



A Győri Ítéltábla

Pf.IV.20.032/2020/6.szám

A Győri Ítéltábla a dr. Élő Eleonóra ügyvéd (Helység4,) által képviselt **Felperes1 I. rendű, Felperes2 II. rendű és Felperes3 III. rendű** (mindhárman: Helység2/3, **Felperes4** (cím3.) **IV. rendű felpereseknek** a dr. Fejesné dr. Márton Zsuzsanna ügyvéd (Helység1/5,.) által képviselt Markusovszky Egyetemi Oktatókórház (cím1.) **alperes ellen** –, akinek pernyertességének érdekében dr. Polecsák Mária ügyvéd (cím7.) által képviselt **Zrt1.** (Helység4/6/7/8,) beavatkozott –

kártérítés megfizetése iránt indított perében a Szombathelyi Törvényszék 2020. január 8. napján kelt és 17.20.523/2016/76/III. számú végzésével kijavított 17.P.20.523/2016/76/II. számú közbenső ítélete ellen a felperesek által 79. sorszámon bejelentett fellebbezés folytán – tárgyaláson kívül – meghozta a következő

rész- és közbenső ítéletet:

Az ítéltábla a törvényszék közbenső ítéletét a IV.r. alperest érintően hatályon kívül helyezi, és ebben a körben az elsőfokú bíróságot a per újabb tárgyalására és újabb határozat hozatalára utasítja.

Az I-II-III.r. felperesek vonatkozásában a törvényszék közbenső ítéletét az alábbi kiegészítéssel hagyja helyben: Az alperes kártérítési felelősséggel tartozik az I-II-III.r. felpereseket ért nemvagyoni, és az I.r. felperest ért vagyoni károkért a 2013.augusztus 28.napján késedelmesen elvégzett diagnosztikával, és az elmulasztott sebészeti beavatkozással összefüggésben az I.r. felperest érintő egészségi állapotjavulási esély elvesztése miatt.

Kötelezi az I-II-III.r. felpereseket, hogy fizessenek meg személyenként 24.000 (Huszonnégyezer) forint feljegyzett fellebbezési illetéket az államnak felhívásra.

Megállapítja, hogy 216.000 (Kettőszáztizenhatezer) forint feljegyzett fellebbezési illeték az állam terhén marad.

A másodfokú eljárás során felmerült egyéb költségeiket a felek maguk viselik.

A rész- közbenső ítélet ellen nincs helye fellebbezésnek.

Indokolás

[1] A Szombathelyi Törvényszék a fellebbezéssel támadott közbenső ítéletében megállapította, hogy az alperes kártérítési felelősséggel tartozik a felpereseket ért nemvagyoni és az I.r. felperest ért vagyoni kárért a 2013. augusztus 28. napján késedelmesen elvégzett diagnosztika és az elmulasztott sebészeti beavatkozással összefüggésben.

[2] A határozatának indokolásában rögzítette, hogy az I.r. felperes 2013. július 18. napjától augusztus 29. napjáig állt az alperes Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztályán hiperlipidaemia okán kialakult, életveszélyes állapottal, többszervi elégtelenséggel, súlyos szepszissel, véralvadási elégtelenséggel járó hashártya – és hasnyálmirigy gyulladás miatt. 2013. augusztus 27-én délelőtt a felperesnél az alsóbb végtagokon zsibbadással, érzészavarral együtt járó mozgászavar, bénulás jelentkezett.

[3] Az I.r. felperes kezelőorvosa a tüneteket annak tudta be, hogy az epidurális érzéstelenítés és fájdalomcsillapítás során az érzéstelenítő folyadék a gerincvelőbe kerülhetett. Ennek kizárására az epidurális kanül eltávolítását követően folyamatos megfigyelés alatt tartotta. Ennek ellenére a délutáni órákra paraplegia nem változott, a bénulás fennállt.

[4] 2013. augusztus 28-án 8 óra 15 perckor MR vizsgálatra került sor, amely a gerincvelő mögött dorsalisán húzódó, nagy kiterjedésű, 10-11 csigolyát érintően (TH.1.-L.1.-ig kiterjedő) orsó alakú térfoglalást igazolt, amely kompressziót okozott. Az ezt követő idegsebész és radiológus bevonásával megtartott idegsebészeti konzílium az elváltozás megjelenésére, a paraplegia bizonytalan kezdetére, valamint a beteg általánosan gyenge állapotára, véralvadási faktoraira tekintettel konzervatív terápiát (antibiotikumos kezelést) javasolt. A konzílium a térfoglalást szervülő haematomának vélelmezte.

[5] A progresszív betegellátás érdekében 2013. augusztus 29-én az I.r. felperest áthelyezték a Kórház1 (PAMOK) Központi Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztályára, ahol felmerült a súlyos szepszis okozta gerincvelői tályog gyanúja. Ezen a napon a délutáni órákban az I.r. felperesen sürgős idegsebészeti műtétet hajtottak végre, amely során a nagy kiterjedésű epidurális tályogot drenálták. Ennek ellenére a bénulásos tünetegyüttes nem javult.

[6] Az elvégzett idegsebészeti műtétet követően az I.r. felperes állapota stabil volt, ahonnan 2013. szeptember 16-án helyezték vissza az alperes intenzív betegellátó osztályára, ahol 2014. január 8-áig állt gyógykezelés alatt. A TH.1.-L.1. csigolyát érintő gerincvelő károsodás azonban a műtét ellenére maradandónak bizonyult, és az alsó végtagokat érintő, az érzékelésre, a széklet- és vizeletszabályozásra és a mozgásszabályozásra is kiterjedő bénulás állandósult.

[7] Az elsőfokú bíróság rögzítette, hogy a perben a szakértő4 által készített, és a felperesek által csatolt magánszakvélemény, valamint a Szakértő1 Általános Orvostudományi Kar Igazságügyi és Biztosítás Orvostani Intézetének 6865/2017. számú alapszakvéleménye, és annak kiegészítő szakvéleményei álltak rendelkezésre, amelyeket Szakértő2 igazságügyi szakértő készített Szakértő3 idegsebész szakkonzulens közreműködésével. Az eljárás során a bíróság a magánszakértő és a perben kirendelt igazságügyi orvosszakértő együttesen meghallgatását is foganatosította.

[8] szakértő4 szakvéleménye tartalmazza, hogy a gerincvelői tályog kialakulása az elhalással járó hasnyálmirigy- és hashártyagyulladás, illetve a sorozatos fertőzések lehetséges szövődménye, így ennek kialakulása az I.r. felperesnél orvosi mulasztás következményének nem tekinthető. Megállapította azonban, hogy az első tünetek jelentkezésétől, - azaz 2013. augusztus 27. napjának délelőtti óráitól számítva - az augusztus 28-án reggel 8 óra 45 perckor elvégzett MR vizsgálat, majd az ezt követően megtartott idegsebészeti konzultáció késedelmesen történt, ami súlyos orvosszakmai mulasztásként értékelhető. Leszögezte, hogy amennyiben a bénulás hátterében ún. térfoglaló folyamat igazolható – mint jelen esetben is –, úgy kontraindikáció hiányában 24 órán belül feltétlenül indokolt a műtét elvégzése az operábilis betegen. Kitért a magánszakértő arra is, hogy minden gondosság és az említett vizsgálatok és beavatkozások időben történő elvégzése esetén sem állapítható meg kétséget kizáróan, hogy a beteg állapotában érdemi javulást lehetett volna elérni. A fenti diagnosztikus eljárások és műtéti kezelés hiányában viszont a minimális javulás esélye is elveszett.

[9] A magánszakértő a 2013. október 8-án elvégzett ellenőrző MR vizsgálat eredményére tekintettel álláspontját annyiban egészítette ki, hogy a beteg általános állapotát is figyelembe véve elvégzett ún. minimális invazitású műtét során a PAMOKban a tályogot lehetőség szerint kiürítették, ezzel a gerincvelő tehermentesítése kielégítően megtörtént. A műtéti jegyzőkönyv rögzítette, hogy „... jól pulzál a durazsák...”. Ezen műtétnek a tályog tályogfalra is kiterjedő teljes eltávolítása, a beteg állapotára és a tályog kiterjedésére tekintettel nem lehetett a célja. Megerősítette a magánszakértői vélemény azt is, hogy a súlyos állapotú, károsodott véralvadási paraméterekkel rendelkező I.r. felperes esetén is a bénulást okozó térfoglaló folyamat műtéti kezelése attól függetlenül indokolt lett volna, hogy a térfoglalást tályog vagy vérömleny okozta-e. Sem az epidurális érzéstelenítéssel együttjáró bénulásos szövődmény lehetősége, sem pedig a gerinccsatorna térfoglaló folyamatának jellege (vérömleny vagy tályog) nem ad magyarázatot a bénulás hátterének és okának késedelmes tisztázására, illetve a tályog műtéti kezelésének késedelmére. Álláspontját akként foglalta össze, hogy az alperes mulasztásai a beteg gyógyulásának esélyét jelentősen rontották.

[10] A perben beszerzett, és idegsebész szakkonzulens bevonásával készített SOTE BOI alapszakvélemény is rögzítette, hogy a tályog megjelenése a kiterjedt hasüregi terjedéssel járó fertőzés súlyos szövődménye, ennek kialakulása azonban nem orvosszakmai hiba következménye. A gerincvelő károsodására utaló első klinikai jel 2013. augusztus 27-én délelőtt rögzített megjelenéséhez viszonyítva és a 2013. augusztus 28. napján a reggeli órákban elvégzett MR vizsgálat, majd az ezt követő idegsebészeti konzílium azonban már elkésettnek tekintendő.

[11] Az alapszakvélemény egyértelműen akként foglalt állást, hogy a gerinccsatornai térfoglalás ú.n. időfaktoros állapot, azaz az összenyomatás idejének növekedésével a tartós ideggyógyászati károsodás esélye növekszik. Ez okból a lehető legrövidebb időn belül dekompresszió indokolt. A bénulás és egyéb neurológiai deficittünet megjelenésétől számított 24 (36) órán belül - ellenjavallat hiányában - a műtéti beavatkozás abszolút indikációja áll fenn, de sebészeti ellátás ezt követően is indokolt. Az idegsebész szakkonzulens rögzítette, hogy egy fiatal beteg esetében nem malignus folyamat során a rutinyakorlat szerint csak aktív műtéti kezelés lehet indokolt.

[12] A kompresszió idejének mértékével a gerincvelői pályák károsodnak, azaz irreverzibilis elhalás következik be. A gerinccsatornai térfoglalás prognózisa előre nem megjósolható, azonban azt két faktor alapvetően befolyásolja: a tünetek jelentkezésétől számítva a beavatkozás ideje, illetve a bénulás mértéke. A figyelemfelhívó tünetek jellemzően a végtag gyengeség, a mozgászavar, az érzékszavar, és a reflexkiesés különböző mértéke egészen a teljes bénulásig bezárólag. A választandó kezelést nemcsak a tünetek milyensége, hanem a képalkotó vizsgálatok eredménye, a beteg általános státusza és az esetleges kontraindikációk együttesen befolyásolják.

[13] Az alapszakvélemény rögzíti, hogy az I.r. felperes alsó végtagi bénulásos tüneteit a gerinccsatorna ürterében jelenlévő térfoglalás miatti kompresszió okozta. Nem lehet egyértelműen állást foglalni abban a kérdésben, hogy amennyiben a paraplegia megjelenésétől számított 24 órán belül műtetre kerül sor, úgy a későbbi károsodás megelőzhető lett volna-e, de jelentős javulás, akár a bénulás megszűnése is lehetséges lett volna (24. számú irat 24. oldal 6. pont). Az első 24 órában elvégzett műtét esetén a funkciók akár teljes visszatérésére jelentős esély van, ezt követő műtét esetén a funkcionális deficit gyakori. Az alperesnek szakmailag felróható késedelem, valamint az idegsebészeti konzílium által javasolt helytelen terápia, azaz a konzervatív kezelés miatt az I.r. felperes a gyógyulási esélyét veszítette el.

[14] Az igazságügyi szakértői vélemény kiegészítése során (SOTE BOI 6865/2017/A.) a szakértő rögzítette, hogy a krónikus epidurális érzéstelenítés megszüntetését követően néhány órával az érző- és mozgató funkciók visszatérése fokozatosan megkezdődik, a teljes paraplegia nem marad fenn néhány órán túl még abban az esetben sem, ha az érzéstelenítő szer teljes mennyisége a gerincvelői folyadékba került. Így amennyiben a javulás jelei nem látszanak, úgy fel kell merülnie a gerincvelői érintettséget okozó egyéb oknak is, amely pedig sürgős tisztázást igényel.

[15] A szakértői vélemény kiegészítése megerősítette, hogy az 1984-ben született, és életkorának megfelelő életkilátásokkal bíró I.r. felperes esetében a hevenyen kialakuló kompresszióval és bénulásos tünetekkel járó gerincvelői térfoglalás idegsebészeti műtéti indukációt jelentett. A 24 órán belüli és 24 órán túli dekompresszió esetén mind a várható maradványállapot, mind a teljes gyógyulás aránya szignifikáns különbséget mutat. Konzervatív kezelés mellett - a szűk terápiás ablakon belül - a térfoglalás mértéke biztosan nem csökkenthető érdemben, így a paraplegia tartóssá válásával kell számolni. Állapotjavulás csak a terime kiürítéséből és az érintett rész lehetőség szerinti felszabadításától lett volna várható.

[16] A 2013. október 8-i háti gerinc kontroll-MR felvételen - a műtét elvégzése után közel másfél hónappal - kiterjedt tályog maradványok voltak jelen, amelyek arra utaltak, hogy a térfoglaló képlet eltávolítása a regionális idegsebészeti központban (PAMOK) sem történhetett meg teljes körűen. Ezen tényre tekintettel az igazságügyi orvosszakértő – az idegsebész szakkonzulens bevonásával - a szakvéleményét annyiban pontosította, hogy a gerincsterület mielőbbi feltárása indokolt lett volna, azonban az alperesnél, korábban elvégzett műtéttől csak korlátozott mértékű dekompresszió lett volna várható, amely a parapleg állapot fennmaradását valószínűsíti, azaz a várható egészségnyereség az alapszakvéleményben rögzített lehetőségnél kisebb mértékűnek véleményezhető.

[17] Az idegsebész szakkonzulens 61. számú kiegészítésében utal arra, hogy a tályogosodás kétféle mechanizmussal is okozhatott gerincvelői károsodást. Egyrészt a mechanikus kompresszió, másrészt pedig az ún. vascularis károsítás útján, amely során a gerincvelő vérellátásnak kritikus esése révén ischaemiás, infarktusos állapot jöhetett létre. Utalt arra, hogy a gerincvelői gyulladás talaján kialakulhat olyan tályog, amely nem jár térfoglalással, azonban mégis paraplégiát okoz. Ez esetben a vaszkuláris tényező a domináns. A szakkonzulens úgy foglalt állást, hogy egy Helység1/5-en elvégzett akut műtét esetén a maradványtünetek nélküli gyógyulás esélye rendkívüli kicsi. („isteni szerencse”).

[18] A 70. számú kiegészítésében a szakkonzulens valamennyi korábbi nyilatkozatát fenntartotta. Nem határozható meg, hogy az I.r. felperes esetében milyen mértékben vett részt a bénulás létrejöttében a mechanikus kompresszió, illetve a gerincvelői mikrokeringés toxikus károsítása. Utalt arra, hogy a konkrét esetben annyira súlyos volt a háti- és ágyéki gerinc gyulladásos elváltozása, hogy minimális esély volt a meggyógyításra.

[19] Szakértő2 kirendelt szakértő és szakértő4 magánszakértő a személyes meghallgatásuk során akként nyilatkoztak, hogy véleményükben alapvető eltérés nincsen. A beteg általános állapota miatt a tályog teljes eltávolítására nem kerülhetett sor, azonban az agyhártyaszák pulzálásából arra lehet következtetni, hogy technikailag sikerült a térfoglalás átmeneti megszüntetése vagy csökkentése. A térfoglalás kiterjedt volt, ezért az alperesnél időben elvégzett műtét esetén is nagy valószínűséggel ideggyógyászati maradványtünetekkel is kellett volna számolni, részleges bénulás, részleges érzékszavar, illetve részleges vizeleti vagy székelési zavar, vagy ezek együttese is előfordulhat, amelynek mértékét nem tudták megbecsülni. Általánosságban jelenthető ki, hogy minél tovább áll fenn a térfoglaló folyamat, annál nagyobb a károsodás mértéke. A felperes maradványtünet nélküli gyógyulásának esélye rendkívül kicsi.

[20] Az I.r. felperes vagyoni és nemvagyoni kártérítésre, a II-III-IV.r. felperesek pedig nemvagyoni kártérítés megfizetésére kérték alperest kötelezni az általa végzett egészségügyi szolgáltatás során I.r. felperesnél kialakult alsóvégtagi bénulás (paraplegia) következtében felpereseket ért vagyoni és nemvagyoni károkért.

[21] Álláspontjuk szerint az alperes az I.r. felperes gyógykezelése során megsértette az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 77.§ (3) bekezdését, mivel a gyógykezelés során nem kellő gondossággal járt el. Az I.r. felperesnél 2013. augusztus 27-én tapasztalt tüneteket követően nem történt meg sürgősséggel azok kivizsgálása, az alperes nem végzett MR vizsgálatot, és nem került sor azonnali idegsebészeti konzílium összehívására.

Ennek következtében a bénulás szakszerű kezelése eleve jelentős késedelmet szenvedett. Az alperest azonban az alkalmazott terápia tekintetében is mulasztás terheli. Ugyanis amennyiben a térfoglaló folyamat igazolható, és nincs valamely abszolút kizáró körülmény, úgy 24 órán belül indokolt lett volna a kialakult gerincvelői tályog explorációja és műtéti kezelése. A késedelmesen elvégzett vizsgálatok, illetve a helytelenül megválasztott terápia következtében az I.r. felperesnél maradandó gerincvelői károsodás alakult ki, amely teljes, visszafordíthatatlan paraplegiához vezetett. A gerincvelői károsodást mind a mechanikus összenyomás, mind a vascularis károsító hatás, mind ezek együttese eredményezhette, azonban mindkét ok esetében az időfaktornak nagy jelentősége volt. Amennyiben több lehetséges ok vezet a károsodáshoz, úgy az alperes teljes kártérítési felelősségének megállapításához az is elegendő, amennyiben az egyik ok tekintetében a kimentése nem vezet eredményre.

[22] A felperesek hangsúlyozták, hogy az Eütv. 129.§-a alapján a kezelőorvost megilleti a gyógy módválasztás szabadsága, azonban a választásért felelősséggel tartozik. Amennyiben az alperes a konzervatív terápia helyett a műtét azonnali elvégzése mellett dönt, úgy I.r. felperes gyógyulási esélyei jelentősen megnövekedtek volna. A bírói gyakorlat alapján az alperes teljes kártérítési felelősségének fennállását a gyógyulási esély elvétele önmagában is megalapozza függetlenül az esély mértékétől. A BH. 2012. 1. 10. számú határozatra hivatkozással kifejtette, hogy alperes csak abban az esetben tudta volna magát a teljes kártérítési felelősség alól kimenteni, ha I.r. felperes jelenleg fennálló maradandó egészségkárosodása a műtét korábbi elvégzése esetén is biztosan bekövetkezett volna.

[23] Az I.r. felperes a vagyoni kártérítés címén ápolás-gondozás, jövedelem kiesés, háztartási segítség, rezsi többletköltségre, gyógyászati segédeszköz, fejlesztő kezelések, gyógytorna, táplálék kiegészítők, vitaminok és a lakás akadálymentesítésének költségére, közlekedési, kulturális, mosással kapcsolatos többletköltségre, és élelem feljavítás költségére tartott igényt.

[24] A felperesek kifejtették, hogy az I.r. felperes nemvagyoni kártérítési igényét az alapozza meg, hogy sérült az egészséghöz, testi épséghez fűződő, valamint a teljes, egészséges családban éléshez fűződő személyiségi joga. A I.r. felperes szülei, valamint a testvére, azaz a II-III-IV.r. felperesek esetében pedig a teljes, egészséges családban éléshez fűződő jog, valamint a pszichés egészséghöz fűződő személyiségi jog sérelme állapítható meg. A hozzátartozók mindennapjai, életvitele az I.r. felperes maradandó egészségkárosodása következtében gyökeresen megváltozott. Az I.r. felperes a baleset bekövetkeztekor 29 éves, önálló háztartást vezető független nő volt, aki a kórházból történt hazabocsátását követően önellátásra képtelenné vált, róla szülei gondoskodnak. A kerekesszékre kényszerült gyermekükről való gondoskodás a II-III.r. felperesek életvitelét is jelentősen megváltoztatta, testileg-lelkileg többletterhek elé állította őket. A IV.r. felperes külön háztartásban él, azonban szoros testvéri kötelék áll fenn I.r. felperessel, a történetek őt is pszichésen megviselték. I.r. felperest személygépkocsival orvosi vizsgálatokra szállítja. A felperesek hivatkoztak a 34/1992. AB határozatra.

[25] Az alperes a kereset elutasítását és felperesek perköltségben marasztalását kérte. Állította, hogy az orvosszakmai szabályok betartásával az egészségügyi szolgáltatóktól elvárható mértékű gondossággal járt el. Hivatkozott arra, hogy az agresszív gyulladás kialakulása a gerinccsatornában nem tekinthető szokványos szövődménynek, annak

felismerését, kezelését több tényező is nehezítette. A szövődmény súlyossága miatt a károsodás visszafordíthatatlansága feltételezhető. Hivatkozott a szakkonzultánsi vélemény azon megállapításaira, miszerint rendkívül valószínű, hogy az I.r. felperes egy akut alperesnél elvégzett műtét után is parapleg maradt volna. A beteg súlyosan septicus állapotú volt, és a gerincvelő gyulladás, majd a kialakult tályog térfoglalás nélkül is okozhatott paraplegiát. I.r. felperes esetében pedig – a szakkonzulens véleménye szerint - a vascularis tényező volt a domináns. Az I.r. felperes gyógyulására egy időben elvégzett műtét esetén sem lett volna reális esély. Az okozatosság hiánya miatt a kereseti kérelem jogalapja körében kérte a kereseti kérelem elutasítását.

[26] Az alperesi beavatkozó jogalap hiányában szintén a kereset elutasítását kérte.

[27] Az elsőfokú bíróság a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény hatálybalépésével összefüggő átmeneti és felhatalmazó rendelkezésekről szóló 2013. évi CLXXVII. törvény 8.§ (1) bekezdése és 50.§ (1) bekezdése értelmében a jogvitát a Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény (rPtk.) rendelkezései alapján bírálta el.

[28] Kifejtette, hogy az I.r. felperes és az alperes között a kórházba történő felvételével az rPtk-ban nevesített, egészségügyi szolgáltatás nyújtására irányuló atipikus szerződés jött létre. Ennek alapján az alperes vállalta, hogy az I.r. felperes gyógykezelése és egészségügyi ellátása során az Eütv. 77.§ (3) bekezdésének megfelelően az ellátásban résztvevőktől elvárható gondossággal, a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával jár el. Ezen egészségügyi szolgáltatási jogviszonyra tekintettel az alperes kártérítési felelősségére az rPtk. 318.§ (1) bekezdése alapján alkalmazandó 339.§ (1) bekezdése, és 348.§ (1) bekezdése az irányadó. A jogviszony kontraktuális jellegére figyelemmel a felelősséget megalapozó jogellenes magatartást a szerződésből fakadó kötelezettségek bármelyikének nem vagy nem megfelelő teljesítése vagy elmulasztása jelenti.

[29] A törvényszék utalt a bírói gyakorlatra, amely az egészségügyi szolgáltatási jogviszonyban hátrányt szenvedő betegek vagy túlélő hozzátartozóik igényérvényesítési lehetőségének megkönnyítése érdekében általában vélelmezi, hogy a beteg egészségügyi ellátása során bekövetkező váratlan halála vagy állapotrosszabbodása valamely ellátási, kezelési hiba következménye (BDT.2013.2874. és BDT.2013.1841.). Ebből következően a károsultnak elegendő azt bizonyítani, hogy testi, egészségügyi hátrányos változása a gyógyintézet által nyújtott ellátás, kezelés során vagy utóbb, azzal összefüggésben következett be. Ezzel szemben a gyógyintézet kimentheti magát a felelősség alól annak bizonyításával, hogy a gyógyító tevékenysége során az Eütv. 77.§ (3) bekezdésének megfelelően járt el, és a kár ennek ellenére következett be, illetve ettől függetlenül is ugyanúgy bekövetkezett volna.

[30] Az elsőfokú bíróság kifejtette, hogy a perben nem volt vitatott, hogy I.r. felperes paraplegiája az alperes kezelése során következett be, így a fentiek alapján az I.r. felperes marandó egészségkárosodása az alperes eljárásával okozati összefüggésben áll.

[31] A beszerzett orvosszakértői vélemények azonban nem támasztották alá az alperes azon védekezését, miszerint I.r. felperes paraplegiája kezelése során a szakmai és etikai szabályok és irányelvek betartásával, illetve az eljárásban résztvevőktől elvárható

gondossággal járt el. A lefolytatott bizonyítási eljárás során ugyanis a kirendelt szakértő megállapította, hogy az alperes a 2013. augusztus 28-ai MR vizsgálatot és az azt követő idegsebészeti konzíliumot késedelemmel végezte el. A szakértő akként foglalt állást, hogy a konzílium döntése, azaz a konzervatív kezelés a szakmai szabályokkal ellentétes volt. ezért az elsőfokú bíróság megállapította, hogy az alperes megsértette az Eütv. 77.§ (3) bekezdésébe foglalt kötelezettségét.

[32] A törvényszék ezt követően azt vizsgálta, hogy az I.r. felperes vonatkozásában bekövetkezett hátrányos következmény (a paraplegia) okozati összefüggésben áll-e az alperes jogellenes (felróható) magatartásával.

[33] A beszerzett igazságügyi szakvéleményből kitűnt, hogy a szakértő a maradványtünetek nélküli gyógyulás lehetőségét teljes egészében nem zárta ki, annak elvi esélyét adta, ugyanakkor a maradványtünetek részleges fennmaradását, enyhébb fokát sem zárta ki. Ebből következően az alperes kellően gondos eljárása esetén tehát az I.r. felperes gyógyulási esélyei növekedhettek volna, ugyanakkor minimális volt az esély a teljes gyógyulására. A törvényszék a fenti szakértői megállapításokat akként értelmezte, hogy az alperes felróható eljárása a gyógyulási esélyt csökkentette.

[34] Az elsőfokú bíróság idézte az e körben irányadó bírói gyakorlatot, miszerint, ha bizonyossággal nem állapítható meg, hogy a kellő időben elvégzett vizsgálatok, kezelések esetén a beteg maradandó egészségkárosodása nem következett be, akkor a kártérítési felelősség alapjául a gyógyulási esély elvesztése szolgálhat. (BDT.2013.2841., BDT.2010.2597., BDT.2010.2274.) A jelen esetben az elsőfokú bíróság ezt akként értelmezte, hogy mivel a maradandó egészségkárosodást jelentő bénulás és a szükséges vizsgálatok és műtét késedelmes elvégzése, mint felróható magatartás között a kétségtelen okozati összefüggés nem állapítható meg, úgy a hátrány a gyógyulásra való esély elvesztésében, csökkentésében és nem a maradandó egészségkárosodás bekövetkeztében áll.

[35] Az elsőfokú bíróság rögzítette, hogy a gyógyulásra való esély olyan érték, amely a kezelés alatt álló személyhez kötődik, vagyis személyhez fűződő védett jog, amelynek elvesztése vagy csökkenése olyan hátrány, ami kártérítési felelősség alapja lehet (Kúria Pfv.III.20.190/2011/3., Pfv.III.21.311/2011/4.).

[36] A bírói gyakorlat szerint a gyógyulási esély elvesztésénél a károkozót terhelő olyan felróható magatartás értékelhető, amelynek van oksági kapcsolata az egészségkárosodás mértékének csökkenésével vagy elmaradásával. Az egészségügyi szolgáltató tehát akkor mentesülhet a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy szakmai szabályoknak megfelelő eljárás és elvárható gondosság tanúsítása ellenére sem lett volna esély az egészségkárosodás teljes vagy részleges elkerülésére.

[37] Mivel jelen esetben teljes bizonyossággal nem állapítható meg, hogy a kellő időben elvégzett vizsgálatok, műtétek és a konzílium helyes szakmai döntése esetén a beteg maradandó egészségkárosodása nem következett volna be, így az alperes kártérítési felelőssége a gyógyulási esély elvesztéséért áll fenn. Mindezekre tekintettel a törvényszék megállapította az alperes kártérítési felelősségét az I.r. felperesnél bekövetkezett hátrányos következmény, a paraplegia miatt a gyógyulási esély elvesztése okán.

[38] Az elsőfokú bíróság a felperes további szakértői bizonyításra vonatkozó indítványát elutasította figyelemmel arra, hogy a szakkonzulens a felperes 71. számú beadványában feltett kérdésekre a válaszát a szakértői vélemény kiegészítése során megadta. Nyilatkozott arra, hogy a gerincvelői károsodás milyen okból alakulhatott ki, hogy a maradványtünetek gyógyulása bekövetkezhetett volna-e, s nem zárta ki azt sem, hogy maradványtünetek maradhattak vissza.

[39] Az alperes a fellebbezésében elsődlegesen a rPp. 253.§. (2) bekezdése értelmében a közbenső ítélet megváltoztatását, és a felperesek keresetének elutasítását, perköltségben marasztalását indítványozta. Másodlagos kérelme a közbenső ítélet hatályon kívül helyezésére, és az elsőfokú bíróság újabb eljárás lefolytatására és újabb határozat hozatalára utasítására irányult.

[40] Kiemelte, hogy a jogalapi döntés elsősorban az igazságügyi orvosszakértő alapszakértői véleményére támaszkodik, amelynek elkészítése során azonban az eljáró szakértő és a szakkonzulens nem vették figyelembe a 2013. október 8. napi ellenőrző MR felvételt, amely hiányosság döntő mértékben befolyásolta szakmai álláspontjukat.

[41] Hangsúlyozta, hogy az I.r. felperes alapbetegsége olyan véralvadási eltérésekkel járt együtt, amely a szakértők által szükségesnek tartott sürgősségi műtét kontraindikációját jelentette. Az idegsebészeti konzílium a folyamatot részben a szervülő vérzés következményének tartotta. A paraplegia vérzéses eredetűnek minősítése azonban nem értékelhető sem szakmai szabályszegésnek, sem az ellátóktól elvárható gondosság hiányának, hanem az I.r. felperes alapbetegségére, és a szokatlan szövődmény (gerincvelői tályog) többszörösen nehezített felismerhetőségére figyelemmel a klinikai kép alapján magyarázható diagnosztikai tévedésnek.

[42] Az alperes álláspontja szerint az elsőfokú bíróság a rendelkezésre álló bizonyítékokat tévesen, nem a rPp. 206.§-ban megfogalmazott követelményeknek megfelelően értékelte, és abból téves következtetést levonva megalapozatlan közbenső ítéletet hozott. Az általa helyesen felhívott jogszabályokat tévesen alkalmazta. A rPp. 221.§ (1) bekezdésébe ütközően az elsőfokú bíróság nem indokolta, hogy a módosított szakkonzultánsi véleményeket mely okból hagyta figyelmen kívül, ugyanakkor az alapszakértői vélemény megállapításait döntő jelentőségűnek tartotta.

[43] Az alperes hangsúlyozta, hogy a közbenső ítéletben az I.r. felperes gyógyulási esélyére vonatkozóan tett azon megállapítás, miszerint a maradványtünetek nélküli gyógyulásnak csak az elvi esélye volt meg, ugyanakkor a maradványtünetek enyhébb foka sem volt kizárható, ellentétben az idegsebész szakkonzultáns által adott vélemények tartalmával. Kiemelten hivatkozott az alperes a 36. számú kiegészítő orvosszakértői véleményhez csatolt szakkonzultánsi nyilatkozatra, amely azt tartalmazta, hogy a kontroll MR nagy mértékben gyengíti a korábbi szakkonzultánsi véleményben megfogalmazott álláspontot, miszerint "az akut beavatkozás, tehát az exploráció el nem végzése befolyásolta a betegség végkimenetelét. Rendkívüli valószínű, hogy a beteg egy akut Helység1/5-en elvégzett műtét után is parapleg maradt volna." Az alperes az idézett szakkonzultánsi véleményből arra következtetett, hogy életszerűtlen lett volna - akár egy 24 órán belül elvégzett műtét esetén is

- a tényleges állapotnál jobb eredmény elérése, azaz az I.r. felperes a teljes bénulás állapotában maradt volna. Idézte az alperes a 61. számú és a 70. számú szakkonzultánsi véleményeket is, amelyeket akként értelmezett, hogy az I.r. felperes esetében a gerincvelői károsodás lehetséges mechanizmusai közül a vascularis tényező domináns volta állapítható meg. Ezért nem helytálló az elsőfokú bíróság azon közbenső ítéleti megállapítása, hogy a vascularis károsítást csupán közreható tényezőnek értékelte. Az I.r. felperesnél nagy kiterjedésben és súlyos mértékben volt háti és ágyéki gerincet érintő gyulladásos elváltozás, amely a gyógyulására vonatkozó esélyt – időben elvégzett műtéti beavatkozás esetén is – a minimálisra szorította („isteni szerencse”).

[44] A fentiek következtében az alperes álláspontja az volt, hogy az alperes terhére rótt késedelem és mulasztás megléte nélkül is bekövetkezett volna az I.r. felperes parapleg állapota, ezért az ok-okozati összefüggés ismételt és nyomatékosan vizsgálendő. A Ptk. 339.§ (1) és a Pp. 164.§ (1) bekezdése alapján a károsultat terheli az okozati összefüggés bizonyítása, az alperesnek pedig nem minden felmerült hiba, mulasztás miatt kell magát a felelősség alól kimentenie, hanem csak a károsodást ténylegesen kiváltó ok miatt. (Kúria Pfv.III.22.008/2015.) Mivel a késedelmesen elvégzett diagnosztika, illetve az elmulasztott sebészi beavatkozás elvégzése esetén is fennállt volna az I.r. felperesnél a parapleg állapot, ezért az alperes kártérítési felelősségét megállapító közbenső ítéleti rendelkezés az ok-okozatosság fennállásának hiányában nem megalapozott.

[45] A felperesek a fellebbezési ellenkérelmükben az elsőfokú közbenső ítélet helybenhagyását kérték a felperesek fellebbezésével nem érintett körben az alperes másodfokú perköltségben marasztalása mellett

[46] Kiemelték, hogy olyan súlyos fertőzőses kórképek esetében, mint az I.r. felperesnél bekövetkezett hasnyálmirigy gyulladás a folyamat szóródása, és így más szervekben tályog kialakulása ismert és reális szövődmény. Ezek alapján elvárható lett volna az alperestől a tünetek idejében történő és megfelelő értékelése, és adekvát terápia alkalmazása. Súlyos szakmai mulasztás volt az alperes részéről, hogy a kezelőorvos az érzéstelenítő szer hatásának tulajdonította az I.r. felperesnél fennálló bénulási tüneteket. Az alapszakvélemény és a kiegészítései is tartalmazzák, hogy az epidurális érzéstelenítés esetén a teljes paraplegia nem marad fenn néhány órán túl még akkor sem, ha az érzéstelenítő szer teljes mennyisége a gerincvelői folyadékba kerül.

[47] Alapítvánul hivatkozik az alperes arra is, hogy az I.r. felperes vérárvadási paraméterei a műtét kontraindikációját jelentették. A szakértők ezt nem erősítették meg. Sor került a gerinctályog kompressziót csökkentő műtetre is, ami szintén azt bizonyítja, hogy ilyen kontraindikáció nem állt fenn.

[48] A műtéti terápia helyességét támasztja alá az a körülmény is, hogy az I.r. felperes korábban mellkastól lefelé tapasztalt érzéskiesést, míg a 36 órán túl elvégzett műtétet követően visszatért az érzékelése deréktól felfelé. Ebből az a következtetés vonható le, hogy 24 órán belüli műtét esetén a gyógyulási esélyek egyértelműen jobbak lettek volna. Ezzel összefüggésben kiemelték a felperesek, hogy a szakirodalmi adatok a 24 órán belüli műtét fontosságát a gyógyulási esélyek növelésében a károsodás mindkét lehetséges eredete, azaz a

mechanikus kompresszió és a vascularis eredet tekintetében is egyaránt hangsúlyozták (61. számú kiegészítő szakkonzulensi vélemény).

[49] Alaptalanul hivatkozik arra az alperes, hogy kimentési kötelezettsége a polgári jog szabályai szerint nem minden ok, hanem csupán a károsodás tényleges oka tekintetében állt fenn. Amennyiben ugyanis több mechanizmus okozhatta I.r. felperes gerincvelői károsodását, és természettudományos módszerekkel ennek arányát nem lehet megállapítani, úgy az alperest valamennyi lehetséges ok tekintetében terhelte a kimentési kötelezettség, amelynek azonban az alperes nem tudott eleget tenni.

[50] A felperesek a fellebbezésükben a Pp. 253.§ (2) bekezdése alapján elsődlegesen a közbenső ítélet rendelkező részét az alábbiak szerint kérték megváltoztatni: „A bíróság megállapítja, hogy az alperes kártérítési felelősséggel tartozik az I.r. felperes egészségkárosodásával összefüggésben az I-IV.rendű felpereseket ért károkért. Másodlagosan a közbenső ítélet helybenhagyását indítványozták azzal, hogy annak indokolását a fellebbezésben kifejtettek szerint kérték részben megváltoztatni. Kérték az alperes másodfokú perköltségben marasztalását.

[51] Kifejtették, hogy a közbenső ítélet rendelkező része annak indokolásába tartozó megállapítást is magában foglal, amikor kitér arra, hogy „a 2013. augusztus 28. napján késedelmesen elvégzett diagnosztika és az elmulasztott sebészeti beavatkozással összefüggésben” áll fenn az alperes kártérítési felelőssége. Ezzel szemben a rendelkező részbe csupán annak megállapítása tartozna, hogy az alperes kártérítési felelőssége fennáll a felpereseknek okozott károkért. A közbenső ítélet rendelkező részének idézett megfogalmazása a kárfelelőség terjedelmét indokolatlanul szűkíti és a követelés összezszerűségét is érinti, ugyanis félreérthetően határozta meg az alperesi kárfelelőség mértékét.

[52] A közbenső ítélet indokolásának 10. oldalán az elsőfokú bíróság azt a téves következtetést vonja le, hogy az I.r. felperes maradandó egészségkárosodása és az alperes felróható magatartása között okozati összefüggés nem állapítható meg, így a hátrány a gyógyulási esély elvesztésében, csökkentésében áll, nem pedig a maradandó egészségkárosodás bekövetkeztében. Ezen okfejtés téves azért is, mert a maradandó egészségkárosodással való okozati összefüggés fennállását a bírói gyakorlat alapján önmagában alátámasztja azon tény, hogy az I.r. felperes jelenleg fennálló teljes paraplegiája az alperesi gyógykezelés során következett be, ahogyan erre az elsőfokú bíróság maga is utal a közbenső ítélet 9. oldal 1-2. bekezdéseiben.

[53] Téves az elsőfokú ítélet indokolása azért is, mert a gyógyulási esély csökkenését, illetve elvételét az okozati összefüggésnél, nem pedig a felróhatóságnál értékeli (LB. Pfv.III.25.585/2000/5., Pfv.III.26.674/2000/7., Pfv.III.21.790/2007/3.). A Kúria a gyógyulási esély meglétét, mint a felelőség alapját a felróhatóságnál értékeli akként, hogy amennyiben alperes felróható magatartása hiányában van esély a gyógyulásra, akkor alperes teljes kártérítési felelőssége fennáll a maradandó egészségkárosodással összefüggésben felperesnek okozott károkért (Kúria Pfv.III.22.375/2016/6.).

[54] A fentiek alátámasztására a felperesek hivatkoztak a Kúria két, a közelmúltban meghozott és jelen tényállásra is irányadó döntésére, amelyekben a Kúria elhatárolódik azon joggyakorlattól, amely az esély elvesztését (csökkenését) önmagában személyiségi jogi sérelemként értelmezi, ezáltal a jogkövetkezmény értékelését indokok nélkülivé teszi, egyúttal kizárja az értékelés köréből a ténylegesen bekövetkezett egészségkárosodást. Ezen különbségtétel miatt a tényleges egészségromlás a kártérítési igény elbírálásánál figyelmen kívül marad. A fentiekből pedig az is következik, hogy a kártérítési kötelezettség terjedelmére sem lehet kihatása annak, hogy a felelősség a gyógyulási esély elvesztésén, csökkenésén úgy alapul, hogy ahhoz kötődően az egészségkárosodás bekövetkezett. A teljes kártérítés elve alapján a károkozó ilyen esetben is köteles a Ptk. 355.§-ának (4) bekezdésében felsorolt kárelemek megtérítésére. A nemvagyoni kárigényt pedig nem önmagában a gyógyulási esély elvesztése, csökkenése alapozza meg, hanem az a személyiségi jogsértés, ami a beteg halálával vagy egészségromlásával bekövetkezik (Pfv.III.22.375/2016/6., Pfv.III.20.655/2018/4.).

[55] A felperesek fenntartották az új szakértő kirendelésére vonatkozó bizonyítási indítványukat arra hivatkozással, hogy a szakkonzulensi vélemény egyrészt eljárásjogi szempontból nem minősül szakvéleménynek, másrészt a szakkonzulens a korábbi véleményével és a magánszakértő véleményével is ellentétes állításokat tett. Az OSZ. 6865/2017. számú igazságügyi szakértői vélemény tartalmazza, hogy „Az első 24 órában megtörténő műtét esetén a funkciók akár teljes visszatérésére is jelentős esély van.”. Az OSZ.6865/2017/A. szám alatti kiegészítő igazságügyi szakértői véleményhez csatolt szakkonzulensi véleményben azonban már - az ellenőrző MR felvételre utalva - akként módosította álláspontját, hogy az I.r. felperes egy akut Helység1/5-en elvégzett műtét után is rendkívül valószínű, hogy parapleg maradt volna. Míg a szakvélemény kiegészítés az MR felvételen látható tályogmaradványból kiindulva a tályog mechanikus nyomásából adódó károsodással magyarázza, hogy valószínűleg akut műtét esetén is fennmaradt volna a paraplegia, addig a szakkonzulens a 61. sorszám alatti véleménykiegészítésében már egy másik lehetséges mechanizmussal, azaz a gerincvelő vérellátásának kritikus esése esetén létrejövő infarktusos állapottal magyarázza a bénulást.

[56] A felperesek ismételten rögzítették, hogy amennyiben a szakkonzulensi véleményben foglaltak szerint mindkét ok vagy a kettő együttesen is okozhatta I.r. felperes súlyos egészségkárosodását, úgy a bírói gyakorlat alapján abból kell kiindulni, hogy az egyik lehetséges ok a kompresszió volt. Ez esetben pedig az alperes teljes kártérítési felelőssége megállapítható, mivel alperes kimentése eredménytelen, ugyanis az elvárható gondosság szerinti gyógykezelés esetén jelentősen növekedtek volna a teljes gyógyulás esélyei az alapszakvéleményben írtak szerint. Amennyiben toxikus oka volt a gerincvelő maradandó sérülésének, úgy a szakkonzulens által is hivatkozott nemzetközi szakirodalom által alátámasztottan I.r. felperes fiatal korát tekintve 24 órán belüli beavatkozás esetén ezen mechanizmusból kiindulva is jelentős javulás lett volna várható.

[57] Az alperes a fellebbezési ellenkérelmében - az rPp. 213.§ (3) bekezdésére hivatkozással - rámutatott, hogy amennyiben kártérítési perben az eljáró bíróság közbenső ítéletet hoz, a határozat rendelkező részében kell megjelölnie a kártérítési felelősség mértékét is (EBH.2006.1419.2).

[58] A felperesek által a gyógyulási esély csökkenésének, illetve elvesztésének az okozati összefüggés, illetve a felróhatóság körében történő értékelésének kifogásolása, mint jogdogmatikai kérdés - figyelemmel a felperesekre kedvező közbenső ítéleti megállapításra – nem bír érdemi jelentőséggel.

[59] Alaptalanul hívják fel a felperesek a Kúria Pfv.III.22.375/2016/6. számú határozatát is, mivel jelen esetben a közbenső ítélet elbírálása körében nem merülhet fel a gyógyulási esély elvesztése, illetve a maradandó egészségkárosodás miatti kártérítési mérték összevetése.

[60] A felperesek által a fellebbezésükben citált kúriai határozatok nem ellentétesek a jelen perben meghozott közbenső ítélet indoklásában foglaltakkal, ugyanakkor a közbenső ítélet rendelkező részének megváltoztatására irányuló fellebbezési kérelmet nem támasztják alá.

[61] A felperesek fellebbezése alaptalan, az alperes fellebbezése részben megalapozott.

[62] Az ítéltábla megállapította, hogy az elsőfokú bíróság az I.r, II.r., III. r. felperesek kereseti kérelmeinek jogalapja körében a bizonyítási eljárást lefolytatta, a közbenső ítélet hatályon kívül helyezésére alapot adó, lényeges eljárási szabályt nem sértett, és a megalapozott tényállásból döntően helytálló jogi következtetést levonva állapította meg az alperes kártérítési felelősségét az I., II., III.r. felpereseket ért nemvagyoni és az I.r. felperest ért vagyoni károkért.

[63] A IV.r. felperes vonatkozásában azonban bizonyítási eljárást nem folytatott le, tényállást nem állapított meg, és a rPp. 221.§. -ba ütközően az indokolási kötelezettségének sem tett eleget, ezért a IV.r. felperes tekintetében a jogalapi döntése érdemi felülbírálatra nem alkalmas.

[64] Helytállóan rögzítette az elsőfokú bíróság, hogy az alperes és az I.r. felperes között az rPtk-ban nem nevesített, az Eütv. 77.§ (3) bekezdésében írt gondossági mércének megfelelő, egészségügyi szolgáltatás nyújtására irányuló atipikus szerződés jött létre. Ennek megszegése esetén az alperes kártérítési felelősségére a törvényszék által helytállóan felhívott rPtk. 318.§, 339.§, 348.§ az irányadó. A kártérítési felelősség rPtk. 339.§-án alapuló általános bizonyítási szabályai szerint a károsultat(akat) terhelte annak bizonyítása, hogy káruk (egészségkárosodás, élethez, testi épséghez fűződő, illetve teljes családban éléshez fűződő személyiségi jogaik sérelme) az alperes károkozó magatartásának következménye, azaz a károsodást a bizonyossággal határos valószínűséggel az alperes magatartása okozta. A károkozó – az általános bizonyítási séma szerint – akkor mentesülhet a felelősség alól, ha bizonyította, hogy az általában elvárhatóság mércéje szerint járt el.

[65] Az általános kártérítési felelősségi szabályok által az okozatosság körében elvárt nagyfokú (teljes) bizonyosság igazolása azonban az orvosi kártérítési tényállásokban - ezen perek speciális jellege, a károsult és az egészségügyi intézmény közötti információs egyenlőtlenség, a beteg kiszolgáltatott állapota, és a bizonyíthatóság természettudományos korlátai miatt - a felperesektől nem elvárható. A joggyakorlat ezt felismerve az orvosi kártérítési perekben az alperes mulasztása, szakmai tévedése és az egészségkárosodás között

az okozatosság - felperest terhelő - bizonyítási kötelezettsége tekintetében a valószínűség alacsonyabb fokát is elfogadta.

[66] Az alperes egészségügyi intézmény kártérítési felelőssége tehát a jelenleg kialakult bírói gyakorlat szerint akkor is megállapítható, ha az alperes felróható, károkozó eljárása (mulasztása) a valószínűség alacsonyabb fokán, és/vagy a saját sorsú megbetegedés, vagy egyéb ok mellett, azzal együtt vezetett az egészségkárosodáshoz olyan módon, hogy tudományos módszerekkel nem állapítható meg, hogy az egyes okok közül melyek, milyen mértékben járultak hozzá a káros eredmény bekövetkeztéhez.

[67] A Kúria – a törvényszék által is felhívott - számos döntésében rámutatott arra, hogy abban az esetben, ha a károsodás pontos oka nem állapítható meg, de azt több ok is – a valószínűség alacsonyabb fokán - előidézhette, a lehetséges okok közül mindazokat vizsgálni kell, melyek az egészségügyi intézmény tevékenységéhez kapcsolódnak, a kártérítési felelősség pedig megállapítható, ha az egészségügyi szolgáltató ezen okok tekintetében nem tudja bizonyítani, hogy az elvárható gondosságot tanúsította.

[68] Az egészségügyi intézmények kárfelelősségével kapcsolatos perek jelentős részét – ahogy jelen esetben is – a „gyógyulási esély elvesztése” fogalommal jellemzett eljárások alkotják.

[69] Ezek sajátossága az, hogy amennyiben a károsult saját sorsú megbetegedése szükségszerűen egészségromláshoz (halálhoz) vezetne, és az alperes az egészségügyi szolgáltatási jogviszonyból eredő kötelezettségét megszegve orvosszakmailag téves döntése vagy mulasztása miatt az állapotjavulás vagy a teljes gyógyulás nem következik be, akkor az alperes felróható magatartásának következménye, azaz a károsultat ért hátrány a teljes gyógyulási esély elvesztésén illetve az állapotjavulás esélyének elvesztésén keresztül, de továbbra is az ehhez kapcsolódó egészségkárosodásban fogható meg.

[70] A beteg az egészségügyi kártérítési perekben az okozati összefüggés tekintetében eleget tesz a bizonyítási kötelezettségének, ha azt bizonyítja, hogy a károsodása, az egészségromlása az egészségügyi ellátás során, azzal összefüggésben következett be. Ez a körülmény tehát a bizonyítási terhet a felperes javára fordítja meg.

[71] A bíróságok a fentiek szerint az okozati összefüggés alacsonyabb valószínűségi szinten való bizonyításával a gyógyulási esély csökkenésének, elvesztésének az okozatosság szempontjából történő vizsgálatát a kimentés körébe helyezik, és az egészségügyi intézménytől várják el annak igazolását, hogy a tőle elvárt gondossági mérce szerint az orvosszakmai szabályok betartásával járt el, illetve az elvárt gondosság tanúsítása esetén sem lett volna elkerülhető az egészségkárosodás, vagyis a beteg egészségkárosodása, állapotrosszabbodása - noha az alperes intézmény gyógykezelése során következett be -, mégis független az alperes felróható eljárásától, szakmai mulasztásától.

[72] A jelen tényállás mellett helytállóan hivatkozott arra az elsőfokú bíróság, hogy az I.r. felperes maradandó egészségkárosodása az alperes gyógykezelése alatt következett be, így a kár és az egészségügyi intézmény károkozó eljárása közti okozati összefüggésre vonatkozó

bizonyítási kötelezettségének az I.r. felperes a valószínűség - joggyakorlat által elvárt - alacsonyabb fokán eleget tett. Ezért a perben az alperesnek kellett kimentenie magát annak bizonyításával, hogy az egészségügyi szolgáltatótól elvárható gondossággal járt el, és szakmai szabályszegést nem követett el, illetve az alperes akkor mentesülhetett volna a kártérítési felelősség alól, amennyiben bizonyítja, hogy az alperes felróható eljárásától függetlenül is bekövetkezett volna az I.r. felperes egészségromlása, és ezzel összefüggésben a II., III.r. felperesek teljes, egészséges családban éléshez fűződő személyiségi jogi sérelme is.

[73] Az alperes kimentése azonban a beszerzett alapszakvélemény és annak kiegészítései alapján csak részben, az alábbiakban kifejtettek szerint vezetett eredményre. Az eljárás szakértők egyértelműen úgy foglaltak állást, hogy az alperest diagnosztikai késedelem terheli, és az idegsebészeti konzílium által javasolt konzervatív terápia sem felelt meg az orvosszakmai szabályoknak.

[74] Az alperes fellebbezési érvelésével szemben az ítéltábla álláspontja a szakértői vélemény és annak kiegészítései értékelését illetően az alábbi:

[75] Az igazságügyi orvosszakértői vélemény és annak kiegészítése is rögzíti, hogy az MR késedelmes elvégzését nem indokolja az érzéstelenítő folyadék esetleges gerincvelőbe jutásának lehetősége. A tévesen alkalmazott terápiát, a konzervatív kezelést, és emiatt a műtéti késedelmet pedig nem magyarázza sem az MR képen látható térfoglalás szervülő haematomának minősítése a konzílium által, sem a beteg véralvadási faktoraira és a súlyos szepszishez kapcsolódó életveszélyes általános állapotára való hivatkozás. A szakértők leszögezik, hogy a gerinccsatornai térfoglalás ún. időfaktoros állapot, azaz az összenyomtatás idejének növekedésével a tartós ideggyógyászati károsodás esélye növekszik, emiatt a legrövidebb időn belüli dekompresszió indokolt. A bénulás vagy egyéb neurológiai deficittünet megjelenésétől számított 24 (36) órán belül ellenjavallat hiányában a műtéti beavatkozás abszolút indikációja áll fenn. A szakvélemény és annak kiegészítése is egyértelműen állást foglalt abban a kérdésben, hogy a paraplegia észlelése után sürgősséggel képalkotó vizsgálat (MR) és idegsebészeti konzílium után prompt műtét lett volna indokolt. Ezen állásponttal a magánszakértő is egyetértett.

[76] A kimentés körében alperes azon érvelése sem megalapozott, hogy a szakkonzulens tényállásban részletesen ismertetett megállapításai egyértelművé teszik, hogy a diagnosztikai késedelem és a műtét elmulasztása, mint szakmai hiba meglelte nem befolyásolta az I.r. felperesnél bekövetkezett paraplegiát, amely az alperes felróható magatartása nélkül is bekövetkezett volna. Az alapszakvéleményből és annak kiegészítéseiből ez a következtetés nem vonható le, illet a kiegészített magánszakértői vélemény sem fogalmazott meg. A szakértők álláspontja szerint a gerinccsatornai térfoglalás prognózisa - függetlenül attól, hogy az vér, genny, idegen test okozta - előre nem megjósolható, azonban két faktor alapvetően befolyásolhatja azt: egyrészt a beavatkozás ideje a tünetek jelentkezésétől számítva, másrészt a bénulás foka (komplett ill. inkomplett). Az első 24 órában megtörténő műtét esetén a funkciók akár teljes visszatérésére jelentős esély van, ezt követő műtét esetén a funkcionális deficit gyakori. (alapszakvélemény 24. o.) A kiegészítő szakértői vélemény a 2013. október 8-i háti gerinc kontroll-MR felvételen látható kiterjedt tályogmaradványokra tekintettel az alapszakvéleményt módosította azzal, hogy az időben elvégzett műtéttől is csak korlátozott mértékű dekompresszió lett volna várható, amely a parapleg állapot fennmaradását valószínűsíti, azaz a várható „egészségnyereség” a korábban meghatározott lehetőségénél

kisebbsnek értékelhető. A kiegészítő szakvéleménnyel együttesen értelmezhető szakkonzulensi vélemény kitér arra, hogy a kontroll MR lelet – nem kizárja, hanem - nagymértékben gyengíti a korábbi szakkonzulensi véleményben megfogalmazott azon álláspontot, hogy az akut beavatkozás, tehát az exploráció el nem végzése befolyásolta a betegség kimenetelét. A szakvélemények együttes értékeléséből tehát az következik, hogy az I.r. felperesnél az időben elvégzett műtét esetén is nagy valószínűséggel a paraplegia – meg nem határozható mértékű – maradványtünetei jelentkeznek. A 61., majd a 70. számú szakkonzulensi kiegészítő vélemények a fenti következtetést nem cáfolják, hanem magyarázatot fűznek hozzá.

[77] A szakkonzulensi véleményben a fennmaradó paraplegiára utalás azonban – az alperes álláspontjával szemben - a kiegészítő szakvélemény egészét figyelembevéve nem értelmezhető kizárólag teljes paraplegiaként, hanem akként, hogy a paraplegia bizonyos foka fennmaradásával kell számolni, ami jelentheti egy-egy tünet (mozgásfunkció kiesése, bénulás, széklet- vizeletvizszatartási zavar, érzékszavar) teljes vagy részleges fennmaradását, de jelentheti akár kettő vagy három tünet egyidejű jelenlétét is. A perben kirendelt igazságügyi szakértő a tárgyaláson történt személyes meghallgatása során – ismét csak a magánszakértővel egyezően - úgy foglalt állást, hogy a megfelelő időben elvégzett műtét esetén is a teljes gyógyulás esélye minimális, azonban az I.r. felperes valószínűleg enyhébb maradványtünetekkel gyógyult volna (55. jkv. 7. oldal 11. bekezdés, 8. oldal 1. bekezdés),

[78] Az a körülmény, hogy a szakkonzulens a 61. számú szakvélemény kiegészítésében (MR felvétel által igazoltan jelenlévő) tályog okozta kompresszió mellett egy másik lehetséges gerincvelő károsodási mechanizmust is felvet, - szemben az alperesi fellebbezéssel - nem jelenti azt, hogy az időben elvégzett műtéttől semmilyen állapotjavulás nem volt várható, vagy hogy a részleges gyógyulás lehetősége kizárt. A vascularis tényező, mint lehetséges károsodási mechanizmus felvetésével az idegsebész szakkonzulens nem módosította a teljes gyógyulás minimálisnak értékelt, és az enyhébb maradványtünetekkel járó állapotjavulás reálisnak értékelt esélyét. Az alperes álláspontjával szemben a 61. számú kiegészítő véleményben a vascularis tényező dominanciáját a szakkonzulens nem az I.r. felperesre vonatkoztatta, hanem az általa a magyarázat körében felhozott azon esetre, ahol paraplegiával járó, de nem térfoglaló tályog alakul ki. (61. szakvélemény 5. bekezdés).

[79] Mivel a szakvélemény és annak kiegészítései alapján megállapítható, hogy korábbi diagnózissal és helyes terápiával is a teljes gyógyulásra minimális esély volt („isteni szerencse”), azaz gyakorlatilag kizárt, hogy a bénulás maradványtünetek nélkül gyógyult volna, így az alperes kimentése a teljes gyógyulási esély elvesztését érintően eredményes volt.

[80] Azt azonban az alperes a szakvéleményekkel – a fentiekben kifejtettek szerint - nem tudta igazolni, hogy a műtét 24 órán belüli elvégzése esetén is kizárt lett volna, hogy az I.r. felperes állapota javuljon, azaz egészségromlása kisebb mértékű legyen.

[81] Annak tehát, hogy az alperes mulasztása hiányában időben elvégzett műtéttel a maradványtünetek csökkenthetők lettek volna, a reális esélye fennállt, ezért a kimentés e körben nem vezetett eredményre, így az alperes kártérítési felelőssége az enyhébb maradványtünetekkel járó állapotjavulás esélyének elvesztéséért áll fenn. Ez okból az alperes közbenső ítélet megváltoztatására és a kereseti kérelmek elutasítására irányuló fellebbezése alaptalan.

[82] A felperesek fellebbezését éppen az indokolta, hogy a közbenső ítélet rendelkező része – helyesen - az alperes kártérítési felelősségét csak a 2013. augusztus 28-i késedelmes diagnosztika és elmulasztott műtéttel összefüggésben (tehát nem a teljes alsó végtagi bénulásra, érzészavarra és széklet-, vizeletviisszatartási zavarra is kiterjedő állapotból eredő károkért) állapította meg. A közbenső ítélet indokolásából azonban inkább az tűnik ki, hogy az alperes kárfelelőssége a teljes gyógyulási (maradványtünetek nélküli) esély elvesztéséért áll fenn. A késedelmes diagnosztika és az elmaradt műtét miatt azonban az alperes csak az állapotjavulás, azaz az enyhébb maradványtünetekkel való gyógyulás esélyét veszítette el, ugyanis a teljes gyógyulásra az I.r. felperesnek a sajátsorsú megbetegedése miatt kialakult nagy kiterjedésű tályog miatt nem volt reális esélye.

[83] Az alperes kártérítési felelősségének fennálltát és annak a teljes, tünetmentes gyógyulásra vonatkozó esély elvesztésénél szűkebb körét a törvényszék közbenső ítéletének rendelkező része lényegileg helyesen határozta meg, azt az ítéltábla a rendelkező részben foglaltak szerint csak pontosította.

[84] A fentiek miatt alaptalan a felperesek közbenső ítélet rendelkező részének megváltoztatására, illetve az indokolás megváltoztatására irányuló fellebbezése. Ugyanakkor az alperesnek a jogalapi döntés megváltoztatására és a kereset elutasítására irányuló fellebbezése is – a fentiekben már leírtak miatt - alaptalan.

[85] A kifejtettek nincsenek ellentmondásban a joggyakorlat által a gyógyulási esély elvesztése körében is követett teljes kártérítés elvével. A felperes fellebbezésének indokolásában helyesen hivatkozik a Pfv.III.22.375/2016/6. és Pfv.III.20.655/2018/4. számú döntések felhívásával arra, hogy a Kúria a (részleges) gyógyulási esély elvesztését, mint a felelősség alapját a felróhatóságnál értékeli akként, hogy ha az alperes felróható magatartása hiányában van esély a gyógyulásra, akkor az alperes teljes kártérítési felelőssége fennáll a maradandó egészségkárosodással összefüggésben felperesnek okozott károkért. A Kúria kifejti, hogy az esély elvesztése és azon egészségkárosodás szétválasztására, amelyre az esély elvesztés vonatkozik, nincs lehetőség, az esély elvesztése önmagában személyiségi jogként nem értelmezhető.

[86] Ugyanakkor – a normatív szabályozás hiányában – az esély elvesztés a kár önálló típusának sem tekinthető. Az esély elvesztés annak a valószínűségi állapotnak a leírása, ahol egy alacsonyabb bizonyítottsági szinten fogadható el a károkozó magatartás és a károsultnál bekövetkező hátrány, azaz az egészségkárosodás közti okozati összefüggés. Ezen alacsonyabb bizonyítottsági szint a „reális esély”.

[87] Azonban a reális gyógyulási esély elvesztése esetén is a vagyoni és nem vagyoni kártérítés csak azokért a konkrétan nevesíthető egészségkárosodási hátrányokért állapítható meg, amelyek az okozatosság alacsonyabb szintjén ugyan, ám összefüggésben vannak a károkozó magatartással, és csak azon „reális esély” elvesztéséhez kapcsolódhat, amelyre vonatkozóan az alperes kimentése nem eredményes.

[88] A jobbulási esély elvesztése esetén a megtérítendő károk köre – mindig az egyedi tényállás függvényében, ám - általános jelleggel kisebb mértékben jelentkezik, mint a teljes gyógyulási esély elvesztése esetén.

[89] A megtérítendő kár mértékének az eset egyediségétől függő, ám vélhetően alacsonyabb összege azonban – a fentiekben már kifejtettek szerint - nem az esélyelvesztéshez, mint önálló személyiségi jogi hátrányhoz kapcsolódik, hanem a végeredménnyel, a károsodással olyan szorosan összefügg, hogy arról önkényesen leválasztani nem lehet.

[90] Az ilyen ügyekben a kártérítés összege nem a jobbulási esély százalékos arányához igazodik, hanem az alperes a teljes kártérítés megfizetésére köteles, ám csak azon vagyoni és nemvagyoni hátrányok kompenzálására, amelyek a mulasztásával összefüggésben elvesztett állapotjavulási eséllyel és az ehhez kapcsolódó egészségkárosodással vannak összefüggésben. Az esélyelvesztés során felmerülő károk mibenléte körében hasonlóan foglalt állást a Debreceni Ítéltábla a Pf.I.20.184/2019/4. számú döntésében.

[91] A jelen esetben tehát az alperes az I.r. felperes állapotjavulási esélyének elvesztése miatt csak az enyhébb fokú egészségkárosodáshoz kapcsolódó vagyoni és nemvagyoni károkat köteles megtéríteni. Az I., II., III.r. felpereseket ért nemvagyoni hátrány, illetve az I.r. felperest ért károk a maradványtüneteket hordozó, ám egy enyhébb állapottal járó és a teljes paraplegia állapotával járó károk különbözetében ragadhatók meg.

[92] A szakértői vélemények egyértelműek abban a körben, hogy a tályog kialakulásáért az alperes nem felelős, az I.r. felperes saját sorsú megbetegedéseként teljes bénulást okozott. Az alperes felróhatósága abban áll, hogy a teljes bénulást egy időben elvégzett és adekvát műtéti terápiával megakadályozhatta volna. A bénulás teljes kiküszöbölésére nem lett volna reális esély, de a tünetek enyhébb formáját tükröző állapotjavulásra igen. Ezért az alperes kártérítési felelőssége nem a teljes bénulással összefüggésben felpereseknél felmerült vagyoni és nem vagyoni károkért, hanem csak a vélhetően maradványtünetes állapothoz kapcsolódó károkért áll fenn. A vélhetően maradványtünetes állapottal együttjáró károk kimunkálása és esetlegesen szakértővel való bizonyítása az összecszerűség körében folytatódó bizonyítási eljárás során felperesek kötelezettsége.

[93] Az ítéltábla itt tér ki arra, hogy az a körülmény, hogy a szakkonzulens a felek észrevételeire tekintettel a bénulás bekövetkeztének folyamata és a károsodási mechanizmus tekintetében további magyarázattal szolgált (vascularis tényező), valamint az MR felvételre tekintettel korábbi álláspontját módosította, nem teszi a szakvéleményt ellentmondásossá, ezért a felperes fellebbezésben is fenntartott indítványával szemben új szakértő kirendelése nem szükséges.

[94] A közbenső ítélet alapjául szolgáló tényállás alátámasztotta, hogy az alperes késedelmével és téves terápiájával összefüggésben az I.r. felperesnél súlyos egészségkárosodás következett be, amelyek a vagyoni kárigényét megalapozzák, illetve sérült az I.r. felperes testi-lelki egészséghez fűződő személyiségi joga, ami nemvagyoni kártérítési igényét alátámasztja.

[95] A másodfokú bíróság – erre irányuló bizonyítás mellőzésével - köztudomású tényként fogadta el, hogy a II.r.-III.r. felperesi szülőkre súlyos lelki és fizikai terhek hárulnak azzal, hogy a korábban önálló háztartásban élő gyermekük maradandó, nagyfokú egészségromlása miatt élete végéig a gondozásukra szorul. A II.r.-III.r. felperesek életvitelének ezen gyökeres és súlyosan hátrányos megváltozása egészséges, teljes családban éléshez fűződő személyiségi jogaik sérülését eredményezik, ezért nem vagyoni kárpótlásra ad alapot.

[96] Az önálló háztartásban élő testvér, a IV.r. felperes esetében azonban a fenti hátrányok köztudomású tényként nem fogadhatók el. A IV.r. felperes részéről a testvérével való együttérzés bizonyítás hiányában pszichés károsodásként, ezáltal a lelki egészséghez való jog sérelmeként nem vehető figyelembe. A IV.r. felperes keresetében utalt arra, hogy több ízben orvoshoz vitte a testvérét, ez azonban – külön bizonyítás hiányában - nem értékelhető olyan életvitelbeli változásként, amely a teljes, egészséges családban éléshez fűződő személyiségi jog sérelmét igazolná.

[97] Figyelemmel arra, hogy a közbenső ítélet IV.r. felperes vonatkozásában tényállást nem tartalmaz, a bíróság ekörben bizonyítási eljárást nem folytatott le, a IV.r. felperest a Pp. 3. § (3) bekezdésében foglaltaknak megfelelően bizonyítási kötelezettségéről sem tájékoztatta, továbbá a közbenső ítélet ekörben az rPp. 221. §-ba ütközően indokolást sem tartalmaz, ezért az elsőfokú bíróság közbenső ítélete IV.r. felperes vonatkozásában érdemi felülbírálatra alkalmatlan.

[98] Ez okból az ítéltábla a közbenső ítéletet a rPp. 252. § (2)-(3) bekezdései alapján hatályon kívül helyezte, és az elsőfokú bíróságot újabb eljárás lefolytatására, újabb határozat hozatalára utasította, míg az I., II., III.r. felperesek vonatkozásában a rPp.253. § (2) bekezdése alapján azt helybenhagyta.

[99] A felperesek fellebbezése eredménytelen volt, ezért a rPp. 78.§. (1) bekezdése alapján – a költségek 50%-ra kiterjedő részleges költségmentességükre figyelemmel – I.r.-II.r.-III.r. felperesek személyenként 24.000.- forint fellebbezési illeték megfizetésére kötelesek, míg 72.000.- forint illeték az állam terhén marad.

[100] Az alperes fellebbezése I.r.-II.r.-III.r. felpereseket érintően eredménytelen volt, azonban személyes illetékmentességére tekintettel az öt terhelő 3x48.000.- forint fellebbezési illetéket az állam viseli. A IV.r. felperest érintően a hatályon kívül helyezésre tekintettel a másodfokú bíróságnak a feljegyzett fellebbezési illeték viseléséről rendelkeznie nem kellett. A másodfokú bíróság a perköltségviselésről a 4/2009. (XII.14.) PK véleményben foglaltak figyelembevételével döntött.

Dr. Zámbo Tamás sk.

a tanács elnöke

Dr. Sarmon Hedvig sk.

előadó bíró

Dr. Szalay Róbert sk.

bíró