

DEBRECENI ÍTÉLŐTÁBLA

Pf.I.20.238/2012/7. szám

A Debreceni Ítéltábla a dr. Simon Tamás ügyvéd ügyintézésével a Budapesti... számú Ügyvédi Iroda (címe) által képviselt I.rendű felperes neve (címe) I. rendű, II.rendű felperes neve (címe) II. rendű, III.rendű felperes neve (címe) III. rendű és IV.rendű felperes neve (címe) IV. rendű felpereseknek, a dr. Kiss Éva ügyvéd (címe) által képviselt Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzata (címe) alperessel szemben - akinek a pernyertessége érdekében a dr. Hegyeshalmi Zoltán ügyvéd ügyintézésével a Hegyeshalmi Ügyvédi Iroda (címe) által képviselt Allianz Hungária Biztosító Zrt. (címe) beavatkozott - kártérítés megfizetése iránt indított perében a Miskolci Törvényszék 10.P.20.287/2010/61. számú ítélete ellen a felperesek részéről 62. sorszám alatt előterjesztett fellebbezés folytán - tárgyaláson kívül - meghozta a következő

közbenső ítéletet:

Az ítéltábla megállapítja, hogy az alperes kártérítési felelősséggel tartozik a felpereseket néhai **Cs. A.** 2006. július hó 6. napján bekövetkezett halála miatt ért kárért. A kár összecszerűsége tekintetében az elsőfokú bíróság ítéletét - a fellebbezési kérelem és a fellebbezési ellenkérelem korlátai között - hatályon kívül helyezi, és az elsőfokú bíróságot ebben a keretben a per újabb tárgyalására és újabb határozat hozatalára utasítja.

A felperesek és az alperes oldalán felmerült fellebbezési eljárási költséget egyaránt 100 000 (egyszázezer) Ft-ban állapítja meg, továbbá megállapítja, hogy a felperesek fellebbezésével 445 100 (négy száznegyvenötezer-egyszáz) Ft fellebbezési eljárási illeték merült fel.

A közbenső ítélet ellen nincs helye fellebbezésnek.

Indokolás:

Az elsőfokú bíróság által megállapított tényállás szerint néhai **Cs. A.**-nak a házastársa az I. rendű felperes volt, míg a II-IV. rendű felperesek a gyermekei.

Néhai **Cs. A.**-t előrehaladott stádiumú és bélelzáródással fenyegető vastagbél daganatos betegség miatt 2006. május hó 2. és július hó 7. napjai között kezelték az alperes jogelődjénél. A műtetre május hó 5. napján került sor, mely előtt vastagbél előkészítés történt, ám antibiotikum profilaxisban nem részesült. A műtét során észlelték a bél lumenét

elzáró daganatot, s jobboldali hemicolectomiát végeztek. A szövettani vizsgálat kifeléyesedő adenocarcinomát igazolt, mely a zsírszövetbe is betört. Az eltávolított nyirokcsomók közül csak egyben találtak daganatos áttétet. A műtétet követő harmadik napon állapotromlás következett be, sebfeltárás történt és május hó 8. napján sürgős reoperációt hajtottak végre a beteg septicus, sokkos állapota miatt; az elhalt szöveteket kimetszették és mikrobiológiai mintavétel történt. Május hó 24. napján újabb reoperáció történt gyomorvérzés gyanúja miatt, ami nem igazolódott. Veseelégtelenség, májelégtelenség, légzési, majd szívelégtelenség lépett fel. A súlyos általános állapotú betegnél különféle infekciók alakultak ki, melyeket már nozokómiális törzsek okoztak. A június hó 30. napi hemokultúra vizsgálata Candida parapsilosis okozta véráramfertőzést igazolt, melyre antibiotikus kezelést alkalmaztak. A betegnél a súlyos septico-toxikus állapot szívizom-károsodáshoz és szívmegálláshoz vezetett, majd 2006. július hó 6. napján bekövetkezett a halála, amit a boncjegyzőkönyv alapján a sebfertőzés és sebszétválás miatti toxikus szívizom-károsodás okozott.

Az alperes jogelődje a műtétet megelőzően nem alkalmazott antibiotikum profilaxist, ahogy a beteg gyulladásos paramétereinek emelkedésekor terápiás antibiotikumot sem, csupán a műtétet követő naptól adott antibiotikumot (Tienam). Az antibiotikum profilaxis nélkül a várható infekciós ráta 20-40 %, vagy még ennél is magasabb. Ez a profilaxis nem küszöböli ki teljesen a műtét utáni infekciókat, de gyakoriságukat jelentősen csökkenti. A néhai sebfertőzése egészségügyi ellátás során szerzett fertőzés, melynek során nagy valószínűséggel saját bélflórájának tagjaival fertőződött és azt nem kívülről bekerült nozokómiális kórokozók okozták. Teljes bizonyossággal nem zárható ki annak a lehetősége, hogy a fertőzés bekövetkezett volna abban az esetben is, ha a beteg antibiotikus profilaxisban részesül, de az biztosan sokkal enyhébb formában zajlott volna le. Az utóbb alkalmazott antibiotikus kezelés ellenére fokozatosan szövődmények léptek fel, úgymint vese- és májelégtelenség, ismétlődő szív-ritmuszavarok, szív- és légzési elégtelenség. Ebben a kórlefolyásban jelentős szerepet játszott a korábbról ismert kardiális állapot és daganatos senyvesség is a műtét után kialakult gyulladásos szövődmény mellett.

A műtét előtti és utáni állapotát tekintve a néhai kórisméi az alábbiak voltak:

- a vastagbél rosszindulatú daganata,
- daganatos áttétek a környéki nyirokcsomókban, a csepleszben és a bél körüli zsírszövetben,
- műtét utáni sebgyógyulás,
- bakteriális és gombás eredetű hasüregi gyulladás,
- általános vérmérgezés,
- daganatos senyvesség,
- ismételt keringés-összeomlás,
- heveny veseelégtelenség,
- májelégtelenség,
- tüdőgyulladás,
- légzési és keringési elégtelenség,
- kamrafibrilláció és flutter,
- heveny vérzéssel járó gyomorfekély,
- vérszegénység,

- pemphigus,
- szívmegállás újraélesztéssel,
- magas vérnyomás betegség,
- ischaemiás szívbetegség,
- dűlmirigy megnagyobbodás,
- jobboldali lágyéksérv utáni műtéti állapot,
- végbél berepedése utáni műtéti állapot,
- vakbélműtét utáni állapot,
- bal alsó végtagi mélyvénás trombózis utáni állapot,
- korábbi agyi vérkeringési zavar,
- baloldali varicokele,
- ágyéki gerincsérv,
- jobboldali veseciszta.

Az antibiotikum profilaxis korábbi alkalmazásának hiánya csak részben hozható összefüggésbe a néhai halálával, mert a boncolás után sem jelenthető ki, hogy a műtéttel a daganatszövetet teljes körűen, összes áttétjével együtt sikerült eltávolítani. Tartós életben maradásra csak akkor lehetett volna számítani, ha a sikeres műtét után komplex onkológiai kezelés következhetett volna és ezalatt a keringési rendszer betegségei is egyensúlyt tartottak volna. Néhai **Cs. A.** vastagbél daganata a műtét időpontjában előrehaladott stádiumú volt, a daganat a bél lumenét csaknem teljes egészében elzáró, kifeléyesedett, a pericolicus zsírszövetekre terjedő és az ott lévő nyirokcsomóban áttétet adó volt. A beteg életkilátásait az alapbetegsége mellett régebb óta meglévő kísérőbetegségei, valamint legyengült immunstátusza is rontotta. Tartós, hosszú időtartamú túlélés nem volt valószínű és az élettartam meghosszabbíthatóságáról sem lehet határozott véleményt adni a rosszindulatú daganat előrehaladott volta miatt. A közvetlen postoperatív túlélés esetleg biztosítható lett volna, de a tartós életben maradás értelmezhetetlen időegység. Amennyiben az antibiotikumos kezeléssel már a műtét időpontjában indulnak, akkor is kialakulhatott volna a műtét utáni sebfertőzés.

Az onkológiai kezelés nemcsak a daganatos, hanem az ép emberi szövetek számára is hátrányos következményekkel jár, ezért csak a teljes körű sebgyógyulás után ajánlott alkalmazni, az onkológiai kezelés sikerét a vastagbél kiindulási pontú daganatok esetén messze nem lehet garantálni. A perbeli típusú műtéti beavatkozások közvetlen postoperatív halálozási veszteségei nagyon magasak, még sikeres postoperatív műtéti szak esetén is az onkológiai kezelések szerényebb lehetőségei miatt a beteg életkilátásai rosszak. A műtéti fertőzés a beteg állapotát rontó lehetőségek közül csak az egyik, a veszélyességet illetően semmivel nem kiemeltebb súlyú, mint az immunrendszer gyengesége vagy a szívbetegségek.

Néhai **Cs. A.** műtete elkerülhetetlen volt, de a műtetre elég előnytelen állapotban került sor, mivel már túl volt egy kiállott agyi vérkeringési zavaron, mélyvénás trombózison, évek óta ismert volt magas vérnyomása, érelmeszesedése és ezek folyamányaként a szívritmuszavarok különféle fajtái. Prosztata- és végbélpanaszai nem könnyítették orvosai dolgát. A néhai kórelőzményei alapján a legvárhatóbb probléma a kardiális elégtelenség volt, a műtét terhelése a korábbiól már jól ismert szívritmuszavarokat és ischaemiát

hozhatta volna ki. A keringés ismételt összeomlása elleni védekezés az lett volna, ha több idő marad a kellő műtét előtti felkészítésre, kondicionálást tudtak volna végezni, de a fenyegető bérelzáródás veszélye ezt nem tette lehetővé.

Keresetében az I. rendű felperes 4 000 000 Ft nem vagyoni kár és annak 2006. július hó 6. napjától járó késedelmi kamata, míg a II-IV. rendű felperesek személyenként 1 500 000 Ft nem vagyoni kár és annak késedelmi kamatai megfizetésére kérték kötelezni az alperest. Az I. rendű felperes vagyoni kártérítésre is igényt tartott: 565 000 Ft temetési költség és annak 2007. július hó 12. napjától járó késedelmi kamata, lejárt háztartási kisegítési járadék címén 1 281 000 Ft és annak 2008. április hó 16. napjától járó késedelmi kamata, tartáspótló járadék jogcímén 403 442 Ft és annak 2007. december hó 21. napjától járó késedelmi kamata, valamint háztartási kisegítési járadék jogcímén 2010. február hó 1. napjától a jövőre nézve havi 30 000 Ft járadék megfizetésére is kötelezni az alperest.

Az alperes ellenkérelmében a kereset elutasítását kérte, ahogy a beavatkozó is.

Az elsőfokú bíróság a 61. sorszám alatt meghozott ítéletében a felperesek keresetét elutasította azzal, hogy helyettük 666 600 Ft le nem rótt kereseti illetéket, valamint 338 860 Ft költséget az állam visel. Kötelezte a felpereseket, hogy egyetemlegesen fizessenek meg 15 napon belül az alperesnek 300 000 Ft, a beavatkozónak 30 000 Ft perköltséget.

Határozatának indokolása szerint elsőként abban a kérdésben kellett állást foglalni, hogy amennyiben alkalmazták volna a néhai esetében az antibiotikum profilaxist, úgy lett volna-e esélye az életben maradására, s ha a jogellenesség bizonyított, úgy azzal okozati összefüggésben következett-e be a halála.

Azt a felpereseknek kellett bizonyítaniuk, miszerint a néhai halála annak okán következett be, hogy az alperes orvosai nem tanúsították a tőlük elvárható legnagyobb körültekintést és gondosságot. Ezt a tényt mind a magánszakértői vélemény, mind pedig a perben beszerzett szakvélemény és annak kiegészítése egyértelműen tartalmazta. Ugyanakkor az antibiotikus profilaxis korábbi alkalmazásának hiánya csak részoki összefüggésbe hozható a néhai halálával, mert az a boncolás után sem jelenthető ki, hogy a műtéttel a daganatszövetet teljes körűen, összes áttétjével együtt sikerült eltávolítani. Tartós életben maradásra csak akkor lehetett volna számítani, ha a sikeres műtét után komplex onkológiai kezelés következhetett volna és ezalatt a keringési rendszer betegségei is egyensúlyt tartottak volna.

A néhai vastagbél daganata a műtét időpontjában előrehaladott stádiumú volt. A beteg életkilátásait az alapbetegsége mellett régebb óta meglévő kísérőbetegségei, valamint legyengült immunstátusza is rontotta. Tartós, hosszú időtartamú túlélés nem valószínű és az élettartam meghosszabbíthatóságáról sem lehet határozott véleményt adni a rosszindulatú daganat előrehaladott volta miatt. A közvetlen postoperatív túlélés esetleg biztosítható lett volna, de a tartós életben maradás értelmezhetetlen időegység. Az elsőfokú bíróság álláspontja szerint ez a szakértői ténymegállapítás az okozati összefüggés hiányát jelenti, s így mint a kártérítő felelősség egyik elemének hiánya a jogalap elutasításához vezetett.

A tájékoztatási kötelezettség elmulasztására alapított kereset tekintetében a felperesek az alperes jogellenes magatartását abban jelölték meg, hogy a hozzátartozóknak nem adott megfelelő mértékben tájékoztatást és ezáltal sem az I. rendű felperest, sem a néhai nem hozták döntési helyzetbe a kezelés lefolytatásának tekintetében, ami önmagában megalapozza az alperes felelősségét. Az elsőfokú bíróság álláspontja szerint az alperest nem terhelte olyan részletességű tájékoztatási kötelezettség, melynek alapján akár a néhai, akár a felperesek tudomására kellett volna hoznia azt is, hogy a műtétet megelőzően antibiotikumos profilaxist is kell adni, s ha ez elmarad, akkor az szepsziszhez vezethet, mert ez a tartalmú tájékoztatás az Eütv. 5. §-a (3) bekezdésének b) pontjából nem vezethető le.

A néhai akkori helyzetében a tájékoztatásnak arra kellett kiterjednie, hogy bélelzáródással fenyegető, igen előrehaladott stádiumú vastagbél daganatos állapotban van és a műtét elvégzése emiatt elkerülhetetlen, s nincs lehetőség az állapotának feljavítására, kondicionálására.

Az elsőfokú bíróság a felperesek keresetét a jogalap hiányában elutasította, s kötelezte őket az alperes és a beavatkozó javára perköltség fizetésére, míg a le nem rótt kereseti illeték és az előlegezett költség az állam terhén maradt.

Az elsőfokú bíróság ítélete ellen a felperesek terjesztettek elő fellebbezést, amelyben az ítélet részbeni megváltoztatásával az alperest az I. rendű felperes javára 2 500 000 Ft nem vagyoni kár és annak 2006. július hó 6. napjától járó késedelmi kamata, míg a II-IV. rendű felperesek javára személyenként 800 000 Ft nem vagyoni kár és késedelmi kamatai megfizetésére kérték kötelezni. Az I. rendű felperes a vagyoni kártérítés címén követelt összeg felére továbbra is igényt tartott, így 282 500 Ft temetési költség és annak 2006. július hó 12. napjától járó késedelmi kamata, lejárt háztartási kisegítési járadék címén 1 015 500 Ft és annak 2009. május hó 1. napjától járó késedelmi kamata, tartást pótló járadék jogcímén 201 721 Ft és annak 2007. szeptember hó 11. napjától járó késedelmi kamata, valamint háztartási kisegítési járadék jogcímén 2012. március hó 1. napjától a jövőre nézve havi 15 000 Ft járadék megfizetésére is kötelezni kérte az alperest. Vagylagosan az alperes felelősségének fennállását megállapító közbenső ítélet meghozatalát kérték. Fellebbezésük indokolása szerint az elsőfokú bíróság maga is megállapította, hogy az antibiotikum profilaxis, illetőleg a késve megkezdett antibiotikum terápia részoki összefüggésbe hozható a néhai halálával, mégis az okozati összefüggés hiánya miatt utasította el a keresetüket. A fertőzés nem megfelelő gondossággal végzett megelőzése, illetőleg kezelése a néhai halálában túlnyomó jelentőséggel bírt, miáltal kijelenthető, hogy az alperes a néhai életben maradásának értékelhető esélyét vonta el. A szakvéleményben írt az a megállapítás, hogy a tartós életben maradás értelmezhetetlen időegység, nem egyenértékű a túlélés esélyének a hiányával. A mikrobiológus szakközreműködő a néhai esetében alkalmazott antibiotikus kezelést nem minősítette sikeresnek, a terápiát elkésettnek tartotta és hiányolta a profilaxist. A boncjegyzőkönyv szerint a műtét során az áttéteket eltávolították, amelyet nem cáfolhat az onkológus szakképzettséggel nem rendelkező **dr. V. S.** szakközreműködő azon megállapítása, hogy a boncolás után sem jelenthető ki, miszerint a műtéttel a daganatszöveteket teljes körűen,

összes áttétjével sikerült eltávolítani. A mikrobiológus szakközreműködő véleményéből következően a néhai immunrendszere a fertőzés következtében, azaz az alperes jogelődjének felróhatóan gyengült meg. Hivatkoztak az EBH 2006/1956. szám alatti eseti döntésben kifejtett álláspontra, amelyből az alperes kártérítési felelősségének a fennállása szintén következik.

Az alperes fellebbezési ellenkérelmében az első fokú ítélet helybenhagyását kérte lényegében annak helyes indokai alapján és továbbra is az okozati összefüggés fennállását vitatva; a beavatkozó fellebbezési ellenkérelmet nem terjesztett elő.

Az ítélet tábla a fellebbezést a Pp. 256/A. §-a (1) bekezdésének f) pontja alapján tárgyaláson kívül bírálta el, és a Pp. 253. §-ának (3) bekezdésére figyelemmel fellebbezés hiányában nem foglalkozott az elsőfokú bíróság ítéletének a felperesek keresetét a fellebbezéssel nem érintett részben elutasító rendelkezésével. A fellebbezést részben alaposnak találta a következők szerint:

A szerződésszegéssel okozott károk esetében Ptk. 318. §-ának (1) bekezdése értelmében alkalmazandó Ptk. 339. §-ának (1) bekezdéséből következően a kártérítési felelősség elemei, az annak megállapításához szükséges konjunktív feltételek a következők: a jogellenesség, a kár, a kettő közötti okozati összefüggés és a felróhatóság. Általánosságban elmondható, hogy a kárt, a károkozó magatartás jogellenességét és az ezek közötti okozati összefüggést, azaz a jogellenes károkozás tényét a károsultnak kell bizonyítania, míg a károkozó lehetősége a magatartásának a kimentése, tehát a mentesülése érdekében azt bizonyíthatja, hogy őt felróhatóság nem terheli (exculpatio bizonyítás).

Az egészségügyi kártérítési eljárásokban a bizonyítás szabályai esetenként speciálisak.

A károsultnak kell bizonyítania, hogy a testi, egészségügyi hátrányos változás, illetve a halál a gyógyintézet által nyújtott kezelés során, illetve a kezelést követően utóbb azzal összefüggésben következett be. A kezelés során bekövetkező kár, így a testi, egészségügyi hátrányos elváltozás, a halál bekövetkezte esetén a gyógyintézetet terheli annak bizonyítása, hogy a szerződés tárgyát képező gyógyító-megelőző tevékenység során az általában elvárható gondossággal, az írott és íratlan szakmai követelményeknek, a szakmai szabályoknak megfelelően járt el, és a kár ennek ellenére következett be, vagy ettől függetlenül is ugyanígy bekövetkezett volna.

A perbeli esetben a néhai halála, mint nem kívánt eredmény ellentétes a közte és az alperes jogelődje, mint egészségügyi szolgáltató között létrejött szerződés céljával, ezért alappal állítható fel az a vélelem, hogy a ténylegesen bekövetkezett hátrány valamely kezelési hiba, mulasztás következménye. Ezzel szemben a szakmailag bizonyítási helyzetben lévő alperesnek kell bizonyítani, hogy felróható kezelési hiba nem történt, vagy a halál nem a kezelési hiba miatt következett be, illetve az a kezelési hibától függetlenül is bekövetkezett volna. A bírói gyakorlat szerint a károsult bizonyítási kötelezettségének teljesüléséhez elegendő annak bizonyítása, hogy a halál a gyógyintézet által végzett kezelés során következett be, továbbá az esetleges bizonytalanság az alperesi

szakintézmény terhére esik. Ezt a gyakorlatot illusztrálja a Legfelsőbb Bíróság Pfv.III.22.099/2000. szám alatti döntése, amely szerint a felperes bizonyítási kötelezettségének teljesüléséhez elegendő volt annak bizonyítása, hogy a felperes házastársának a halála az alperes által végzett kezelés során következett be. Az okozatosság tekintetében tehát a bizonyítási teher nem a felperesek oldalán volt, hanem az alperest terhelte annak bizonyítása, hogy a jogelődjének magatartása és a néhai halála között nem áll fenn okozati összefüggés. Ennek magyarázata, hogy a speciális szakszolgáltatást igénybevevő laikus fél ilyet nemhogy bizonyítani, de a szakismeretek hiánya folytán felmérni, állítani sem tud. A „bizonyítási szükséghelyzetből” következően a gyógyintézetnek kell bizonyítania, hogy a lehetséges, elvárhatóan igénybe vehető szakmai intézkedéseket teljes körűen megtette, és a halál ennek ellenére, vagy ettől függetlenül következett be.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 6. §-a értelmében minden betegnek joga van sürgős szükség esetén az életmentő, illetve a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátáshoz, valamint fájdalomának csillapításához és szenvedéseinek csökkentéséhez; az Eütv. 7. §-ának (1) bekezdése alapján pedig minden betegnek joga van - jogszabályban meghatározott keretek között - az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz. Az Eütv. 77. §-ának (3) bekezdése alapján minden beteget az ellátásában résztvevőktől elvárható gondossággal, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni.

Az Eütv. most idézett 77. §-ának (3) bekezdése az ellátásban részt vevőktől megköveteli az elvárható gondosság tanúsítását és a szakmai, valamint etikai szabályok és irányelvek betartását egyaránt. Ha tehát az orvos magatartása a konkrét szakmai szabályokat, irányelveket nem sérti, ez még nem jelenti feltétlenül azt, hogy a magatartása az elvárhatósági mércének is megfelel (így foglalt állást a Szegedi Ítéltábla a Pf.III.20.429/2006. szám alatt). A BH 2006/400. számú eseti döntésben elfoglalt álláspont szerint a kórház kártérítési felelősség alóli mentesülését nem eredményezi önmagában az, hogy konkrét szakmai szabályt nem sértett, ha az orvosai az általában elvárható gondosságot elmulasztották. Az elvárhatóság elvontabb, átfogóbb, túlmutat a szakmai szabályok betartásán. A BH 2003/497. számú jogesetben kifejtettek szerint, ha egyes vizsgálatok elvégzésének elmaradása, a diagnosztikus eredmények értékelésének elmulasztása önmagában nem minősül nevesített szakmai szabályszegésnek, ez még nem jelenti azt, hogy a gyógyintézet orvosai az elvárható gondossággal és körültekintéssel járnak el.

Amint azt az elsőfokú bíróság is megállapította, s miként ez az alperes részéről sem volt vitatott, a jogelődjének orvosai többször is mulasztást követtek el, megsértve az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 77. §-ának (3) bekezdésében előírt kötelezettségüket.

Az egyik mulasztás az antibiotikum profilaxis elmaradása volt, amelynek feladata lett volna a műtéti területen a beavatkozás alatt és az azt követő három órában hatékony antibiotikum koncentrációt biztosítani, ezáltal jelentősen csökkentve az infekciók

gyakoriságát, amely megelőzést a műtéti terület várhatóan magas baktériumszáma eleve indikált. A profilaxis jelentőségének megítélésénél nem hagyható figyelmen kívül a fertőző forrás endogén jellege, azaz a néhai nagy valószínűséggel a saját bélflórájának tagjaival fertőződött, amelyek sokkal kevésbé rezisztensek az antibiotikumok iránt, mint a kívülről bekerült nozokómiális kórokozók. A mikrobiológus szakközreműködő megállapítása szerint a néhainál antibiotikumra teljesen érzékeny baktériumtörzsek okozták a sebfertőzést, ami miatt kijelenthető, hogy a profilaxis nagy valószínűséggel megakadályozta volna a kérdéses baktériumok elszaporodását a műtéti területen.

A másik mulasztás a néhai állapotromlásakor és gyulladásos paramétereinek emelkedésekor a terápiás antibiotikum indításának késedelme volt **Dr. K. M.** mikrobiológus szakközreműködő egyértelműen megállapította az ezen mulasztások és a néhai halálához vezető sokszervi elégtelenség közötti okozati összefüggés fennállását azzal, hogy az időben elkezdett antibiotikumos terápiával a néhainak nagy esélye lett volna az életben maradásra, ám a terápia késedelme miatt az előrehaladott folyamatot (a több szervi elégtelenséget okozó láncolatot) az egyik legszélesebb spektrumú antibiotikumos kezelés sem volt képes már befolyásolni.

Dr. V. L. szakközreműködő is megállapította az alperes jogelődje által elkövetett mulasztások és a néhai halála közötti okozati összefüggés meglétét azzal, hogy emellett a közvetlen halálhoz a néhai korábbiól meglévő megbetegedései is vezettek. A boncolás eredménye alapján ugyanakkor tényként állapítható meg, hogy a halál oka a sebfertőzés és sebszétválás okozta toxikus szívizom-károsodás volt, s **dr. V. L.** szakközreműködő sem tett olyan kijelentést, hogy a sebfertőzés hiányában is bekövetkezett volna a néhai halála. Úgyszintén abból a megállapításából, miszerint a boncolás után sem jelenthető ki, hogy a műtéttel a daganatszövetet teljes körűen, összes áttétjével sikerült eltávolítani, még annak ellenkezője nem következik, s azt megalapozó adat hiányában, valamint a boncolás eredményére tekintettel nem tehető olyan megállapítás, hogy a daganat eltávolítása nem lett volna teljes körű; ezáltal a szakközreműködő előbbi kijelentésének nem lehetett messzemenő jelentőséget tulajdonítani. Azt maga a szakközreműködő is vélelmezte (a 26. sorszám alatti szakvélemény 10. oldalának 5. pontjának), hogy a néhai tartós életben maradására számítani lehetett volna abban az esetben, ha a sikeres műtét után komplex onkológiai kezelésre kerülhetett volna sor és ezalatt a keringési rendszer betegségei is egyensúlyt tartottak volna. Utóbb a szakvélemény kiegészítésében a tartós életben maradást értelmezhetetlen időegységnek nevezte, amely kijelentésből az elsőfokú bíróság megállapításával ellentétben - s a fellebbezésben írtakkal összhangban - nem a tartós életben maradás esélyének a hiánya, hanem - a szakközreműködő szavaival élve (a 46. sorszám alatti kiegészítés 5. oldalának 19. pontja) - annak „SI mértékegységben való meghatározhatatlansága” következik. Amennyiben a sebfertőzés miatt a műtétet követő rövid időn belül a néhai halála nem következett volna be (aminek esélyét az antibiotikum profilaxis esetén **dr. V. L.** is elismerte a szakvéleményében és annak kiegészítésében egyaránt), úgy sor kerülhetett volna arra a komplex onkológiai kezelésre, ami már biztosíthatta volna a néhai tartós életben maradását.

Itt szükséges megjegyezni azt is az alperes fellebbezési ellenkérelmében írtakkal szemben, hogy **dr. V. L.** szakközreműködő megállapítása szerint is a néhai a műtét elvégzésének

idején nem volt súlyosan leromlott állapotban, miként **dr. K. M.** szakközreműködő szakvéleményének kiegészítésében írtak (a néhai immunrendszere a betegsége kezdetén átlagosan működött) sem értelmezhetőek kizárólag a perbeli kórházi kezelést megelőző időszakra, így a néhai súlyosan legyengült szervezete, leromlott immunrendszere nem értékelhető a halálához vezető és az alperes felelősségi körén kívül eső okként. A kiegészítő szakértői vélemény a műteti fertőzés mellett a beteg állapotát rontó lehetőségek körében említette az immunrendszer gyengeségét és a szívbetegségeket is. Tekintettel arra, hogy a néhai halálának oka a sebfertőzés és sebszétválás okozta toxikus szívizomkárosodás volt, az elsőfokú bíróság részéről a feltárt tényállással ellentétben állt az okozati összefüggés hiányának megállapítása, és erre alapítottnak az elsődleges jogcímen előterjesztett kereset elutasítása.

Az alperes kártérítési felelősségét megalapozó okozati összefüggés önmagában amiatt adott, hogy a néhai halálára az alperes jogelődje által nyújtott kezelés során került sor, ezért az alperesnek kellett volna kimentenie a magatartását. Erre nem került sor, ellenkezőleg, maga is elismerte az orvosai részéről elkövetett mulasztást, amellyel összefüggésben kijelenthető, hogy a néhainak a műtétet rövid időn belül bekövetkezett halálát okozta, elvéve tőle annak a lehetőségét, hogy egy komplex onkológiai kezelés biztosítsa a tartós életben maradásának esélyét. A Legfelsőbb Bíróság által kialakított joggyakorlat (lásd pl.: Pfv.III.21.969/2007/5.) alapján az életben maradási esély elvesztéséért 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 (Pfv.III.22.358/1997., Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége - HVG-ORAC 2004., 157. oldal). Ennek következtében nem kerülhetett volna sor a felperesek keresetének elutasítására amiatt, hogy a néhainak a sebfertőzés hiányában sem lett volna esélye a tartós életben maradásra, mert ennek az esélynek legalább a kisebb fokú megléte és annak realitása a kiegészített szakvéleményből megállapíthatóan is adott volt, amelynek elvesztése adekvát oksági kapcsolatban állt az alperesi egészségügyi intézmény mulasztásával. Maga az alperes sem vitatta azt, hogy egy komplett onkológiai kezelés esélyt adott volna a tartós életben maradásra, hanem ezzel szemben azt állította, hogy a néhainak a műtétet rövid időn belül követő halála az antibiotikum profilaxis, illetve a késedelem nélküli antibiotikum terápia nélkül is biztosan bekövetkezett volna, amely állítást - legalábbis ilyen bizonyossági szinten - egyértelműen cáfoltak a rendelkezésre álló bizonyítékok.

A fentiek miatt az alperes felelőssége a felpereseket ért kárért fennáll. Az elsőfokú bíróság az elfoglalt jogi álláspontja következtében nem vizsgálta a felperesek keresetének az alperes által vitatott összecszerűségét, ezért a rendelkezésre álló adatok alapján a kereset az összecszerűség tekintetében érdemben nem volt elbírálni. A bizonyítási eljárás nagy terjedelmű kiegészítésére a másodfokú eljárásban nincs lehetőség, azzal ugyanis sérülne az eljárás kétfokúságának az elve. A leírtakra figyelemmel az ítéletábra - mivel a keresettel érvényesített jog fennállása és a felpereseket ennek alapján megillető követelés összege tekintetében a vita elkülöníthető volt - a Pp. 213. §-ának (3) bekezdése alapján a jog fennállását közbenső ítéletével előzetesen megállapította, míg az elsőfokú bíróság ítéletét a kártérítési követelés összegére vonatkozóan a fellebbezési kérelem és a fellebbezési

ellenkérelem korlátai között a Pp. 252. §-ának (3) bekezdése alapján hatályon kívül helyezte, az elsőfokú bíróságot ebben a keretben a per újabb tárgyalására és újabb határozat hozatalára utasítva. Az ítéletábra nem foglalkozott az alperes tájékoztatási kötelezettségének a felperesek által állított megsértésével, mert egyrészt ezt mögöttes jogcímként jelölték meg, másrészt a keresetük emiatt történő elutasítását a fellebbezésükben nem sérelmezték. A megismételt eljárásban az elsőfokú bíróságnak a felek által indítványozott és releváns bizonyítást lefolytatva vizsgálnia kell a felperesek kártérítési követelésének indokolt mértékét, amelyet követően kerül abba a helyzetbe, hogy a kereset összecszerúsége felől megalapozottan dönthessen.

Az ítéletábra „a perköltségről való rendelkezésről a fellebbezési és felülvizsgálati eljárásban, ha a bíróság az ügyben részítélettel vagy közbenső ítélettel határoz” címmel kiadott 4/2009. (XII.14.) PK vélemény II/1. pontjára figyelemmel a felek oldalán felmerült perköltség és a feljegyzett fellebbezési eljárási illeték összegét csupán megállapította, annak viseléséről a Pp. 252. §-ának (4) bekezdésére is figyelemmel az elsőfokú bíróság fog dönteni az eljárást befejező határozatában. A felek oldalán a jogi képviselőjükkel felmerült ügyvédi munkadíj összegét az ítéletábra a bírósági eljárásban megállapítható ügyvédi költségekről szóló 32/2003. (VIII. 22.) IM rendelet 3. §-a (2) bekezdésének a) pontja és (5) bekezdése, valamint 4/A. §-ának (1) bekezdése alapján meghatározott, de a rendelet 3. §-ának (6) bekezdése alapján a kifejtett tevékenységhez igazodóan mérsékelt összegben állapította meg. A beavatkozó oldalán a fellebbezési eljárásban költség nem merült fel, így ennek kérdésében rendelkezni nem kellett.

Debrecen, 2012. szeptember hó 24. napján

dr. Csikiné dr. Gyuranecz Márta sk. a tanács elnöke, dr. Bakó Pál sk. előadó bíró, dr. Veszprémy Zoltán sk. bíró

A kiadmány hitelül:

tisztviselő