

Országos Igazságügyi Orvostani Intézet 16. számú módszertani levele

a testi sérülések és egészségkárosodások igazságügyi orvosszakértői véleményezéséről

I. A sérülésekről általában

A testi sérülés folyamat, amelyet valamely külső behatás - erőtér, fizikai, kémiai behatás vagy ezek kombinációja - indít meg, és amelynek következtében a szervezet sejtjeiben, szöveteiben alaki eltérés (folytonosság-megszakítás vagy anyagihiány), illetve működési zavar keletkezik.

Egészségsértés akkor következik be, ha külső behatás vagy biológiai tényezők eredményeként testi vagy lelki működési zavar betegség/kóros állapot alakul ki. (A külső behatásra létrejövő psychogén kórállapotokkal e módszertani levél nem foglalkozik.)

A sérülések a „külsérelmi nyomok” címszó alatt írandók le, az egyes sérülések lehetőleg külön-külön pontokban. Ha a sérülések azonos (egyforma) jellegűek, akkor összefoglalva is leírhatók, adott esetben pedig a sérüléseket minőségük szerint is lehet csoportosítani. Máskor a leírásnál ajánlatos végighaladni az egyes testrészekben, a célszerű sorrend: fej, nyak, törzs, felső-alsó végtagok (először a baloldal). A sorrend betartása azért kívánatos, hogy a leírásakor egy sérülés se kerülje el a figyelmet. Minden sérülés leírandó, az orvosi ellátást nem igénylő, a gyógykezelés szempontjából „mellékesnek, jelentéktelennek” ítéltető sérülések is.

Igen fontos a sérülések elhelyezkedésének, méretének pontos leírása, mértékek, mm, cm megadása, amelyet - anatómiai testtájanként - valamilyen anatómiai fix ponthoz viszonyítva kell leírni. Nem elégséges tehát, ha a sérülések leírása csak testrésze lokalizálódik.

A szúrt, a metszett vagy a szúrt-metszett sérüléseknél kívánatos rögzíteni a sérülés talpsík feletti magasságát, amely gyakran jellemző a sértettnek és az elkövetőnek a bűncselekmény elkövetésekor fennállott helyzetére. A lövési sérüléseknél a be- és kimeneti nyílás, a közlekedési balesetek okozta sérüléseknél az elsődleges ütközés helyének tartott sérülés talpsík feletti távolságát meg kell mérni és le kell írni.

Pontosan le kell írni a seb alakját, méreteit és egyes részeit, mert azokból az erőbehatásra, jellegére, az eszközre, az irányra, a sérülés súlyosságára, keletkezési módjára, adott esetben a sérülések, illetve a sérüléseket okozó behatások számára, az erőbehatás körülményeire stb. lehet következtetni.

Folytonosság-megszakítás az olyan sérülés, amelynek sebszélei összefektethetők, közöttük szövethiány nincs, szemben az anyagihiánnyal járó sérülésekkel, amelyeknél a sebszélek között összefektetésekor is kisebb-nagyobb szövetrészek hiányoznak.

A seb mindenkor megvizsgálendő és leírandó részei:

a) A seb méretei

Hossza, mélysége, szélessége (e méreteket milliméternyi pontossággal kell megadni).

b) A sebszél

Lehet: sima, éles, finoman egyenetlen, cafatos, alávájt, tetőzött, felhányt. Leírandó, hogy milyen szövet alkotja.

c) A sebzug

A sebszélek találkozási pontja. Lehet: egyszeres, többszörös, hegyes, lekerekített, tompa. A sebzugból kifutási barázda vagy felületes repedések indulhatnak ki.

d) A sebfal

Lehet: sima, éles, finoman egyenetlen, cafatos, alávájt, tetőzött, szövethidakkal összekötött.

e) A sebalap

A seb mélyebb részét alkotó szövet lehet: sima, egyenetlen, cafatos. Megállapítandó, hogy mely szövet alkotja, tartalmaz-e beékelt idegentestet, szennyeződéseket, haj- vagy szőrszálakat. Látható-e vér vagy vizenyős beszűrődés.

f) A sebszegély

Közvetlenül a sebszélek mentén helyezkedik el, lehet: hámfosztott, szennyezett.

g) A seb környezete

Az az anatómiai terület, ahol a seb elhelyezkedik, lehet: bővérű, duzzadt, szennyezett, reparatív szöveti reakcióra (gyulladásra) utaló.

A sebben, a sebszegélyen vagy a seb környezetében található szennyeződések tárgyi bizonyítékként megőrizendők.

A sebek leírásánál az orvosi gyakorlatban használatos, érthető és utólag elemezhető magyar kifejezéseket kell használni.

II. Vázlat az orvosszakértői vélemény megszerkesztéséhez

A szakvélemény hármas tagozódású:

1. Felzet

Cím: „Orvosszakértői lelet és vélemény”

Tartalmazza:

a) A hatóság kirendelésének ismertetését: milyen hatóság és milyen ügyszám alatt; kinek és milyen ügyben kéri a vizsgálatot, illetve a véleményt; mi az indoka a kirendelésnek; a hatóság (esetleg a felek) kérdéseinek taxatív felsorolását, mert a véleményi részben ugyanilyen sorrendben kell megírni a válaszokat. Fel kell tüntetni, hogy a szakértő kapott-e és milyen bűnjeleket vizsgálatra (eszköz, ruházat), valamint az ezekkel kapcsolatos kérdéseket is. Ha vizsgálat történik, itt rögzítendő a vizsgált személy személyi adatai, valamint a személyazonosság igazolásának módja.

b) Az előzményeket; az ügy - szakértővel közölt - tényeinek, adatainak összefoglalását.

2. Lelet

Ahhoz, hogy - akár a hatóság, akár a felülvizsgálat számára - a szakértői következtetés megítélhető legyen, mindig kötelező a leleti rész leírása. A lelet - ha vizsgálat történt - magába foglalja:

a) A kórelőzményi adatokat

b) A szomatikus vizsgálat adatait

Belgyógyászati, ideggyógyászati vizsgálat. A sérülések részletes leírása után kiemelendő az a negatívum is, hogy más sérülést a vizsgáló nem észlelt.

A sérülések és az egészség károsodásai a gyógyulás folyamata során jelentősen megváltoznak, illetve megszűnnek, ezért utólagos vizsgálattal gyakran nem reprodukálhatók, így bizonyos kérdések megválaszolása csak az elsődleges lelet alapján történhet. Ha a rendelkezésre álló orvosi leletből nem lehet következtetést levonni, be kell szereztetni az első ellátásról (pl. műtéti napló), a gyógykezelésről (házi orvos, rendelőintézeti karton stb.) vagy az utókezelésről szóló részletes adatokat.

c) A kiegészítő vizsgálatok adatait

A szakértő által szükségesnek tartott vizsgálatokat szaktanácsadóval kell elvégeztetni. Ebben az esetben a szakértői véleményben a szakértőnek meg kell jelölnie, hogy a lelet és a szakmai ténymegállapítás megfelelő része kitől származik.

d) Az orvosi adatokat

Itt kell ismertetni a korábban keletkezett iratok (leletek) alapján a sérülések leírását, a kórlefolyást, az utókezelés és a szükség szerint beszerzett egyéb, korábbi kezelések adatait.

Az iratok alapján adott szakértői vélemény leleti részében - az orvosi leleteken, megállapításokon kívül - részletesen össze kell foglalni az eljárás orvosszakértők szempontjából jelentős adatait is.

Az iratok tanulmányozásakor kiemelendők az ügy eldöntéséhez szükséges és fontos vallomások, kijelentések, megjelölve, hogy az kitől származik. Ide kerülhetnek még az ügy orvosszakértői eldöntéséhez jelentős, de nem orvosi okmányok, illetve más szakértői állásfoglalások adatai is.

A leleti részben szerepelhet

e) Az eszköz vizsgálata

Az eszköz speciális tulajdonságainak (anyaga, állaga, használhatósága stb.), méreteinek, súlyának, a rajta talált bármilyen szennyeződésnek a leírása. Ha az orvos az eszköz vizsgálatakor - technikai vagy egyéb lehetőségek hiánya miatt - a teljes orvoskriminalisztikai vizsgálatot nem tudja végrehajtani, és csak tájékoztató, előzetes vizsgálatokat végez, úgy ezzel a részletesebb vizsgálatok elvégzését ne tegye lehetetlenné (pl. a „vérre-gyanús” foltot ne vizsgáljon benzidinnel, mert ezt követően a további vérfolt-diagnosztikai eljárások nem alkalmazhatók stb.).

f) A ruházat vizsgálatának lelete

Az adott ruhadarabok állapotának, tulajdonságainak, sérüléseinek, valamint a testen lévő sérülésekkel való egybevetésnek rögzítése. Megjegyzendő, hogy az eszközök a ruházat nyomtani vizsgálata és értékelése nem orvosszakértői feladat.

3. Vélemény

A vélemény a leletből adott orvosszakértői következtetés. Tartalmazza a kórismét és a kórisme indokolását, a hatóság és a felek minden kérdésére adott választ (ezeket a kérdéseket akkor is meg kell válaszolni, ha a vizsgálat alapján lényegtelennek látszik). A véleménynek elemzően kell indokolnia, hogy az állásfoglalás milyen következtetés során alakult ki. Kívánatos, hogy a szakértő a feltett kérdéseket sorba véve, kellő elemzéssel és indokolással válaszolja meg.

A szakvélemény lehet előzetes vagy végleges, határozott vagy határozatlan.

III. Adatok a testi sérülések és egészségkárosodások orvosszakértői megítéléséhez

A Btk. 170. §-a a testi sértéseknek - éppen a sérülések gyógytartamára figyelemmel - két alapváltozatát különbözteti meg: a 8 napon belül és a 8 napon túl gyógyuló testi sértéseket.

„A testi sértés okozásával elkövetett bűncselekmények törvényi minősítésénél a tényleges gyógytartamot kell alapul venni” (BK. 143.). A kórházi kezelés vagy a táppénzes betegállomány időtartama nem azonos a tényleges gyógytartammal, mivel az orvosszakértői gyakorlat anatómiai és funkcionális gyógytartamot ismer.

Anatómiaiailag általában akkor gyógyult egy sérülés, ha a megsérült szövetek anatómiai egysége helyreállt: pl. a sebszélek összetapadtak, a sebváladék már nem ürül, a hámosodás befejeződött, esetenként a sérülést fedő var vagy pörk levált, csonttörések esetén a törtvégeket csontos callus rögzíti.

A funkcionális gyógyulás akkor következik be, ha a sérülés következtében károsodott szervezet működése maradéktalanul helyreállt, vagy érdemleges javulás a továbbiakban nem várható (ún. végállapotról lehet beszélni): pl. a sérüléssel járó vérömleny felszívódott, a fájdalom okozta mozgáskorlátozottság megszűnt, az idegrendszeri elváltozások, bénulások elmúltak, a sérüléshez társult szövődmények meggyógyultak stb. A funkcionális gyógyulás az anatómiai gyógyulás idejét rendszerint meghaladja.

Megjegyezzük, hogy a funkcionális gyógyulás nem azonos fogalom az alkalmazkodási gyógyulással. Utóbbi esetben a kóros folyamat defektállapot, maradandó működéscsökkenés visszamaradásával gyógyul. A megállapítható funkcionális károsodást orvosszakértői szempontból maradandó fogyatékoságnak kell minősíteni.

A tényleges gyógytartam, a büntetőeljárást befolyásoló fogalom, az orvosszakértő mérlegelése alapján megállapított, az anatómiai és funkcionális gyógyulást is figyelembe vevő, esetenként meghatározott gyógyulási idő. Az esetek többségében a tényleges időtartam azonos az anatómiai gyógyulás időtartamával, amennyiben nem, akkor annál hosszabb, és általában a sérülés következményei elsődleges orvosi ellátása befejeződésének időpontjáig tart. (A rehabilitációs orvosi gyógykezelés időtartama a tényleges gyógytartam idejébe nem számítható be.) Orvosszakértői értelemben tehát a tényleges gyógytartam a büntető-ítélkezési gyakorlatot szolgáló fogalom.

Az általános orvosszakértői gyakorlat tapasztalatai szerint

általában 8 napon belül gyógyulnak

- a testfelszínen és nyálkahártyákon a hámfosztások, hámhorzsolások,
- a kisebb vérömlenyek,
- a felszínes, összefektethető szélű metszett, vágott, zúzott, repesztett sebek,
- az izomba behatoló - de izomvarratot nem igénylő - felszínes szúrt vagy szúrt-metszett sérülések,
- a testfelszín kis kiterjedésű - 10% alatti - I. fokú égési, forrázási, fagyási és vegyi anyag okozta marásos sérülései,

- ízületi zúzódásos és szalagsérülés nélküli rándulások,
- egy-három fog meglazulása, luxatiója, a fogkorona letörése vagy
- a fogaknak a fogmedernyúlvány törése nélküli elvesztése,
- a dobhártya repedése (a középfül bevérvése, csontsérülés nélkül),
- enyhe lefolyású agyrázódás

ha hozzájuk a sérüléssel közvetlen összefüggésbe hozható szövődmény társult, 8 napon túli gyógytartamot adunk meg;

általában 8 napon túl gyógyulnak

- a test felszínén 10%-nál nagyobb területeken (pl. testtájakon) összefolyó vérömlenyek,
- a fájdalmat és járási nehézséget okozó hereburok vérömleny,

- a nagyobb területen (több vagy áthidaló testtájékon) összefolyó hámfosztások, hámhörzsolások,
- a nem összefektethető sebszélű (anyaghiányos) metszett, vágott, zúzott, repesztett sérülések,
- a testüregbe hatoló vagy jelentős vérvesztéssel járó (hgb. és haematocrit) járó szúrt, metszett, vágott sérülések,
- a lövési sérülések,
- az ízületek nyílt sérülései, ficamok, az inak sérülései,
- az ér- és idegsérülések,
- a testfelszín 10%-át elérő, vagy azt meghaladó I. fokú égés, fagyás,
- a II. vagy ennél súlyosabb fokú égési, forrázási, fagyási és vegyi anyag okozta marási sérülések,
- a közepes és súlyos fokú agyrázkódás,
- a központi idegrendszer, az agy és más belső szervek organikus sérülései, valamint következményeik,
- az érzékszervek sérülései (bizonyítható 8 napon túli funkciókárosodással),
- valamennyi csonttörés (az orrcsont törése is),
- a mérgezések súlyosabb alakjai,
- a nemi betegségek (a primeren gyógykezelt kankó kivételével).

Mindezen megállapítások természetesen csak általánosságban érvényesek, bármely sérülés gyógytartamának szakértői meghatározása csak esetileg lehetséges.

IV. A gyógytartamot befolyásoló tényezők

A sérülésekhez társuló és azokkal okozati összefüggésben kialakult szövődmények gyógyulási idejét mindig bele kell számítani a gyógytartamba, akkor is, ha azok szükséges, célszerű kezelés ellenére jöttek létre.

Orvosszakértői szempontból a varrat eltávolításának időpontja a gyógytartamot akkor befolyásolja, ha másodlagos varratok behelyezéséről volt szó; ha a varrateltávolítást valamely szövődmény késleltette; ha a sérülés olyan testtájékon volt, ahol a seb a testmozgások miatt feszültségeknek volt kitéve, és tette indokoltá a varrateltávolítás halasztását.

Ha a sértett olyan szúrt vagy szúrt-metszett sérülést szenvedett, amely tájékozódó (diagnosztikus) has- vagy mellkas feltárás műtétjét tette szükségessé - bár a testüregbe behatolás nem állapítható meg, a testüregek műtéti megnyitását és annak esetleges szövődményeit (sebszétválás, másodlagos gyógyulás, sérvképződés stb.) is be kell számítani a gyógytartamba.

A fogmedernyűlvány sorvadása olyan körülmény, amely csekély erőbehatás esetén is előidézheti több fog meglazulását. Különösen könnyen lazulhat meg az ún. pillérfog, mivel az erőbehatásra a rajta támaszkodó fogmű elmozdul, és ezzel indirekt módon tevődik át az erő az amúgy is sorvadott pillérfogra, illetve fogakra. A fogmedernyűlvány sorvadásának vizsgálata - több fog meglazul és eltávolításra kerül sor - a gyógytartam megítéléséhez fontos.

A fogak elvesztése is maradandó fogyatékosággént értékelendő, azzal a megjegyzéssel, hogy azok pótlása funkcionális és esztétikai javulással járhat.

Az orr porcocs vázának törése és a következményes deformitás nehezített orrlégzést is okozhat.

Általában igen nehéz, nem egyszer lehetetlen a koponyaalapi törések rtg. felismerése. Ilyenkor, bár a típusos felvételeken a törés nem ábrázolódik, az ismert klinikai tünetek (a liquorcsorgás, az orr-, száj-, fülvérzés, a fokozatosan kifejlődő szemhéji haematoma, valamint a neurológiai gócjelek - megfelelő trauma esetén - a basis fracturáit igazolják. Mivel a klinikailag bizonyított basistörés esetén az atípusos koponyafelvételek a sérült szempontjából különös kockázatot jelenthetnek, ezért az orvosszakértő ne várja el azok mindenkori és feltétlen elvégzését.

A rostacsont és halántékcsontról sejtrendszerében lévő törést kísérő vérzés a sejtek légtartalmát csökkenti, amely az ábrázolt terület árnyékoltságában nyilvánul meg. Ebből az indirekt jelből - klinikai tünetekkel együtt - csontsérülésre következtetni lehet.

Ha az ügyben feltárt trauma inadequat a leletekben szereplő csontsérüléssel, vagy ha a csontsérülés hiányának gyanúja merül fel, kívánatos újabb kiegészítő rtg. vizsgálatokat végeztetni.

A bordatörés az első rtg. vizsgálattal gyakran nem ábrázolódik, a későbbi rtg. felvételen a törési rés láthatóvá válhat, mert a csontgyógyulás folyamán a törési felszínekről megindul a felszívódás vagy pedig már a csontheg (callus) is bizonyíthatja a korábban történt törést. Nem szól tehát bordatörés ellen egymagában az, hogy a sérülés utáni rtg. felvételen törés nem látható. A kórismét - a sérült kórelőzményeinek, panaszainak mérlegetése után - a klinikai vizsgálat és az rtg. felvétel lelete együttes értékelése alapján kell felállítani.

A törés után általában 10-14 nap múlva alakulnak ki olyan rtg. morfológiai jelek, amelyekből a törés keletkezésének időpontjára még lehet következtetni.

V. Az egyes jogi kérdések eldöntéséhez szükséges orvosszakértői állásfoglalás

Az élet, a testi épség és az egészség elleni bűncselekményeknél különös jelentősége van az okozati összefüggés vizsgálatának, mert az enyhébb vagy súlyosabb minősítés alapja éppen az, hogy mi tekinthető a gyógyulás tényleges időtartamának. Ezért az orvosszakértőnek azt is vizsgálnia kell, hogy a gyógytartam - mint eredmény - kizárólag az elkövető tevékenységéből eredő-e vagy más kívülálló okok is közrehatottak. A gyógytartam meghatározásánál nem lehet elvonatkoztatni a korszerű gyógykezelési eljárásoktól, a gyógyászati eszközök, gyógyszerek igénybevételétől, mert ezek szükségszerűen csökkentik a gyógyulás időtartamát. Ha az orvosi adatok arra utalnak, hogy a sértett magatartása vagy a nem megfelelő orvosi ellátás késleltette a gyógyulást, és ez hosszabbította meg a tényleges gyógytartamot, a szakvéleményben ezt is kifejezésre kell juttatni, de tényleges gyógyulási időt ilyenkor is a tényeknek megfelelően kell meghatározni.

Az életkor, a fennálló alapterbetegségek, a testi leromlás stb. - mint egyéni sajátosság - befolyásolhatja a sérülés gyógytartamát, a szakértői véleménynek tehát ezekre is ki kell térnie.

Súlyosabb a testi sértés minősítése, ha az maradandó fogyatékoságot vagy súlyos egészségromlást idézett elő. Ezeknek megállapítása orvosszakértői feladat.

A maradandóság vizsgálatánál tehát a szakértőnek azt kell értékelnie, hogy a testi sértés objektíve milyen következményekkel járt, előidézett-e maradandó fogyatékoságot. Ezen - orvosszakértőileg - a sérülést elszenvedett ember testrészein, érzékszervein mutatkozó valamely képességének, szervének elvesztésében vagy használhatatlanná válásában, a test torzulásában megjelenő, továbbá a szervek működésében (ideértve a szervek, szervrendszerek, az idegrendszer és a szellemi tevékenység működését is) felismerhető maradandó fogyatékoság értendő. A maradandóság tehát olyan defekt állapot, amely meghatározott időn belül kialakul és munkaképesség-csökkenésként is mérhető. (A feltűnően látható kozmetikai károsodások - figyelemmel a sértett korára, nemére, családi állapotára, foglalkozására - büntetőjogi értékelésre kerülnek, ezért ezeket a szakértőnek is figyelembe kell vennie.)

A súlyos egészségromlás létrejöhet mind a bántalmazás, mind az egészség sértése útján, és a maradandó testi fogyatékoság sokszor egyben súlyos egészségromlásként is jelentkezik. A súlyos egészségromlásként - az egyén sérüléskori egészségállapotát figyelembe véve - azokat a rendszerint krónikussá váló betegségeket kell értékelni, amelyeket előidézhet:

a) a sérülések szövődménye, elhúzódó vagy elmaradó gyógyulás (pl. osteomyelitis, álzúlet stb.),

b) a meglévő alapterbetegségek állapotrosszabbodása (pl. az időskori agyi érelkeményedéssel agybántalom a fejet ért trauma kapcsán progrediál),

c) a sérüléssel eredetű betegség (pl. traumás sérvek, sérüléssel elmezavar stb.).

Súlyos egészségromlás tehát az a közbülső átmeneti kóros állapot, egészségkárosodás, amely a sérülés kapcsán alakul ki, tartósan fennáll, a praetraumás állapothoz viszonyítottan romlást jelent és folyamata után többnyire defekt állapot - kivételesen maradék nélküli gyógyulás - következik be.

A maradandó fogyatékoság és a súlyos egészségromlás elhatárolása nem könnyű feladat, hiszen a kettő között nem lehet pontos határvonalat húzni.

A csonkolások, az érzékszervek vagy szervek elvesztése utáni állapotok véleményezése általában nem okoz nehézséget. Egyéb esetekben azonban csak a gyógyulás befejezése után lehet nyilatkozni, viszont a hatóság döntéséhez a szakértői állásfoglalás akár már a büntetőeljárás megindulásakor is szükséges lehet. Ezért, ha a sérülés jellege alapján maradandó testi fogyatékoság vagy súlyos egészségromlás kialakulására - az általános orvosi tapasztalatok szerint - számítani lehet, erre a véleményben utalni kell azzal, hogy a kérdés határozott eldöntése majd a gyógyulási folyamat megfelelő előrehaladása után lesz lehetséges.

VI. Szempontok a hatóság gyakoribb kérdéseinek megválaszolásához

Nem orvosszakértői feladat - 8 napon belül gyógyuló sérülés esetén - a „súlyos testi sértés kísérletének” megállapítása, még ha erre vonatkozóan a hatóság kérdést is tesz fel.

A Legfelsőbb Bíróság 15. számú irányelvében felsorolt tényezők - az elkövetési mód (a bántalmazás mérvé, irányítottsága, az erő kifejtés), a sérülés jellege és helye, valamint az eszköz - azonban a testi sértések kísérletének megállapításánál már az orvosszakértői vélemény tárgyát képezik.

E körben az orvosszakértőnek értékelnie kell:

a) a létrejött sérülés súlyosságát,

b) a sértett testtájék anatómiai jellegzetességeit,

c) a sérülést előidézhető erőbehatás nagyságát,

d) az eszköz súlyos sérülés okozására való alkalmasságát, valamint

e) az erőbehatás irányítottságát.

A sérülés „jelentéktelenebb” voltából, felszínességéből önmagában nem lehet arra következtetni, hogy a sérülést előidéző erőbehatás mértéke, ereje kisebb. Ezt az orvosszakértő csak a tényállás ismeretében valószínűsítheti, hiszen ebben az elkövető akaratlagos magatartásán kívül a testek egymástól való távolsága, az elmozdulások mértéke és iránya, a védekezési magatartás és egyéb, ki nem számítható tényezők is közrehatnak.

Az orvosszakértő a sérülés irányzott voltára csak valószínűségi véleményt adhat, mert bármely testtájék sértése „irányzottan és nem irányzottan” is megtörténhet. Egyszeres sérülésnél a mindennapi életben is életveszélyesnek ítélt és tudott testtájékon észlelhető határozott, nagy erejű erőbehatásnál lehet valószínűséggel az irányzottságra következtetni. Többszörös erőbehatásnál pedig akkor, ha a helyzetváltozások vagy védekező mechanizmusok ellenére az erőbehatás következetesen, meghatározott testrészen vagy testtájékon érvényesül.

Mindezek mérlegelése után a válasz pl. a következőképpen foglalható össze:

Figyelemmel a sérülés helyére, az elkövetés eszközére, megfelelő erőbehatásnál súlyosabb sérüléssel is számolni lehetett volna.

Ha a sérülések helyéből nem állapítható meg határozottan, hogy azok milyen testhelyzetben keletkeztek, egyéb orvosilag értékelhető adat hiányában erre még csak valószínűségi vélemény sem adható.

Az orvosszakértő a testhelyzetre általában a sérülés jellegéből, elhelyezkedéséből, a szervek sérüléseinek ismeretében következtethet.

Az orvosszakértő véleményezze:

a) A sérülés jellegét és helyét, az életfontosságú szervek veszélyeztetettségét, a sérülésnek az élet kioltására való alkalmasságát.

A sérülés életveszélyesnek véleményezhető, ha a trauma

- életfontos szervet sért,
- életfontos szervek működésének másodlagos gátlását idézi elő,
- súlyos heveny belső vagy külső vérzést okoz,
- olyan állapotba vezet, amely shocktalanítást követel meg.

A szervsérüléssel és/vagy jelentősebb vérzéssel nem járó, de testüreget (koponya, mellkas, has) megnyitó sérülés önmagában közvetett életveszélyt jelent.

A gyógytartam viszonylag rövid volta (8 napon belülsége) nem zárja ki a sérülés élet kioltására alkalmasságát, ha az arra önmagában is alkalmas volt. A sérülések után fellépő szövődményeket a szakértőnek esetenként kell értékelni.

Véleményezni kell, milyen szerepe volt az alkalmazott orvosi ellátásnak és hogy a sérülés - az idejekorán érkezett szaksegítség nélkül - halállal járhatott volna-e?

b) Az elkövetés módját, ezen belül a bántalmazás mérvét, irányítottságát és az erő kifejtés mértékét.

c) A használt eszköznek az emberi élet kioltására való alkalmasságát.

A „különös kegyetlenség” megítélése nem orvosszakértői feladat.

Az önkezdő vagy idegenkezű sérülések az alábbiak szerint különíthetők el:

a) A sérülés elhelyezkedése (praedilectios helyek, ejthette-e a sértült személy magán vagy sem).

b) A sérülés jellege (többszörössége, felületessége vagy mélyebb volta, ún. külső és belső próbálgatási nyomok).

c) A sérülések súlyossága a cselekvőképesség megítéléséhez.

d) A sérülések kombinációja.

e) Az elhárító, védekezési sérülések megléte vagy hiánya.

f) A ruházat és a test sérüléseinek viszonya, valamint

g) Az eset körülményei (nyomozati adatok).

Jelen módszertani levél kiadásával egyidejűleg az Intézet 2. számú módszertani levele és melléklete - megjelent az Egészségügyi Közlöny 1977. évi 23., illetve az 1980. évi 12. számában -, valamint a szociális és egészségügyi miniszternek a 2. sz. módszertani levéllel kapcsolatos közleménye - megjelent a Szociális és Egészségügyi Közlöny 1989. évi 2. számában - érvényét veszti.