendelkezésére olyan adatok állnak, miszerint a sértett az eszméletvesztését megelőzően az út szélén sétált, és egy arra haladó tehergépjármű visszapillantó tükre elérte. A helyszíni szemle során a törött tükör darabjait megtalálják, a gépjárművet beazonosítják, a releváns adatokat (a gépkocsi haladási iránya, adott esetben sebessége, a visszapillantó tükör elhelyezkedése, kialakítása, anyaga, rongálódásának jellege) az orvosszakértőnek megküldik. A kérdés ilyenkor: „ettől, és így keletkezett-e a sértett sérülése?” A szakértő pedig véleményében („ideális” esetben) határozottan meg fogja tudni erősíteni a hatóság verzióját.

egészségromlás.¹⁰ Ezen két terminológia orvosszakértői értelmezésével és használhatóságával kapcsolatban korábban részletesen értekeztem,¹¹ most az életveszélyt okozó-, és a halált okozó testi sértés mellett a kísérleti alakzatokat veszem górcső alá.

5. Az életveszély

A Kúria vonatkozó jogegységi határozata szerint (3/2013 BJE) „Az életveszély fogalmilag a halál bekövetkezésének a reális lehetőségét jelenti, de nem azonosítható a halál szükségszerű beállásának a lehetőségével. Az előbbiről akkor van szó, ha a testi sértés folytán megindult az az okfolyamat, amely a halál bekövetkezéséhez vezethet, de rendszerint fennáll az életveszély megszüntetésére, illetőleg a halál elhárítására alkalmas beavatkozás lehetősége is. A hírközlés, a közlekedési hálózat, az egészségügyi ellátás és szolgálat, valamint az orvostudomány jelenlegi fejlettségére tekintettel ma már többnyire nem a „véletlenül” múlik az életveszély tényleges elhárítása. Mindez a társadalmi tudatban is általánosan ismert. A sérülés életveszélyes volta szakkérdés, amelyet orvosszakértő igénybeveteléssel kell megállapítani. Az orvosszakértő nyilatkozik abban a kérdésben is, hogy az életveszély az adott esetben közvetlen vagy közvetett volt-e. Ennek azért van jelentősége, mert az életveszélyt okozó testi sértés felrovása többnyire akkor indokolt, ha a testi sértés közvetett életveszélyt idézett elő (ami azonban nem jelenti, hogy az életveszély közvetlen jellege szükségszerűen az emberölés büntetének kísérletét alapozná meg)..”

Ha az életveszély tömör büntetőjogi definícióját („a halál bekövetkezésének reális lehetősége”) kibontjuk, máris számos eltérő jogértelmezésbe ütközünk.^{12,13} Ezek között azonban sajnálatosan kevés a (jogi igényeknek) megfelelő orvosszakértői érvelés,¹⁴ megjegyezve azt is, hogy a szakértők évtizedek óta adósak egy olyan használható módszertani levéllel, amely érdemben segítené a jogalkalmazók munkáját. Mivel tényként fogadhatjuk el, hogy a medicinában használatos „életveszélyes sérülés” nem feleltethető meg egy az egyben a jogilag körülírt életveszély fogalmának, ezért lenne sürgős szükség olyan szakértői szempontrendszer kialakítására, amely alapján egységes véleményalkotásra nyílna lehetőség.

Egy konkrét ügyben a terhelt a sértett mellkasára térdelt, aminek következtében a sértett kettős bordatörést és – ennek következményeként – féloldali, kis kiterjedésű légmellt szenvedett. A heves mellkasi fájdalomra panaszkodó, de kielégítő vitális paraméterekkel rendelkező sértettnél a mellúri levegőt műtéti úton leszívták, állapota néhány nap alatt rendeződött. Az orvosszakértő a légmellre hivatkozással a sértett állapotát közvetetten életveszélyesnek véleményezte, amelyet később a bíróság is elfogadott, a bántalmazót életveszélyt okozó testi sértés büntetében bűnösnek találták. A szakértő – bár véleménye rövid indokolása ezt nem tartalmazta – vélhetően az Országos Igazságügyi Orvosszakértői Intézet 1999-ben megjelent, azonban évek óta hatályát veszített, 16. sz. módszertani levelét

¹⁰ Balogh Ágnes: Az egészség védelme a büntetőjogban. PhD értekezés, PTE ÁJK. Pécs, 2006. 38-39. o.

¹¹ Angyal, i.m.

¹² Tóth-Zsámboki Judit: Az életveszélyt okozó testi sértéssel kapcsolatos problémákról. Iustum Aequum Salutare V. 2009/4. 287-310. o.

¹³ Deres Petronella: Az életveszélyt okozó testi sértés. In: Barabás A. Tünde – Hollán Miklós (szerk.): A negyedik magyar büntető kódex – régi és új vitakérdései. MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont, Országos Kriminológiai Intézet, Budapest, 2017. 135-150. o.

¹⁴ Dezső László: Az életveszélyt okozó testi sértés, avagy fából vaskarika. In: Tremmel Flórián – Mészáros Bence – Fenyvesi Csaba (szerk.): Orvosok és jogászok a büntető igazságszolgáltatásban. Dezső László emlékkönyv Studia iuridica auctoritate Universitatis Pécsi publicata 137. PTE ÁJK, Pécs, 2005.

vette alapul, amely szerint közvetetten életveszélyes a sérülés, ha testüreget nyit meg, de szervsérüléssel és/vagy komolyabb vérzéssel nem jár. Amennyiben a módszertani levél még hatályban lenne (vagy lenne olyan hatályos rendelkezés, amely ezt tartalmazná) mindez természetesen elfogadható lenne (ékesen rámutatva arra, hogy az orvosi értelemben vett életveszély nem feleltethető meg a jogi definícióból eredő életveszély fogalmának, hiszen a leírt esetben a sértett tünetei, állapota alapján nem volt életveszélyben), azonban jelen körülmények között megítélésem szerint a szakvélemény ezen megállapítása nehezen védhető. Már csak azért is, mivel ha egy másik szakértő egy korábbi szakértői útmutatást, a szintén hatályát veszített Országos Igazságügyi Orvosszakértői Intézet 2. sz. módszertani levelét hivatkozta volna meg, akkor – utóbbi módszertani levél alapján – a sérülés nem minősült volna életveszélyesnek.

Komoly kihívásnak látom ebben a kontextusban a közvetettség és közvetlenség fogalmának definiálását, szakértői értelmezését is. Az, hogy egy sérülés közvetetten vezet(het) életveszélyhez, a fenti ügyet vizsgálva, sokkal inkább annak felel meg, hogy az életveszély áttételesen, egyre súlyosbodó kórállapotokon (pl. kialakuló shock, fokozódó vérzés, gyulladásos szövődmények megjelenése stb) keresztül válik, válhat életveszélyessé, ami egy lokalizált, kis kiterjedésű légmellre kevésbé igaz.

A „véletlen” szerepével kapcsolatban annyit érdemesnek tartok megemlíteni (még ha idézőjel között szerepel is), hogy szakértői szempontból – véleményem szerint – értelmezhetetlen. Amikor egy szakértő a „véletlenre” hivatkozik, mint egy súlyosabb következmény elmaradásáért felelős okra, akkor nem csak a könnyebb utat választja, de szakmailag is hibát vét. A könnyebb utat választja, hiszen a „véletlen” (megfelelő filozófiai, vagy matematikai értelmezés nélkül)¹⁵ csak annyit jelent, hogy nem ismertek (mert pl. a nyomozó hatóság nem tárta fel elég részletesen) a tényállás azon elemei, amelyek alapján (akár határozott, akár valószínűségi) véleményt lehetne formálni, illetőleg szakmaiatlan azért, mivel ezt a megállapítást indokolás nélkül teszi.

Úgy vélem, hogy az a büntetőjogi célkitűzés, amely – jogi érdekek mentén, a cselekmény súlyának megfelelően – minél szerteágazóbban szeretné differenciálni a testi sértések tényállásait, szakértői szempontból is akceptálható, azonban a megkülönböztetésekhez olyan határozott orvosszakértői határvonalakat kell húzni, amelyek egyrészt az orvostudomány mai állását tükrözik, másrészt pedig szigorú keretet adnak az egységes szakértésnek. Mindez nem jelenti természetesen azt, hogy megvonnánk a szakértő azon jogát, miszerint adott ügy, adott *speciális* feltételrendszerében ne legyen lehetősége a mérlegelésre, de az általános alapelveket mindenképpen módszertani levélben szükséges rögzíteni.

6. Halálos eredményű testi sértés

A már idézett Kúria határozat szerint halált okozó testi sértés valósul meg, ha az elkövető szándékos cselekménye testi sértés előidézésére irányul, de a magatartással okozati összefüggésben a sértett halála is bekövetkezik, viszont az elkövetőt a halálos eredmény tekintetében csak gondatlanság terheli. Amennyiben az elkövetőt nem vezeti testi épséget sértő szándék, de a magatartás okozatos következménye a passzív alany halála: csak a gondatlanságból elkövetett emberölés megállapítása jöhet szóba, feltéve, hogy az elkövetési magatartást a gondatlanság ismerve jellemzi.

¹⁵ Angyal Miklós: A kriminalisztikai gondolkodás – újratöltve. Belügyi Szemle, 2019/3, 18-33. o.

Klasszikus példa, saját szakértői gyakorlatomból, amikor az elkövető egy kocsmai verekedés kapcsán ökölrel arcon ütötte az ittas sértettet, aki az ütés következtében hanyatt esett, és a fejét a járdaszegélybe ütötte. Néhány órán belül keményagyburok alatti vérzése alakult ki, majd a fokozódó koponyaűri nyomás miatt – az elvégzett dekompressziós műtét ellenére – elhunyt. Az eset rávilágít arra is, hogy a korábban felsorolt általános kérdések mellett milyen egyéb, az eset összes körülményét feltárni hivatott egyéb kérdésben (az ittasság és elesés összefüggése, a sértett koponyájának egyedi adottságai, az idegsebészeti beavatkozás szakszerűsége, azaz végeredményben a bekövetkezett halál és a testi bántalmazás közötti oksági kapcsolat szakértői szempontú tisztázása) kellhet a szakértőnek állást foglalnia.

Fontos kiemelni, hogy az elkövetési magatartás és a bekövetkezett halál között az okozati összefüggés akkor állapítható meg, ha a testi sértési cselekmény indította el vagy mozdította elő azt az okfolyamatot, amely a halál bekövetkezéséhez vezetett. Ilyen esetekben a szakértői véleményalkotás értelemszerűen a holttest boncolásának eredményén alapul, figyelembe véve természetesen a releváns nyomozati cselekmények (pl. helyszíni- és halottszemle), valamint a beszerzett, sérülés utáni kezelésre vonatkozó orvosi dokumentáció megállapításait is. A halált okozó testi sértés szakértői véleményezése kevésbé problematikus, mint az előzőekben tárgyalt életveszélyt okozó testi sértésé, ha és amennyiben a nyomozóhatóság a történeti tényállást megfelelőképpen feltárta. A kulcskérdés az okozatiság, ebben viszont a szakértőnek támaszkodnia kell arra a kognitív ismeretanyagra, amely lehetővé teszi számára, hogy a rendelkezésre álló információból logikus, világos és indokolt véleményt terjesszen elő.

7. Kísérleti alakzatok

Ismét a már idézett Kúria határozatra hivatkozva megállapítható, hogy halált okozó testi sértés esetén, a egyes bűnösségi alakzatra tekintettel a kísérlet kizárt, miként az életveszélyt okozó testi sértésnek sincs kísérlete, ha testi sértésre irányuló szándékos magatartáshoz csupán gondatlan eredmény kapcsolódik. A fentiek okán az orvosszakértőknek feltett azon kérdés, miszerint „mi volt az oka, hogy súlyosabb sérülés nem jött létre?” leginkább a súlyos testi sértések kísérlete kapcsán, illetőleg az emberölés kísérlete elhatárolásának igényekor jelenik meg a szakértői kirendelésekben.

Gyakran fordul elő eszközös (kalapács, balta, kés stb) elkövetés esetén, hogy a szakértőnek feltett kérdések között szerepel az is, hogy az adott eszköz alkalmas-e a kialakultnál súlyosabb sérülés okozására, és amennyiben igen, mi volt ennek elmaradásának az oka? Egy fejsze, vagy konyhakés életet kioltó alkalmassága biztosan nem orvosszakértői-, még csak nem is szakértői kompetencia. A kérdés második részére a választ pedig a hatóságnak sokszor saját nyomozati irataiban kellene meglelnie. Gondoljunk végig azt a helyzetet, amikor az elkövető a sértettet, rövid „kergetőzés” után, kezében egy fejszével utoléri, mire a sértett igyekszik egy asztal alá bújva menedéket találni. Az elkövető a sértett feje felé sújt a fejsze fokával, az asztallap sarka azonban felfogja az ütés erejének nagyobb részét. A fejsze így csak éppen eléri a sértett hajas fejbőrét, és csupán egy 8 napon belül gyógyuló zúzódása keletkezik. A cselekmény nyilvánvalóan alkalmas lehet akár emberölés kísérletének megállapítására is. Amennyiben azonban az elkövető a menekülő sértettet utolérve, csak „feddőleg rákoppint” egyet a fejszével a fejére (és nincs asztallap rongálódás, az ütés tompítatlanul éri a fejet), abban az esetben az elkövető szándéka és a kialakuló zúzódás alapján a cselekmény könnyű testi sértés, vagy legfeljebb súlyos testi sértés

kísérlete lehet. A szakértő, a sértett orvosi vizsgálatát érintően mindkét esetben ugyanazzal a zúzódással találkozhat; a distinctio lehetősége abban áll, hogy a nyomozó hatóság észleli, feltárja, dokumentálja és a szakértő rendelkezésére bocsátja azokat a bizonyítékokat, amelyek az egyik, vagy másik verziót igazolják.

Az említett kérdés megválaszolásakor szükségesek leginkább azok a készségek és képességek, amelyek kiemelt helyet biztosítanak a szakértőnek a bizonyítási eszközök sorában. A szakértőt tehát nem az igazolványa, hanem a tartalmilag, formailag és retorikailag is kifogástalan szakvéleménye teszi szakértővé.¹⁶ Az ilyen szakvéleményekhez pedig kreativitás, folyamatosan fennálló motiváció, interdiszciplináris ismeretek, állandó önképzés, valamint megfelelő standardok és útmutatók szükségeltetnek.

¹⁶ Kármán Gabriella: A kriminalisztikai szakértői bizonyítás. A hiteltérdemlőség építőkövei. Országos Kriminológiai Intézet, Budapest, 2019. 317-355. o.