

SZEGEDI ÍTÉLŐTÁBLA
Pf.III.20.047/2012/4. szám

A Szegedi Ítéltábla dr. Nagy Imre ügyvéd által képviselt **I.rendű felperes neve (címe)** I. rendű, dr. Nagy Imre ügyvéd által képviselt **II.rendű felperes neve (címe)** II. rendű, és dr. Nagy Imre ügyvéd által képviselt **III.rendű felperes neve (címe)** III. rendű felperesnek - dr. Szabó Ákos ügyvéd által képviselt **alperes neve (címe)** alperes ellen kártérítés megfizetése iránt indított perében, amely perbe az alperes pernyertességének előmozdítása érdekében beavatkozott a dr. Kocsisné dr. Gyuris Ilona ügyvéd által képviselt **Alperesi beavatkozó (címe)** a Bács-Kiskun Megyei Bíróság (jelenleg **(helység neve)**i Törvényszék) 2010. február 19. napján kelt 16.P.21.300/2006/64. számú közbenső ítélete ellen az alperes által 65., valamint az I-III. rendű felperesek által 66. sorszám alatt előterjesztett fellebbezés folytán lefolytatott, a Legfelsőbb Bíróság által hozott Pfv.III.20.190/2011/3 számú határozata alapján megismételt másodfokú eljárásban meghozta a következő

K Ö Z B E N S Ő Í T É L E T E T :

Az elsőfokú bíróság közbenső ítéletét az alábbi újraszövegezés mellett **helybenhagyja**: Megállapítja, hogy fennáll az alperes kártérítő felelőssége a néhai **(elhunyt neve)** 2005. március 8. napján az alperesi gyógyintézményben folytatott gyógykezelésével összefüggésben elkövetett mulasztások miatt a néhai gyógyulási-túlélési esélyének elvesztése következtében a felperesek teljes családban éléshez való jogának megsértése miatt a felpereseket ért károkért.

A közbenső ítélet ellen fellebbezésnek helye nincs.

I N D O K O L Á S :

Az I. rendű felperes néhai **(elhunyt neve)** házastársa, míg a II. és III. rendű felperesek a néhai nagykorú gyermekei. Néhai **(elhunyt neve)** 2005. március 7. napján délután rosszul érezte magát, többször hányt, 39,5 fok körüli

lába volt, alhasi görcsökre panaszkodott. A **(helység neve)**-i Felnőtt Háziorvosi Ügyeleten vírusos fertőzést diagnosztizáltak nála. 2005. március 8. napján a kora reggeli órákban

hányás és hasi fájdalom miatt felkereste a **(helység 2 neve)**-i háziorvost. A háziorvos kifejezetten nyomás érzékeny hasat észlelt, amely a jobb oldalon kemény és betapinthatatlan volt. Fájdalomcsillapító hatására sem következett be változás, a háziorvos vakbélgyulladás gyanúját diagnosztizálta és mentővel az alperesi kórházba szállította a beteget.

Az alperesi kórház Sürgősségi Betegellátó Osztályán 7 óra 8 perckor vették át a mentőtől a beteget, akit **(orvos 1 neve)** vizsgált meg. A vizsgálatok során az EKG eltérés nélküli volt, a vérnyomás 90-100 körüli systolés értéket mutatott. A beteg sápadt volt, láza nem volt, a hasi tapintásos vizsgálatot nehezen tűrte, mert erős fájdalmai voltak a jobb alhas környékén. A panaszok és a vizsgálat alapján vakbélgyulladásra vagy valamilyen nőgyógyászati betegségekre gondolt a vizsgáló orvos, de felmerült a bélelzáródás és a vesekő gyanúja is. **(orvos 1 neve)** a beteget **(orvos 2 neve)**-nek adta át, aki ultrahangos vizsgálatot végzett, vese- vagy epetáji problémát nem észlelt. Az ultrahangos vizsgálat vakbélgyulladásra utaló jelet sem igazolt. Néhai **(elhunyt neve)** méhen belüli fogamzásgátló eszközt használt. Miután alhasát mozgatásra érzékeny mobilis csecsemőfőnyi rezisztencia töltötte ki, ezért panaszai mögött nőgyógyászati eredetű betegséget valószínűsítettek és **(orvos 2 neve)** a rendelőintézet nőgyógyászati szakrendelésére küldte át a beteget. A nőgyógyászati szakrendelésen **(orvos 3 neve)** a beteg hasánál diffúz nyomásérzékenységet tapasztalt és a vizsgálat során csecsemőfőnyi rezisztenciát észlelt, amely a méhet és függelékeit is magában foglalta. Nőgyógyászati osztályos felvételét és nőgyógyászati ultrahang vizsgálatát javasolta. A beteget visszaszállították az alperesi kórház Sürgősségi Betegellátó Osztályára, ahol **(orvos 2 neve)** egy órán belüli mentőszállítást kért 10 óra 10 perckor. A mentő 11 óra 25 perckor érkezett meg, majd a beteget 11 óra 45 perckor adta át az alperesi kórház nőgyógyászati osztályának, ahol **(személy neve)** szonográfus nőgyógyászati ultrahang vizsgálatot végzett. Emlékezett a betegre, mert korábban 2005. február 28. napján már vizsgálta, és az akkor mért értékekhez képest lényeges eltérést nem észlelt a petefészkek és a méh tekintetében. Néhai **(elhunyt neve)**-t 12 óra 10 perc körül **(orvos 4 neve)** szülész-nőgyógyász szakorvos vizsgálta meg. Ekkorra a korábban elvégzett valamennyi vizsgálat eredménye és a laborvizsgálat eredménye is rendelkezésre állt. A laborvizsgálati eredmény 22 mm/óra süllyedést és 13.800 g/l fehérvérsejt számot mutatott. A szakorvos vizeletvizsgálattal a méhen kívüli terhesség lehetőségét kizárta, fájdalomcsillapítást és folyadékpótlással infúziót rendelt el. Miután hurok melletti gyulladásra gyanakodott, a beteget azzal az intézkedéssel hagyta az osztályon, hogy **(orvos 5 neve)** főorvos tegye meg a további intézkedéseket a beteg irányában. **(orvos 5 neve)** főorvos ekkor műtétet végzett, majd a műtétet követően viziten vett részt, amely során utasítást adott arra, hogy néhai **(elhunyt neve)** beteget kísérik a vizsgálóba annak érdekében, hogy őt meg tudja vizsgálni. Éppen adminisztratív tevékenységet végzett, amikor telefonon értesítették, hogy néhai **(elhunyt neve)** rosszul van. **(orvos 5 neve)** főorvos a beteget 14 óra 41 perckor körüli időpontban vizsgálta meg. Megnagyobbodott méhet észlelt, jobb oldali fájdalomérzetet jelzett a beteg. Megkísérelte a méhen belüli fogamzásgátló eszközt eltávolítani, sikertelenül. A beteg állapota súlyosnak tűnt,

bőre livid, nyirkos volt. **(orvos 5 neve)** főorvos úgy ítélte meg, hogy mivel nem kifejezetten a beteg méhe volt nyomás érzékeny és a beutaló is felvetette a vakbél gyulladás gyanúját, intézkedett a sebészeti osztályra való áthelyezése érdekében. Sürgősséggel mentőt hívott, majd a beteg 15 óra 40 perc körül súlyos állapotban megérkezett a sebészeti osztályra. 15 óra 25 perckor a beteg kontaktusképtelenné vált, keringése, légzése leállt. 15 óra 30 perckor újraélesztését kísérelték meg. 15 óra 50 perckor azonnali átszállítással az intenzív osztályra helyezték, ahol az újraélesztést folytatták, de a beteg 16 óra 40 perckor elhalálozott.

Néhai **(elhunyt neve)** boncolását 2005. március 10. napján kezdték meg az alperes pathológiai osztályán. Miután a hasüregben mintegy másfél deciliter vért találtak, a boncolás tovább folytatásával leálltak, és az esetet jelentették a **(helység neve)**i Rendőrkapitányságnak. A **(helység neve)**i Rendőrkapitányság 2005. március 16. napján kelt 1/1-2005. Ált. számú határozatával igazságügyi orvosszakértői boncolást rendelt el, a boncolás végrehajtásával a Bács-Kiskun Megyei Rendőr-főkapitányság Egészségügyi Osztályvezetője által kijelölt két igazságügyi orvosszakértőt bízta meg. Tekintettel arra, hogy igazságügyi szakértői orvosi boncolást **(helység neve)** közigazgatási területén csak a **(helység neve)**i Köztemető halottas házában lehet elvégezni, így a rendőrség intézkedett a kórházból a köztemetőbe történő átszállításról. Az igazságügyi orvosszakértői boncolást 2005. március 18. napján a **(helység neve)**i Köztemető bonctermében **(szakértő 1 neve)** és **(szakértő 2 neve)** igazságügyi orvosszakértő végezte el. Az igazságügyi orvosszakértők előzetes véleményükben rögzítették, hogy a halál oka a boncolás és az előzményi adatok figyelembevételével heveny méhgyulladás következtében fellépő vérmérgezés volt. A holttestből kórszövettani vizsgálatra mintát biztosítottak, azonban a Belügyminisztérium Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet Orvosszakértői Osztálya által adott kórszövettani véleményből megállapítható, hogy a vizsgálati anyagból készült kimetszések szövettani vizsgálat céljára alkalmatlanok. A kórszövettani vélemény sikertelensége nagy valószínűséggel arra a körülményre vezethető vissza, hogy a holttestet a megyei kórház pathológiai osztályáról történő átszállítást követően a **(helység neve)**i Köztemetőben nem megfelelő körülmények, nem megfelelően hűtve tárolták.

A Bács-Kiskun Megyei Rendőr-főkapitányságon 50/2005. bü. számon halált okozó foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés vétsége miatt indult nyomozás. A nyomozati eljárás során kirendelt **(szakértő 3 neve)** igazságügyi orvosszakértő szakvéleményében megállapította, hogy néhai **(elhunyt neve)** halálához vezető alapbetegsége határozott vélemény nem adható. Valószínűsítette, hogy halálát a súlyos lefolyású toxikus shock syndroma eredményezhette. A boncolás során észleltek szerint sem nőgyógyászati, sem sebészeti műtétrel gyógykezelhető betegségi állapot nem igazolódott. A halálhoz vezető kórfolyamat eleinte atípusosan zajlott. Az orvosi beavatkozások adekvátak voltak, a tüneti kezelések átmeneti eredménnyel jártak. A megkezdett, illetve folytatott kivizsgálások indokoltak voltak. A szülészeti osztályon történt részlegvezető főorvosi vizsgálat időpontjában következett be a beteg állapotában lényeges állapot rosszabbodás. Az

életveszélyes állapot felismerésre került. Az állapot önmagában nőgyógyászati okkal nem volt magyarázható, hasi állapota bizonytalan volt, mindez indokoltá tette a sebészeti

konzílium igénybevételét. A sebészeti vizsgálat akut has tünetét észlelte, mely indokolta a tervezett hasi feltáró műtétet, azonban az időközben bekövetkezett klinikai halál újraélesztést, intenzív osztályon történő elhelyezést tett szükségessé, majd néhai **(elhunyt neve)** halála menthetetlenül bekövetkezett. A nőgyógyászati osztályon alkalmazott gyógykezelési módok a betegségi állapotnak, az osztály működési rendjének megfelelőek voltak. A valószínűsített halálokra figyelemmel véleményezhető, hogy aznap egy korábbi órában történő nőgyógyászati, vagy sebészeti hasi feltáró műtét esetén sem lett volna élete megmenthető. Valószínűsíthető, hogy halála a műtét során bekövetkezett volna. A beteg vizsgálatában gyógykezelésében résztvevő orvosok és egészségügyi személyzet részéről - tevékenységüket egyenként is vizsgálva - foglalkozási szabályszegés, gondatlanság, mulasztás nem bizonyítható. A szakértői véleményre tekintettel a **(helység neve)**i Városi Ügyészség B.2597/2005/7. számú határozatával a nyomozati eljárást megszüntette, mert a nyomozás adatai alapján nem volt megállapítható bűncselekmény elkövetése.

Az I-III. rendű felperesek módosított keresetükben vagyoni és nem vagyoni káraik megtérítését kérték az alperestől. Állították, hogy néhai **(elhunyt neve)** tekintetében végzett diagnosztikus orvosi ténykedések nem voltak kellőképpen célszerűek és időszerűek, ennél fogva a beteg esélye a helyes kórisme felállítására és a célszerű, szakszerű orvosi beavatkozás elvégzésére érdemben csökkent. Néhai **(elhunyt neve)** életben maradási esélyei jobbak lettek volna, ha a sebészeti konzílium már a kórházi felvétellel egyidejűleg megtörténik, illetve nem vész el a helyes diagnózis felállításához szükséges idő a szállításokkal és a vizsgálatok közötti több órás várakozással. Az alperes indokolatlanul késedelmeskedett a laborvizsgálati eredmények alapján igazolt gyulladásos folyamat empirikus úton történő antibiotikus kezelésével, ezzel a beteg életkilátásait nagyban rontotta.

Az alperes és az alperesi beavatkozó a kereset elutasítását kérték. Arra hivatkoztak, hogy az alperes dolgozói a szakma szabályainak és előírásainak betartásával kezelték néhai **(elhunyt neve)**-t. A beteg halála a szakszerű ellátás ellenére a fatális gyors lefolyású kórkép következménye.

Az elsőfokú bíróság megismételt eljárásban hozott közbenső ítéletével megállapította, hogy az alperes 30 %-os arányban köteles megtéríteni a felperesek azon kárát, amely **(elhunyt neve)** 2005. március 8. napján az alperesi kórházban bekövetkezett halálából ered. Kifejtette, hogy a rendelkezésre álló szakértői véleményekből következően **(elhunyt neve)** halálának legvalószínűbb okaként bakteriális fertőzés miatt kialakult és heveny keringési elégtelenséghez vezető toxikus shock syndroma jelölhető meg. A halál okához vezető kórfolyamat azonban pontosan nem tisztázható az értékelhetetlen szövettani lelet miatt. A sepsis, mint halálok hasonló kórállapotot jelent, annak különbségével, hogy a toxikus shock syndroma igen gyorsan és uralhatatlanul vezet a vérkeringés összeomlásához, és az esetek nagyobb részében a halálos eredményhez. A laboratóriumi vizsgálati eredmények **(elhunyt neve)**-nál gyulladásos elváltozásra utaltak. Ezt összevetve a

klinikai tünetekkel, az IUD-t viselő beteg heves hasi fájdalmával, az alhasi rezisztenciával és az egyre romló általános állapottal, állítható, hogy a biztos diagnózis felállítása előtt célszerű lett volna empirikus módon az antibiotikumos kezelés megkezdése. Az antibiotikum adás célszerűsége **(elhunyt neve)** esetében az IUD mellett kialakult és feltételezett kismedencei gyulladás, illetve vakbél miatt volt mondható. A kismedencei gyulladásos folyamatok kezelésének alappillére az antibiotikum. A kellő gondosságon esett csorba ott fedezhető fel, hogy a pontos diagnózis felállításának menetében a gyulladáscsökkentő kezelés - antibiotikum adása - elmaradt, ami **(elhunyt neve)** esetében esetleg lassíthatta volna a gyulladás szervezeten belüli elhatalmasodását. Az azonban nem állítható, hogy a kórlefolyás alapján feltételezett toxikus shock syndromát elhárította volna. Szakértői vélemény szerint szinte bizonyos, hogy az antibiotikumos kezelés megkezdése ellenére a keringés összeomlás bekövetkezett volna, miután azonban a toxikus shock syndroma lehetősége jelen esetben teoretikus, így annak utólagos megléte nem bizonyítható. Megállapította, hogy néhai **(elhunyt neve)** gyógykezelése 2005. március 8. napján a déli órákig megfelelően zajlott, az eddig eljáró orvosok és egészségügyi személyzet magatartása nem kifogásolható. 2005. március 8. napján a déli időponttól kezdve a beteg nőgyógyászati osztályra történő felvételét követően azonban a széles spektrumú antibiotikumos kezelés megindítása mindenképpen indokolt lett volna. Kimondható, hogy **(elhunyt neve)** életben maradási esélyeit habár valószínűsíthetően csak igen csekély mértékben és csekély valószínűséggel, de javíthatta volna az időben megkezdett széles spektrumú antibiotikumos kezelés. **(orvos 4 neve)** a szülészeti nőgyógyászati osztály szakorvosa a gyulladásos folyamatra utaló jelek, illetve az ezt erősítő laborvizsgálati eredmény ismeretében abban a helyzetben volt, hogy kezdeményezhette volna a széles spektrumú antibiotikumos kezelés megindítását. Az alperesi felelősség alóli kimentésre nem alkalmas az a hivatkozás, hogy az osztály gyakorlata alapján a szakorvos nem volt jogosult antibiotikumos kezelés indítására, erre csak a főorvosnak lett volna hatásköre. A **(orvos 4 neve)** által tett intézkedések nem felelnek meg az elvárható gondossági mércének. Az alperes felelőssége alól abban az esetben tudta volna magát eredményesen kimenteni, ha orvosszakértői eszközökkel egyértelműen bizonyítható a pontos halálok ismeretében, hogy a széles spektrumú antibiotikumos kezelés megkezdése ellenére bizonyossággal bekövetkezett volna **(elhunyt neve)** halála. Bár az alperest a kórszövettani vizsgálat eredménytelensége és ebből eredően a pontos halálok megállapítása elmaradása kapcsán felelősség nem terheli, az ennek következtében bizonyíthatatlanná vált összefüggések mégis az alperes terhére értékelendők. Ennek következtében az alperes magát sikeresen kimenteni nem tudta a felelősség alól, mert nem bizonyította, hogy **(elhunyt neve)** bekövetkezett halála és a széles spektrumú antibiotikumos kezelés megkezdésének elmulasztása között nincs okozati összefüggés.

Az elsőfokú ítélettel szemben valamennyi peres fél fellebbezést terjesztett elő. Az I-III. rendű felperesek fellebbezésükben az elsőfokú közbenső ítélet megváltoztatását kérték oly módon, hogy a bíróság az alperest a felperesek teljes kárának megtérítésére kötelezze. Előadták, hogy a szakértői vélemények egybecsengtek

abban, hogy a toxikus shock syndroma nem minden esetben, csupán az esetek jelentős részében vezet elháríthatatlanul a beteg halálához. Fontos megjegyezni azt is, hogy a toxikus shock syndroma lehetősége jelen esetben teoretikus, és a sepsis, mint halálok

hasonló kórállapotot jelent. A súlyos állapotban lévő betegnél a kórház egyes részlegei közötti kommunikáció nem megfelelően zajlott, és az ellátás sem az akut hasi kórképek és a szülészeti- nőgyógyászati protokoll szerint zajlott. Az alperes tétlensége és a nem megfelelő beavatkozása miatt a kártérítési felelősség a bírói gyakorlat szerint is megállapítható. Ha bizonytalan, hogy a beteg a megfelelő ellátás mellett is meghalt volna, akkor ez az alperes terhére esik, így a kártérítő felelőssége fennáll. Hivatkoztak arra is, hogy a nem vagyoni kártérítés esetében kármegosztás nem lehetséges, emiatt is indokolt az alperes teljes kártérítési felelősségének megállapítása.

Az alperes fellebbezésében az elsőfokú közbenső ítélet megváltoztatását és a felperesek keresetének elutasítását kérte. Nyomatékosan hivatkozott arra a körülményre, hogy a hatósági boncolás eredménytelensége nem róható fel az alperesi kórháznak. A toxikus shock syndroma haláloki szerepe igen valószínű, de bakteriológiai vizsgálat és egyéb laboratóriumi vizsgálati lelet hiányában ez objektíven nem bizonyítható. E két összetevőből megállapítható, hogy nem tudjuk a halál okát. Bírói gyakorlatra utalással hivatkozott arra, hogy kategorikus megállapítás az okozati összefüggés körében a bekövetkezett halál és a felperest ért kár között csak akkor tehető, ha szakértői vélemény nem csupán a néhai beteg életben maradási esélyeinek növekedését, hanem a halálos eredmény és az alperesi egészségügyi személyzet magatartása közötti okozati összefüggést is kimutatja. A halálos eredmény és az alperesi egészségügyi személyzet magatartása közötti okozati összefüggést egyik szakértő sem mondta ki. A septicus shock haláloki meghatározása is csak feltételezés, ebből következően az antibiotikum adásának szükségessége is csak a feltételezés kategóriájába tartozik. Az alperes felróhatóságának hiányát sikeresen bizonyította, hiszen a szakértők arra az álláspontra helyezkedtek, hogy az alperes egészségügyi személyzete az elvárható gondosság szerint járt el. Az okozati összefüggést viszont a felpereseknek kellett volna bizonyítaniuk, erre nem került sor, hiszen azzal, hogy a néhai halálának okához vezető folyamat nem tisztázható, a felperesek a Ptk. 339. §-ában leírt feltételek legfontosabb elemét nem tudták bizonyítani.

A beavatkozó egyetértett az alperes fellebbezési kérelmében foglaltakkal és annak megfelelő közbenső ítélet meghozatalát kérte a másodfokú bíróságtól.

A fellebbezés folytán eljáró Szegedi Ítéltábla az elsőfokú bíróság által megállapított tényállást kiegészítette azzal, hogy a néhai **(elhunyt neve)** esetében órák alatt, fulminánsan lezajlott kórkép gyakorlatilag terápiás eszközökkel befolyásolhatatlanul vezetett a vérkeringés összeomlásához, és az intenzív ápolás és újraélesztési kísérletek ellenére a beteg halálához. A Pf.III.20.418/2010/9. számú ítéletével az elsőfokú bíróság közbenső ítéletét megváltoztatta és a felperesek keresetét elutasította. A Szegedi Ítéltábla ítéletének meghozatalánál az alábbi kiindulópontot használta: egészségügyi szolgáltatási jogviszonyokban a beteg és az egészségügyi intézmény között kontraktuális jogviszony jön létre a betegellátó tevékenység

- 7 -

Pf.III.20.047/2012/4. szám

elvégzésére. E kontraktuális jogviszonyban a Ptk. 318. §-ának /1/ bekezdésén keresztül alkalmazandó Ptk. 339. §-ának /1/ bekezdése értelmében a felróható magatartással okozati összefüggésben bekövetkezett kár megtérítésére kell kötelezni a károkozót,

mögöttes felelősség esetén pedig a Ptk. 348. §-ának /1/ bekezdése szerint a munkáltatót. A Ptk. 339. § /1/ bekezdése abban az esetben teszi lehetővé kártérítési felelősség megállapítását, ha a károkozó másnak jogellenesen kárt okoz. A kártérítési felelősség szükségképpen fogalmi elemei tehát a jogellenesség, a kár és a kettő közötti okozati összefüggés. Főszabály szerint a felelősség alóli mentesülés bizonyítására, azaz az alperesi exkulpációra csak abban az esetben kerülhet sor, ha a felperes a fenti három szükségképpen kártérítési felelősségi elemet bizonyította. Az egészségügyi szolgáltatási jogviszonyokban kialakított gyakorlat szerint az okozatosság körében vizsgálandó, hogy a felperest ért kár az alperes gyógykezelés körében végzett tevékenysége során merült-e fel. Ennek a viszonylag egyszerűen eldönthető előkérdésnek a megválaszolását követően vizsgálandó, hogy az Eütv. 77. §-ának /3/ bekezdése szerint a gyógyító-betegellátó tevékenységben résztvevő a tőle elvárható gondossággal járt-e el. Miután azonban a jogi okozatosság a konkrét magatartás, mulasztás és a kár közötti adekvát és jogilag releváns kauzális kapcsolat meglétét, annak bizonyítását igényli, ezért az e körben releváns orvosszakmai kérdések vizsgálata döntően szakértői vizsgálattal dönthető csak el. A finalitás - nevezetesen, hogy a halálos eredmény az alperesi intézménynél következett be - a kauzális láncban fennálló hiányt nem pótolhatja. Amennyiben a kezelés során elvárható gondosság a jogvita tárgya, eldöntendő kérdés, hogy ha az orvos az elvárható gondosságot tanúsítja, a kár akkor is bekövetkezett volna-e. Kezelési hiba, orvosi mulasztás esetén sem állapítható meg felelősség (okozatosság), ha a kár akkor is bekövetkezett volna, ha a diagnosztikai késedelem, mulasztás a beteg egészségi állapotát nem befolyásolta jelentősen, azaz a kár akkor is bekövetkezett volna, ha az orvos a tőle elvárható gondosságot tanúsítja. Így irreleváns lehet a mulasztás, ha a beteg életét a megfelelő kezelés sem menthette volna meg. Ezért olyan esetekben, ha a beteg halála nem áll az egészségügyi szolgáltatási jogviszonyban tevékenykedő orvosi, illetve egészségügyi személyzet magatartásával szerves összefüggésben adekvát-releváns oksági kapcsolatban, a halál beállta, mint kár a hozzátartozó elvesztése miatti kártérítési igény körében nem értékelhető. Másként megfogalmazva az adekvát relevancia elmélet alkalmazásával kiküszöbölhető, hogy olyan tevékenységért, magatartásért is felelősséget kelljen megállapítani, amikor az egészségügyi szolgáltató által végzett gyógykezelő tevékenység során, de nem a konkrét mulasztással, magatartással összefüggésben kerül sor károsodásra. A Szegedi Ítéltábla jogi álláspontja az volt, hogy néhai **(elhunyt neve)** haláláért az alperes felelőssége nem mondható ki, mert habár a közvetlen halálokhöz vezető kórfolyamat a boncolás eredménytelensége miatt nem tisztázható egyértelműen, az csak valószínűsíthető, ugyanakkor a szakértői vélemények a felmerült valamennyi lehetséges halálok tekintetében tettek megállapításokat, amiből a halál alperesi magatartástól független bekövetkezésre lehet következtetni. Adekvát oksági kapcsolat és ebből következő alperesi felelősség így nem a halál, mint kár bekövetkezéséért, hanem legfeljebb a gyógyulási-életben maradási esély csökkenése körében jöhet szóba. A Legfelsőbb Bíróság által

kialakított értelmezési joggyakorlat alapján azonban az is kimondható, hogy az életben maradási esély csökkenéséért való felelősség megállapítására csak akkor kerülhet sor, ha legalább kisebb fokú gyógyulási esély megállapítható, és ez a gyógyulási esély reális. Az esély határai úgy húzhatók meg, hogy a gyakorlatilag lehetetlen túlélés esetén már nem állapítható meg összefüggés. Rámutatott arra, hogy a gyógyulási, életben maradási esély elvesztésének adekvát oksági kapcsolatban kell állnia az alperes magatartásával, amely

magatartás felróhatósága esetén az alperes a felelősség alól nem mentesülhet. Azonban, ha a szakértői véleményekből az állapítható meg, hogy a néhainak az esetlegesen elkövetett alperesi mulasztás ellenére, az elvárható gondosság tanúsítása esetén sem lett volna reális túlélési esélye, úgy az alperes felelőssége nem állapítható meg. Utalt arra, hogy a jogirodalom és a bírói gyakorlat nem egységes abban, hogy a gyógyulási, illetve életben maradási esély elvesztésével, vagy csökkenésével kapcsolatos kérdéseknek az okozatosság, vagy a kimentés körében van relevanciája. Az eltérő gyakorlatra tekintettel mind az adekvát-releváns okozatosság körében, mind a felróhatóság viszonylatában vizsgálta az alperes magatartását. A szakértői véleményekben tett megállapításokra tekintettel egyetértett az elsőfokú bírósággal abban, hogy az egyetlen olyan orvos-szakmai kérdés, ami az alperesi felelősség alapjaként számításba jöhet, az antibiotikumos kezelés elmulasztása volt (azaz az azt megelőző alperesi egészségügyi tevékenység tekintetében releváns mulasztás nem állapítható meg; elsőfokú ítélet 15-16. oldal). A szakértői véleményeket mérlegelve arra a következtetésre jutott, hogy a legvalószínűbb halálok vonatkozásában az antibiotikumos kezelés elmaradásának adekvát relevanciája nincsen, ugyanis egy fulmináns kórlefolyású, heveny vérkeringési elégtelenséghez vezető toxikus shock szindróma elháríthatatlanul okozza a halált. A sebészeti beavatkozást igénylő akut hasi problémák tekintetében szintén nem állapítható meg az antibiotikumos kezelés elmaradásának relevanciája, a szakértői nyilatkozatokból következően ugyanis a septicus toxikus shock pillanatáig antibiotikumos terápiát elindítani sebészeti indokok alapján nem lett volna célszerű. Az antibiotikumos kezelés elkezdésének hiánya kizárólag a vélelmezett kismencedei gyulladásos folyamat lassítása tekintetében jöhet szóba, ugyanakkor e körben sem állapítható meg a szakértői nyilatkozatokból az, hogy az antibiotikumos kezelés jó eséllyel javította volna a beteg életkilátásait. A felmerült halálokokat értékelve így kimondható, hogy vagy nem releváns az alperesi mulasztás, vagy ha releváns, e mulasztásnak olyan csekély mértékű és csupán igen kismértékben valószínűsíthető hatása lehetett volna a néhai életkilátásaira, ami az adott tényállás mellett nem éri el azt a szintet, ami mellett reális életben maradási esély megállapítására, és ebből következően az alperesi mulasztással adekvát-releváns okozati összefüggésben álló életben maradási esély csökkenéssel érdemben számolni lehetne. Ezért az életben maradási esély csökkenésével, illetve elvesztésével adekvát oksági kapcsolatban az alperes magatartása nem áll, így az ezért való kártérítési felelőssége sem állapítható meg. Nem juthatunk azonban más eredményre akkor sem, ha azt tételezzük, hogy elegendő az oksági kapcsolat igazolásához az, hogy a néhai beteg az alperes gyógykezelése alatt állt, ugyanis az antibiotikumos kezelés megkezdése tekintetében fennálló kisebb valószínűséggel tételezhető esetleges alperesi késedelem esetén sem állapítható meg a reális életkilátások csökkenése, azaz az alperestől elvárható gondosság tanúsítása esetén sem állapítható meg reális gyógyulási esély.

Pf.III.20.047/2012/4. szám

A felülvizsgálati kérelem folytán eljáró Legfelsőbb Bíróság a Pfv.III.20.190/2011/3. számú végzésével a jogerős ítéletet hatályon kívül helyezte és a másodfokú bíróságot új eljárásra és új határozat hozatalára utasította. Rámutatott arra, hogy a jogerős döntést hozó bíróság ítéletében nem foglalkozott a felperesek által a keresetükben és a perben mindvégig hivatkozott, az alperesnek a betegellátás terén megmutatkozó szervezési hiányosságaival, a beteg egyik osztályról a másikra való átszállításából eredő

késedelemmel és idővesztéssel mint olyan hibára, amely az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 77. §-ának /3/ bekezdése szerinti gondosság követelményébe ütközött, hanem ítéletét kizárólag a széles spektrumú antibiotikus kezelés elmaradásának értékelésére alapította. Így nem döntött arról, hogy volt-e az alperesnek a szervezési hibából, egyéb késedelemből eredő olyan mulasztása, amely az eredményét tekintve a kezelést illetően eseménytelen időmúlást jelentett. Ez a hiányosság a jogerős ítéletet megalapozatlanná, így jogszabálysértővé tette, de eljárási hibát is jelentett. Jogszabálysértő azonban a jogerős ítélet abban is, hogy a gyógyulási-életben maradási esély csökkenését-elvesztését a hozzátartozók bizonyítási kötelezettségének körébe tette, majd az e körbe eső bizonyítatlanságot a károsultak terhére értékelte. A jogerős ítélet érdemi felülvizsgálata ezért az említett okokból nem történhetett meg. A jogerős ítélet téves jogi álláspontja mellett még olyan téves megállapítást is tartalmaz, hogy a Ptk. 339. §-ának /1/ bekezdése értelmében a felróható magatartással okozati összefüggésben bekövetkezett kár megtérítésére a károkozót, mögöttes felelősség esetén pedig a Ptk. 348. §-ának /1/ bekezdése szerint a munkáltatót kell kötelezni. A munkáltató felelőssége az alkalmazottja károkozásáért nem mögöttes, hanem egyenes, direkt felelősség. Nem jelent mögöttes felelősséget az, hogy maga a munkáltató nem, csak az alkalmazottja tud kárt okozni. Alapvetően téves továbbá a jogerős ítéletnek az a megállapítása, hogy a - a jogirodalom mellett - a bírói gyakorlat nem egységes abban, hogy a gyógyulási esély elvesztése az okozati összefüggés, vagy a kimentés körébe tartozik. A bíróságok szervezetén belül a Legfelsőbb Bíróság feladata az egységes bírói gyakorlat kialakítása különféle eszközökkel, amelyből következően gyakorlatot alakító szerepe és döntéseinek hatása van. Az említett kérdésben nincs eltérő bírói gyakorlat, de a másodfokú bíróság is az esély kérdését az okozati összefüggésnél és a felróhatóságnál is vizsgálta. Az oksági kapcsolat körében a másodfokú bíróság kifejtett jogi álláspontja téves, a felróhatóság körében pedig megalapozatlan.

A megismételt másodfokú eljárásban a felperesek keresetüket és fellebbezésüket fenntartották és a legfelsőbb Bíróság határozatának tükrében a gyógyulási esély elvesztését kérték értékelni.

Az alperes a megismételt másodfokú eljárásban fellebbezését fenntartotta, míg a beavatkozó érdemi nyilatkozatot nem tett.

A Legfelsőbb Bíróság határozatának tükrében a fellebbezések érdemi elbírálása körében az alábbi megállapítások tehetők.

Miután a Legfelsőbb Bíróság hatályon kívül helyező végzésében semmilyen bizonyítás lefolytatásának szükségességét nem írta elő, és az ügy jelenlegi állásában kizárólag a felelősség jogalapja fennállásáról vagy annak hiányában a kereset elutasításáról hozható döntés, így a felülvizsgálat körében hozott végzés indokolásában adott utasítások szerint lehet a jogvitában a Legfelsőbb Bíróság gyakorlatot alakító szerepére és arra a megállapítására tekintettel döntést hozni, hogy nincs eltérő bírói gyakorlat a felelősség Ptk. 339. § /1/ bekezdése szerinti általános és az 1997. évi CLVI. törvény (Eütv.) 77. §-ának /3/ bekezdése szerinti egészségügyi-szolgáltatási jogviszonyokban érvényesülő elvárhatósági mércére vonatkozó szabálya tekintetében. A Legfelsőbb Bíróság iránymutatásként

megfogalmazta, hogy a gyógyulási-életben maradási esély elvesztésének vizsgálata nem az oksági kapcsolat, hanem a felróhatóság körébe tartozik, de azt nem önmagában kell vizsgálni. Az esély elvesztésénél a károkozót terhelő olyan, a gondos magatartás követelményét sértő magatartás vagy mulasztás értékelhető, amelynek van oksági kapcsolata az eredménnyel, az adott esetben a beteg halálával (Legfelsőbb Bíróság Pfv.III.20.190/2011/3. számú végzésének 8. oldal utolsó bekezdése). A felróhatóság körében pedig abból kell kiindulni, hogy a gyógyulásra való esély érték, amely a kezelés alatt álló személyéhez kötődik, így személyhez fűződő védett jog, amelynek az elvesztése vagy csökkenése a kár és így a kártérítési felelősség alapja. A gyógyulásra való esély elvesztése teljes bizonyossággal nem mondható ki, ám ha orvosi hiba, gondatlanság megállapítható, akkor az egészségügyi szolgáltató csak akkor mentesülhet a kártérítési felelősség alól, ha bizonyítja, hogy a tőle elvárható legnagyobb gondosság tanúsítása ellenére nem volt esélye a betegnek a gyógyulásra, életben maradásra. Ha valószínűsíthető, hogy időben végzett kezelés, beavatkozás mellett akár minimális esélye lett volna a betegnek, akkor az alperes felelőssége megállapítható (Legfelsőbb Bíróság Pfv.III.20.190/2011/3. számú végzésének 8. oldal utolsó és 9. oldal első bekezdése).

Miután korábban tévesen állapította meg a másodfokú bíróság, hogy a felperesek a bizonyítási kötelezettségüket nem teljesítették; az adekvát kauzalitás károsultat terhelő kötelezettségét nem pótolja a halálos eredmény, az, hogy az az alperes intézménynél következett be, így az esély elvesztésének bizonyítása nem az ő kötelezettségük, azt pedig bizonyították, hogy az alperes kezelése során történt a beteg halála, jogi értelemben tehát a kár okozása bizonyított (Legfelsőbb Bíróság Pfv.III.20.190/2011/3. számú végzésének 9. oldal második bekezdése). A halál okáról a szakértői vélemények annyit tartalmaznak, hogy a halál pontos oka nem állapítható meg; valószínűsíthető a heveny keringési összeomlás, a hátterében pedig nem zárható ki a toxikus shock szindróma. A nőgyógyászati szerveken kialakult gyulladás csaknem biztos, ami az említettekhez vezetett. Az azonban, hogy a halál pontos oka miért nem állapítható meg, a peradatokból ismert, de ennek önmagában döntő jelentősége nincs. Az viszont tény, hogy ebben nem hibásak a kórboncnokok, de nem lehet hibás az alperes sem (Legfelsőbb Bíróság Pfv.III.20.190/2011/3. számú végzésének 9. oldal harmadik bekezdése). A bizonyítatlanság következménye azonban az alperes terhére esik. Az alperes kimentési helyzetét nehezíti a halál okára vonatkozó pontos adat hiánya, de a szakértők lényegében egyformán azt véleményezték, hogy a halál végül is olyan okból következett be, amilyen betegsége az elhunynak volt, és amellyel az alperes kezelte. Ennek van jelentősége, ezért az

- 11 -

Pf.III.20.047/2012/4. szám

alperesnek ahhoz, hogy a kártérítési felelősség alól mentesüljön, azt kell bizonyítania, hogy a beteget gondosan, jól kezelte. Ennek során pedig nem az a lényeges kérdés, hogy ha jól kezelik, akkor életben maradt volna, hanem az, hogy erre valószínűsített esély kell (Legfelsőbb Bíróság Pfv.III.20.190/2011/3. számú végzésének 9. oldal harmadik bekezdése)

Értékelve azt, hogy a csillapíthatatlan fájdalommal jelentkező, súlyos állapotban levő beteget a háziorvosa hajnalban, sürgősséggel utalta a néhait kórházba, és ott a sürgősségi betegellátó osztályra fel is vették, azonban a felvétele után a délelőtti órákban

a súlyos hasi panaszai ellenére nem sikerült megállapítani a panaszok okát, eredetét, továbbá azt, hogy mire hosszas várakozás után a dél körüli órákban a nőgyógyászati osztályra szállították, a laborleletek és az ultrahangvizsgálat eredményének ellenére érdemleges vizsgálat, kezelés nem történt, miközben az idő múlásával a beteg állapota egyre romlott. Antibiotikum adása elmaradt, de sebészeti konzíliumról és műtétről való döntés is csak akkor történt meg, amikor a beteg szervezete már alig működött. A műtétről való döntés időpontjában sem állt több információ az orvosok rendelkezésére, mint korábban, így felmerül a diagnosztikus célra irányuló hasfeltáró műtét elmaradásának a kérdése. Nem hagyható figyelmen kívül az sem, hogy a boncolást végző orvosszakértők - bár a halál okáról semmit nem tudtak meg - az előzetes véleményükben a boncoláskor rendelkezésre álló orvosi dokumentációk megtekintése, valamint az előzményi adatok ismerete alapján orvosszakértőileg szükségesnek tartották a gyógykezelés és az orvosi ellátás részletes vizsgálatát. A **(helység neve)**i Városi Ügyészség a halált okozó, foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés vétsége miatt indult nyomozást megszüntette ugyan (B.2597/2005/7. számú határozat), de - amellet, hogy a személy szerinti büntetőjogi felelősség megállapítására lehetőséget nem látott - rámutatott a kórháznak a betegellátás terén megállapítható szervezési hiányosságaira, így az átszállításra váró beteg elhelyezésére, az indokolatlanul hosszú időre, és arra, hogy az átszállítás időpontjában a nőgyógyászati osztályon orvos nem volt található. Ilyen hiányosságokra, kapcsolattartási problémákra, az idővesztés kérdésére a perben kirendelt szakértő is rámutatott (Legfelsőbb Bíróság Pfv.III.20.190/2011/3. számú végzésének 10. oldal második bekezdése).

E mulasztások mellett az alperes a kártérítő felelősség alól nem tudta magát kimenteni, így a felperesek megismételt fellebbezési tárgyaláson tett nyilatkozata és a Legfelsőbb Bíróság által adott útmutató és definíciók figyelembevételével a gyógyulásra való esélyt olyan értéknek kezelve, amely a kezelés alatt álló személyéhez kötődik, így személyhez fűződő védett jog, amelynek az elvesztése vagy csökkenése a kár, az alperes kártérítési felelősségének jogalapja megállapítható. Erre tekintettel a másodfokú bíróság a Pp. 253. § /2/ bekezdése alapján - a fenti megállapítások, továbbá azon dogmatikai elv figyelembe vétele mellett, hogy nem vagyoni kártérítési igénynél a hátrányért való felelősség %-os aránya nem határozható meg -, átszövegezéssel helyben hagyta az elsőfokú bíróság közbelső ítéletét. Annak a kérdésnek, hogy csak igen csekély mértékű gyógyulási-túlélési esély valószínűsíthető a néhainál kellően gondos alperesi gyógykezelés

- 12 -

esetén is, a kártérítés összegszerűségének meghatározása körében lesz jelentősége.

Szeged, 2012. április hó 24. napján

Dr. Kissné dr. Koch Ágnes sk.	Dr. Simonné dr. Gombos Katalin sk.	Dr. Rakita Zsuzsanna sk.
a tanács elnöke	előadó bíró	táblabíró