

A Pécsi Ítéltábla a Szilvásiné dr. Mátyás Brigittaügyvéd (fél címe) által képviselt **I.rendű felperes neve** I. rendű és **II.rendű felperes neve** II. rendű (mindketten ... szám alatti lakosok) felpereseknek - a dr. Sándor Attilaügyvéd (fél címe) által képviselt **I.rendű alperes neve** (címe) I. rendű és a Glósz Ügyvédi Iroda (ügyintéző: dr. Glósz Gáborügyvéd, fél címe) által képviselt **II.rendű alperes neve** (címe) II. rendű alperesek ellen személyiségi jog megsértésének megállapítása és kártérítés megfizetése iránt indított perében a Pécsi Törvényszék 2019. január 17. napján kelt 15.P.20.081/2018/132. számú ítélete ellen a felperesek által 134. sorszám alatt benyújtott és Pf. 6. sorszám alatt indokolt fellebbezés folytán meghozta a következő

í t é l e t e t:

A másodfokú bíróság az elsőfokú bíróság ítéletét a per főtárgya tekintetében helybenhagyja.

A perköltség viselésére vonatkozó részében részben megváltoztatja, és az I. rendű felperes által az I. rendű alperesnek fizetendő 346.710 (háromszáznegyvenhatezer-hétszáztíz) forint részperköltség összegét 267.000 (kettőszázhatvanhétezer) forintra, a II. rendű alperesnek fizetendő 346.710 (háromszáznegyvenhatezer-hétszáztíz) forint részperköltség összegét 339.000 (háromszázharminckilencezer) forintra leszállítja.

A II. rendű felperes által az I. rendű alperesnek fizetendő 283.210 (kettőszáznolcvanháromezer-kettőszáztíz) forint részperköltség összegét 206.000 (kettőszázhatvanháromezer-kettőszáztíz) forintra, míg a II. rendű felperest a II. rendű alperes javára terhelő 283.210 (kettőszáznolcvanháromezer-kettőszáztíz) forint részperköltség összegét 261.600 (kettőszázhatvanegyezer-hatszáz) forintra leszállítja.

Egyebekben az elsőfokú bíróság ítéletét a perköltség viselésre vonatkozó részében helybenhagyja.

Kötelezi a felpereseket, hogy tizenöt napon belül fizessenek meg az alpereseknek, az I. rendű felperes az I. rendű alperesnek 133.500 (egyszázharminchéromezer-ötszáz) forint, a II. rendű alperesnek 169.500 (egyszázhatvanháromezer-ötszáz) forint, a II. rendű felperes az I. rendű alperesnek 103.000 (egyszázháromezer) forint, a II. rendű alperesnek 130.800 (egyszázharmincezer-nyolcszáz) forint másodfokú eljárásban felmerült perköltséget.

Az ítélet ellen fellebbezésnek helye nincs.

I n d o k o l á s

Az elsőfokú bíróság által megállapított tényállás szerint az I. rendű felperes élettársa, a II. rendű felperes édesapja, néhai **S F** 2005. évtől kezdődően magas vérnyomás betegségben szenvedett. Ehhez 2007. évtől fulladásos és ödémás panaszok, majd fáradékonyság társult, ezért háziorvosa 2008. évben kardiológiai és tüdőgyógyászati szakrendelésre utalta. 2009 áprilisában az I. rendű

alperesi kórház kardiológiai rendelésén súlyos kombinált légzészavarát állapítottak meg, 2009 május hónaptól háziorvosa táppénzes állományba vette. 2009 augusztusában a bal lábszárán orbánc alakult ki, emiatt az I. rendű alperes bőrgyógyászati szakrendelésén látták el. 2009. augusztus 25-én rokkantság megállapítása céljából a háziorvos kardiológiai, tüdőgyógyászati és reumatológiai vizsgálatát tartotta szükségesnek, 2009. szeptember 8-án fulladás miatt Suprax antibiotikumot rendelt, majd szeptember 9-én, 11-én és 14-én is háziorvosánál jelentkezett.

2009. szeptember 17-én az I. rendű alperes tüdőgyógyászatán vizsgálták, ekkor enyhe szívhangeltérést, a röntgenvizsgálat során súlyos fokú szívűrtengést, a tüdőverőerek tágulatát írták le, panaszait szíveredetűnek tartották, emiatt kardiológia szakvizsgálatát javasolták; rögzítették, hogy a Seretide D kezelés javulást nem hozott. 2009. szeptember 24-én az I. rendű alperesi kórházban kardiológiai szakvizsgálaton a II. rendű alperes vizsgálta, aki az I. rendű alperessel fennállott tartós megbízási szerződés alapján végzett orvosi tevékenységet. Néhai S Fnek ekkor szívpanasza nem volt, fogyni azonban nem tudott; az EKG-n gyorsult szívverés volt látható, jelentős eltérés nélkül; a II. rendű alperes alszárvízenyőt, kerengési elégtelenséget, szívűrtengést és enyhe szívűrejt észlelt; rögzítette, hogy a Concor tablettát nem szedte be. Pontos gyógyszeresedést, testsúlycsökkentést, a fizikai terhelések kerülését javasolta, és fél évvel későbbi időpontra kontroll vizsgálatot írt elő. 2009. szeptember 25-én és 28-án háziorvosa vizsgálta, szemészetre és lelki beteg gondozóba utalta. 2009. október 1-jén az I. rendű alperes kardiológiai szakrendelésén ismét a II. rendű alperes vizsgálta, ezúttal is pontos gyógyszeresedést, testsúlycsökkenést, a fizikai terhelések kerülését javasolta, azzal, hogy a kontroll vizsgálat időpontját fél évvel későbbre tűzte ki. 2009. október 9-én az I. rendű alperes bőrgyógyászatán járt, október 19-én háziorvosa vizsgálta, október 20-án pszichiátriai vizsgálata történt, amikor fulladáshoz társuló alvászavart, valamint másnapi fáradékonyságot említett. 2009. október 22-én háziorvosnál járt, aki gyógyszereket írt fel számára; október 27-én fulladás miatt ismét a háziorvosa vizsgálta, hematológiára utalta, majd október 28-án az I. rendű alperes hematológiáján vért vettek tőle.

2009. október 28-án a II. rendű alperes magánrendelésén néhai S F kardiológiai vizsgálatát végezte el. Az ekkor 168 cm magas és 128 kg súlyú beteg diagnózisa magas vérnyomás, túlsúly, COPD, pangásos szívelégtelenség, légzési elégtelenség, polyglobulia volt, amelynek alapján biventrikurális - dominálónan nagyvérkőri - dekompenzáció volt véleményezhető NYHA III. sáttusszal, jelentős folyadékretenciával. A fizikális vizsgálat során az erősen túlsúlyos betegen hasfalra kiterjedő alszáródémát, érdes légzést, egyes szűrcszűrejt, de puha, betapintható hasat észlelt. Rendelkezésére állt a vérvételi eredmény, emellett EKG-t és szívultrahangot készített. Normális tágasságú bal kamrát, tágabb bal pitvart, jelentősen dilatált jobb szívűfelet tapasztalt, azzal, hogy körülírt falmozgászavar nem volt látható, emellett aszinkron falmozgásokat és jó bal kamrai pumpafunkció írt le. Állapota miatt kórházi kivizsgálását és gyógykezelését javasolta, 2009. november 2-ára jegyezte elő felvételre az I. rendű alperes kardiológiai osztályára.

Néhai S F 2009. november 1-jén éjszaka otthonában, álmában elhunyt. A halottvizsgálatot végző ügyeletes háziorvos a kőrbonctani vizsgálatot nem tartotta szükségesnek, boncolást az I. rendű felperes sem kért. A halottvizsgálati bizonyítványt kitűltő kezelő háziorvos közvetlen halálókként szívűmegállást, a magas vérnyomás mint alapbetegség szűvűdményeként kialakult pangásos szívelégtelenséget és hypertensiv szívűbetegséget jelölt meg (congestiv) szívelégtelenséggel. Utólag a halál tényleges oka, illetve az oda vezető oksági folyamat természettudományos módszerekkel már nem deríthető ki.

A felperesek módosított keresetűkben kérték a lelki és testi egészséghez, valamint az ép és teljes családban éléshez fűződő személyiségi joguk megsértésének megállapítását, az alperesek

egyetemleges kötelezését az I. rendű felperes részére 5.000.000 forint nem vagyoni kártérítés és ennek 2009. november 1. napjától számított törvényes mértékű késedelmi kamata, a II. rendű felperes részére 4.000.000 forint nem vagyoni kártérítés és ennek 2007. augusztus 9. napjától számított törvényes mértékű késedelmi kamata, valamint a felperesek részére együttesen 1.120.000 forint lejárt tartáspótló járadék és 2014. augusztus 1. napjától havi 20.000 forint tartáspótló járadék, valamint az I. rendű felperes részére 220.000 forint temetési költség megfizetésére. Álláspontjuk szerint az alperesek néhai **S F** kezelése során nem az elvárható gondossággal jártak el, amennyiben ugyanis a részletes kardiológiai kivizsgálás és a kórházi felvétel időben megtörténik, úgy súlyos szívbetegségét felismerik, kezelik, amely esetben nagyobb lett volna a gyógyulás, illetve a túlélés esélye.

Az alperesek ellenkérelmükben a kereset elutasítását kérték, arra hivatkozva, hogy néhai **S F** egészségügyi ellátása során hibát nem követettek el, amikor az egészségi állapota indokolta, kórházi felvételéről intézkedtek.

Az elsőfokú bíróság a felperesek keresetét elutasította, és az I. rendű felperest az alperesek javára személyenként 346.710 forint, a II. rendű felperest 283.210 forint, míg a felpereseket egyetemleges kötelezettség terhével alperesenként 150.000 forint perköltség megfizetésére kötelezte. Határozatának indokolásában - utalva az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 244.§-a folytán alkalmazandó, a Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény (a továbbiakban: 1959. évi Ptk.) 474.§ (1) bekezdésére, 318.§ (1) bekezdésére, 339.§ (1) bekezdésére, 348.§ (1) bekezdésére, továbbá a 350.§ (1) és (4) bekezdésére, az Eütv. 77. § (1)-(3) bekezdésére, valamint az 1959. évi Ptk. 75.§ (1) bekezdésére és 76.§-ára - előre bocsátotta, hogy az alperesek a felperesek testi épségét nem sérthették meg, ezért kizárólag a lelki egészséghez, valamint az ép és teljes családban éléshez fűződő személyiségi jog sérleme volt vizsgálható. Rögzítette, hogy a perben az alperesek tartoztak bizonyítani az elvárható gondosság és körültekintés követelményeinek megfelelő egészségügyi ellátást, míg mulasztásuk megállapítása esetén a felperesek terhelte a bizonyítás abban a körben, hogy ezzel a mulasztással okozati összefüggésben következett be néhai **S F** halála.

A perben kirendelt igazságügyi orvosszakértő és az igénybe vett kardiológus szakkonzulens véleménye alapján az elsőfokú bíróság azt állapította meg, hogy néhai **S F** halálának legvalószínűbb oka az alapbetegségéből következő szívritmuszavar lehetett, pontos okát azonban boncolás hiányában meghatározni nem lehet. A néhai szívelégtelenségét az alperesek a Concor gyógyszeres terápiával megfelelően kezelték, azonban a gyógyszert nem szedte pontosan. Gyógyszeradag-emelés vagy gyógyszerváltás a 2009. október 28-ai vizsgálat után néhány nappal tervezett kórházi kivizsgálás során lett volna elvégezhető, mert a beteg állapota, a kezelésre adott válasza így lett volna nyomon követhető. Megállapította, hogy a 2009. április 16-ai és május 19-ei tüdőgyógyászati vizsgálatok során nem rögzítettek olyan eltérést, amelynek alapján a fulladásos panaszok hátterében elsősorban szívbetegség állhatott volna, mert sem mellúri folyadék, sem tüdővízenyő nem volt látható, továbbá a tüdőfunkcióra ható gyógyszerekre állapota javult. A 2009. szeptemberi tüdőgyógyászati leletek alapján sem támasztható alá, hogy a fulladásos panaszok hátterében elsősorban szívgyógyászati ok állt: szörccsörejt nem észleltek, mellúri folyadékvízenyő nem volt látható, az enyhe szívritmuszavar és nagyobbban mutatózó szív ellenére sem. A 2009. szeptember 24-i vizsgálatok során észlelt eltérések további szívgyógyászati teendőt nem igényeltek, a felgyorsult szív működés oka lehetett a Concor gyógyszer szedésének kihagyása is. A kardiológiai szakrendelésen október 1-jén ugyan EKG-t és szívultrahangot nem végeztek, azonban ez az életben maradási esélyét érdemben nem befolyásolta.

2009. október 28-án fizikális vizsgálata, EKG és szívvultrahang vizsgálata megtörtént, az EKG vizsgálat érdemi kórjelző eltérést nem mutatott. A bal pitvar és a jobb szívfél jelentős tágulata, a pitvar kamrai billentyűk enyhe fokú elégtelensége (visszaáramlás), a főér billentyűjének meszesedése volt kimutatható. A bal kamra mérete normál tartományba esett, falmozgászavar (mely korábbi szívizom elhalásra utalna) nem volt észlelhető, a szív összehúzódó képességét (ezáltal működőképességét) jellemző paraméter a normál tartományba esett. A II. rendű felperes szívelégtelenséget véleményezett, ezért jegyezte elő a beteget kórházi felvételre. Ekkor a tüdőgyulladás fennállása valószínűtlen volt, de fulladása lehetett részben kardiális eredetű. Részletes kardiológiai kivizsgálását a 2009. november 2-ától kezdődő kórházi tartózkodása idejére tervezték. A vizsgálat időpontjában jelentős mennyiségű mellúri és hasúri folyadékgyülem nem volt, koszorúér betegség fennállására semmi nem utalt, a lábszár és hasfali vizenyő önmagában sürgős kórházi felvételt nem tett szükségessé, az egy-egy extra sistolé beavatkozást nem igényelt, a szörcsörejek nem tüdővizenyőre utaltak. Sem Troponin T célzott laboratórium vizsgálat, sem koszorúérfestés, sem terheléses EKG, sem az ABPM (24 órás vérnyomásmérés), valamint semmilyen invazív kardiológiai vizsgálat elvégzése nem volt indokolt, mivel mellkasi fájdalomra a beteg nem panaszkodott. A 24 órás EKG vizsgálat (Holter) eshetőlegesen, de nem bizonyosan igazolható voltna ritmuszavart; elvégzésének indoka azonban nem állt fenn, annak hiánya szakmailag nem kifogásolható, csak utólagosan lehet azt mondani, hogy a vizsgálat hasznos lett volna. Emellett néhai S F nem tanúsította a tőle elvárható együttműködő magatartást, amikor többszöri figyelmeztetés ellenére nem fogott le, ugyanis sikeres fogyással a szívelégtelenség tünetei enyhíthetők lettek volna, progressziója lassítható lett volna. Utolsó vizsgálatakor érdemi bal szívfél elégtelenség nem volt igazolható, figyelemmel a jó ejekciós frakcióra és a pangáshiányra. Ugyancsak nem volt indokolt a Doppler vagy D-dimer vizsgálat akut elvégzése sem.

Összességében az elsőfokú bíróság azt állapította meg, hogy néhai S F állapota alapján nem volt indokolt a sürgősségi kórházi felvétel, mert szívelégtelensége és fulladása, figyelembe véve a progresszió mértékét és sebességét, sürgős felvételt nem igényelt, a tervezett kórházi kivizsgálási időpont nem kifogásolható. A hirtelen szívhalál bekövetkezésének veszélye kórházi kezeléssel sem lett volna csökkenthető, emellett bekövetkezésének esélye nem volt nagyobb, mint a megelőző hónapokban vagy években. Megállapította, hogy az I. és II. rendű alperesek néhai S F ellátása során a beteg aktuális állapotának megfelelően, az elvárható gondossággal jártak el, így a kártérítési felelősség alól kimentették magukat.

Az elsőfokú ítélettel szemben a felperesek terjesztettek elő fellebbezést, amelyben elsődlegesen annak megváltoztatását és keresetük teljesítését kérték, másodlagosan közbenső ítélettel az alperesek egyetemleges kártérítési felelősségének megállapítását néhai S F halálával okozati összefüggésben bekövetkezett valamennyi káruk tekintetében, míg harmadlagosan - a szakértői vélemény ellentmondásossága okán és új szakértő kirendelése érdekében - felvetették az elsőfokú ítélet hatályon kívül helyezésének és az elsőfokú bíróság új eljárásra és új határozat hozatalára utasításának indokoltságát is. Külön is támadták az elsőfokú ítélet perköltségben marasztaló rendelkezését, és az őket terhelő ügyvédi munkadíj összegének leszállítását, valamint teljes személyes költségmentességükre figyelemmel a szakértői díjak megfizetésére vonatkozó rendelkezés mellőzését kérték.

A fellebbezésben kifejtettek szerint az elsőfokú bíróság a perszakértő és különösen az általa bevont szakkonzulens elfogultsága tekintetében több alkalommal is előterjesztett kifogásukat nem vizsgálta és nem indokolta, a felperesi részről beszerzett, dr. L M P igazságügyi szakértő által készített szakvéleményt figyelmen kívül hagyta, a bizonyítási kötelezettséget tévesen állapította meg, a szakértői vélemények ellentmondásait pedig nem oldotta fel. Hangsúlyozták, hogy a halál

legvalószínűbb okaként megjelölt szívritmuszavart az önmagában fellépő ritmuszavaron kívül okozhatta még reflexesen tüdőembólia, amely a felismeretlen és kezeletlen mélyvénás trombózis következménye lehetett, gócinfekciók, gyulladások, mint a bronchitis, vagy tüdőgyulladás, melyek szívelégtelenség esetén gyakran képezik a halál okát kiváltó szövődmény megjelenését. Nem volt kizárható a halálokok közül a szívelégtelenségnek a nem megfelelő kezelés miatt fellépő progressziója, lezajlott szívinfarktus, vagy a tüdőödéma sem. Mindezen halálokok kapcsán is vizsgálni kellett ezért az egészségügyi szolgáltatók által végzett ellátásokat, amelyek tekintetében álláspontjuk szerint nem állapítható meg az elvárható gondosság követelményének teljesítése. Az I. rendű alperesnek már 2009 áprilisától részletesen fel kellett volna tárnia néhai S F betegsége státuszát, és meg kellett volna kezdeni az annak megfelelő kezelést, míg a II. rendű alperesnek 2009. október 28-án a beteg azonnali kórházba utalásáról kellett volna intézkednie.

Kiemelték, hogy néhai S F esetében a tüdőgyulladás nem volt kizárható, arra a vegyes hólyagú szörcsőrejek utalhattak. Az azonnali mellkasröntgen vizsgálat célravezető és indokolt lett volna annak eldöntése érdekében, hogy a zörejek szív- és érrendszeri vagy gyulladásos eredetűek-e, ezt azonban a II. rendű alperes elmulasztotta. Tüdőgyulladás esetén szükséges lett volna az antibiotikus kezelés, ugyanis a gyulladásos góccok halált okozó okfolyamatot indíthatnak el, illetve a jobb szívfél elégtelenségének súlyosbodása a tüdőstátusz romlása esetén is gyorsan végbe mehet. A vegyes szörcsőrejek hátterében bronchitis (hörgőgyulladás) is állhatott, amely esetben az antibiotikum alkalmazása ugyancsak indokolt lett volna, a perszakvélemény e tekintetben önmagával is ellentétes megállapítási ellenére. A bizonyítási eljárás eredménye szerint néhai S F 2009. október 28-án a Suprax nevű antibiotikumot már nem szedte, ezért annak szedésére a II. rendű alperesnek 2009. október 28-án rá kellett volna kérdeznie, antibiotikumot kellett volna felírnia, mert a gyulladásos folyamat ronthatta a betegség kimenetelét.

Kifogásolták, hogy részletes családi kórelőzményt nem vettek fel az alperesek, és ebben a körben tévesnek találták azt a szakértői megállapítást, hogy ennek a fekvőbeteg ellátás során kellett volna megtörténnie. Az alpereseknek tudniuk kellett volna, hogy néhai S F édesapja tüdőembóliában hunyt el, fel kellett volna tárniuk a beteg alvási szokásait, az ún. sleep apnoe szindróma esetleges fennállását.

Sérrelmezték, hogy a jelentős alszáródéma ellenére Doppler és D-dimer vizsgálatot nem végzett a II. rendű alperes, amely a mélyvénás trombózist és a tüdőembóliát is kizárhatta volna. Lábkörfogat mérés nem történt, a II. rendű alperes megtekintés alapján állapította meg, hogy nem áll fenn aszimmetrikus lábdagadás. Hangsúlyozták, hogy már kis kiterjedésű tüdőembólia is reflexes szívritmuszavart okozhat, amely szívelégtelenség esetén a leggyakoribb halálokok. A szívelégtelenség és az orbánc is hajlamosít mélyvénás trombózisra, az ödéma pedig a kisméretű mélyvénás trombózis tüneteit elfedhette.

Hiányolták a Holter-vizsgálat elvégzését, amely a szakkonzulens véleménye szerint felvilágosítást adhatott volna arról, hogy a beteg maximális terhelése mellett milyen ritmuszavart lehet provokálni. A vizsgálatot nem önmagában az egy-egy szívritmuszavar, hanem a beteg összes többi panasza indokolta.

Változatlanul állították, hogy néhai S F szívelégtelenségét nem kezelték megfelelően az alperesek, mert a gyógyszer szedése ellenére a szívelégtelenség előrehaladt. Drasztikus vízhajtásra, a Concor tableta dózisének emelésére, fogyókúra elrendelésére lett volna szükség, amelyek a kórházi elhelyezését indokolták. A NYHA III. stádiumú szívelégtelenség már 2009 szeptemberében

fennállhatott, emiatt az optimális szívfrekvencia beállítására lett volna szükség 60-70/min értékkel, szemben a 2009. október 28-án mért 97/min értékkel.

Megítélésük szerint koszorúérfestés elrendelése is szükséges lett volna, mert nem zárható ki az ischémiás szívbetegség a halál okaként. A 2009. október 28-án végzett EKG lelet alapján a lezajlott infarktus nem volt kizárható, ennek kezeletlensége ugyancsak a szívelégtelenség súlyos romlását okozhatta.

Hangsúlyozták, hogy a tüdőödéma sem volt kizárható, mert a nyomásemelkedés a normálisnál magasabb volt, és az előzetes orbáncra is nagyobb figyelmet kellett volna fordítani. Néhai **S F** 2009 őszén több alkalommal is jelentkezett kardiológiai kivizsgálásra, folyamatosan romló állapota ellenére azonban minden alkalommal csak féléves kontrollra hívták vissza. Véleményük szerint nem csak életet veszélyeztető heveny állapotrosszabbodás esetén szükséges az akut kórházi felvétel, hanem az életet veszélyeztető állapotrosszabbodás gyanúja esetén is, amely néhai **S F** esetében fennállt.

Az alperesek fellebbezési ellenkérelme az elsőfokú ítélet helybenhagyására irányult.

A fellebbezés a per főtárgya tekintetében nem alapos, a perköltségre vonatkozó részében kisebb részben alapos.

A felperesek fellebbezésükben az elsőfokú bíróság által elkövetett lényeges eljárási szabálysértésként hivatkoztak arra, hogy a ... Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Igazságügyi Orvostani Intézete, mint a perben kirendelt igazságügyi orvosszakértő elfogultságával kapcsolatos kifogásukat figyelmen kívül hagyta, így a másodfokú bíróság mindenekelőtt ezt a fellebbezési hivatkozást vizsgálta. Az kétségtelen, hogy az elsőfokú bíróság ítélete nem tartalmazza a felperesek elfogultsági kifogásának elutasításával és más szakértő kirendelésére vonatkozó indítványuk mellőzésével kapcsolatos indokait.

A Polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény (a továbbiakban: 1952. évi Pp.) 178.§ (1) bekezdése értelmében az, akire a 13.§ (1) bekezdés e) pontjában meghatározott kizáró ok áll fenn, vagyis akitől az ügy tárgyilagosa megítélése nem várható (elfogultság), szakértőként nem járhat el. Ugyanezen jogszabályhely (4) bekezdése úgy rendelkezik, hogy a bíróság a kizárás tárgyában a felek és a szakértő meghallgatása (113.§) után határoz; határozata ellen külön fellebbezésnek helye nincs.

A felperesek a kirendelt szakértői intézet, illetőleg a bevont dr. szakértő 1 kardiológus szakkonzulens elfogultságát abban jelölték meg, hogy az I. rendű alperesi kórház a ... Tudományegyetem oktatókórháza, közöttük állandó és szoros szakmai kapcsolat áll fenn, dr. szakértő 1 szakkonzulens pedig 2003-tól 2011-ig intézményvezető-helyettes, később osztályvezető orvos volt a ... Tudományegyetem Belgyógyászati Klinikájának Kardiológiai Osztályán.

A kirendelt szakértői intézet kijelölt szakértője, dr. szakértő 2 úgy nyilatkozott, hogy az oktatókórházi viszony semmilyen utasítási vagy függelmi viszonyt nem képez az intézmények között, az igazságügyi orvostani intézet az oktatókórházi kapcsolatban nem érintett, nem is a klinikai központ része, hanem elméleti intézet, így az I. rendű alperes intézménnyel, illetve az ott dolgozó egészségügyi személyzettel semmilyen kapcsolata nincs. A bevont szakkonzulens maga is úgy nyilatkozott, hogy részéről érdekeltség, elfogultság nem áll fenn, az elfogulatlan szakvéleményadást semmi nem befolyásolja.

A másodfokú bíróság álláspontja szerint nem kérdőjelezi meg a kirendelt szakértői intézet elfogulatlanságát az a körülmény, hogy a klinikai központ oktatókórház, mivel a szakértői intézetnek az I. rendű alperesi kórházzal konkrét kapcsolata nincs, sem a ténylegesen kijelölt és eljáró szakértő, dr. szakértő 2, sem a szakértői intézet vezetője, sem a perindítást megelőzően négy évvel a kardiológiai osztályon osztályvezetőként dolgozó szakkonzulens, illetőleg az I. rendű alperes dolgozói, konkrétan a felperesek néhai hozzátartozóját kezelő orvosok között személyes és igazolható konkrét kapcsolat, alá-fölrendeltségi viszony nincs (BH1979.194). A másodfokú bíróság ezért az elsőfokú bírósággal egyezően alaptalannak találta a felpereseknek a perszakértő elfogultságára vonatkozó kifogását, és a hatályon kívül helyezést magalapozó eljárási szabálysértés hiányában az elsőfokú bíróság ítéletét érdemben vizsgálta felül.

Az elsőfokú bíróság az ítéleti tényállást a nagy terjedelmű bizonyítási eljárás lefolytatását követően helyesen állapította meg, azt a másodfokú bíróság az elsőfokú eljárásban beszerzett orvosi iratok alapján mindössze az alábbiakkal egészíti ki:

Néhai S Fnek háziorvosa 2008 májusában Reductil testsúlycsökkentő tablettát írt fel, amelynek következtében testsúlya 130 kg-ról 117 kg-ra csökkent, azonban 2009 augusztusában testsúlya ismét 130 kg volt.

Az I. rendű alperes tüdőgyógyászati szakrendelésén 2009 áprilisában a légzési nehézségre rendelt gyógyszerek (Seretide 500 D és Spiriva) a 2009. májusi kontroll időpontjáig néhai S Fnél javulást eredményeztek.

A tényállás fenti kiegészítése mellett is helyesnek találta a másodfokú bíróság az elsőfokú bíróság következtetéseit, és a keresetet elutasító érdemi döntésével is egyetértett.

Az elsőfokú bíróság helyesen állapította meg, hogy a felperesek elhunyt hozzátartozója és az alperesek között fennállott sajátos egészségügyi szolgáltatási jogviszonyra tekintettel az alperesek kártérítési felelősségére az 1959. évi Ptk. 318.§ (1) bekezdése, 339.§ (1) bekezdése, 348.§ (1) bekezdése, valamint az Eütv. kezelési-ellátási tevékenységet meghatározó szabályai az irányadók. Ugyancsak helytállóan utalt arra, hogy az 1952. évi Pp.164.§ (1) bekezdéséből következően a felpereseknek kellett bizonyítaniuk, hogy az alperesek jogellenes magatartásával okozati összefüggésben káruk keletkezett. Az egészségügyi szolgáltatási jogviszonyban a hozzátartozóknak az okozati összefüggés keretében általában elegendő azt bizonyítaniuk, hogy a károsodásukat okozó haláleset az egészségügyi intézmény által nyújtott ellátás, illetve kezelés során vagy közvetlenül azt követően következett be. Az egészségügyi intézmény akkor mentesül a kártérítési felelősség alól, ha bizonyítja, hogy az egészségügyi ellátásban résztvevőktől elvárható gondossággal járt el és a beteg elhalálozása ennek ellenére következett be, illetve bizonyíthatja, hogy megfelelő ellátás esetén is ugyanaz az eredmény következett volna be, tehát egy esetleges mulasztás és a bekövetkezett eredmény között okozati összefüggés nem áll fenn. Egyetértett a másodfokú bíróság azzal a felperesi hivatkozással, hogy a bizonyításnak nem arra kellett irányulnia, hogy megfelelő ellátás esetén a felperesek hozzátartozójának élete biztosan megmenthető lett volna, hanem azt kellett bizonyítani, hogy megfelelő kezelés esetén az életben maradására, túlélésére vagy gyógyulására reális esély mutatkozott volna.

A perszakértői vélemény szerint a halál legvalószínűbb oka a néhai alapbetegségéből következő szívritmuszavar - hirtelen szívhalál - lehetett, azonban boncolás hiányában az egyéb halálokok, így a szívtúltengés, tüdőbetegség, súlyfelesleg miatti keringés- megterhelés, alvási apnoe szindróma,

ischaemiás szívbetegség, illetve tüdőverőér rögösödés sem zárható ki. Szívritmuszavart okozhatott reflexesen tüdőembólia, gócinfekciók (tüdőgyulladás, bronchitis kezeletlensége), mélyvénás trombózis, a szívelégtelenség progressziója, szívinfarktus, illetve tüdőödéma is. Az elsőfokú bíróság mindezen lehetséges halállokokra is kiterjedően vizsgálta az alperesek által végzett gyógykezelést, az általa levont következtetésekkel - a későbbiekben tett kiegészítések mellett - a másodfokú bíróság is egyetértett, annak kiemelésével és hangsúlyozásával, hogy nem az utóbb megismert orvosi adatokból visszakövetkeztetve, hanem az adott időben fennálló panaszok és vizsgálati eredmények alapján kell megállapítani, hogy az orvosok a beteg ellátása során az elvárható gondossággal jártak-e el (BDT2018.3798.).

A gócinfekciók (különböző mértékű és formájú gyulladások, így például a tüdőgyulladás, illetve hörghurut) szerepének megítélésével kapcsolatosan ki kell emelni, hogy a szakkonzulens szerint a gócinfekciók ugyan jelentős szívelégtelenségben növelik a halál rizikóját (46. számú szakkonzulensi vélemény 2. oldal), de ezt az irodalmi adatok csak a bal szívfél elégtelensége esetén támasztják alá, azaz jelentős bal kamra tágulattal és összehúzódó képesség csökkenésével társult bal szívfél elégtelenség eseteiben (82. számú szakkonzulensi vélemény 3. oldal). Érdemi, jelentős bal szívfél elégtelensége a felperesek hozzátartozójának ugyanakkor nem volt, mert a tüdőben pangás nem lépett fel, ami az érdemi bal szívfél elégtelenség következménye lehetett volna, emellett a bal kamrai ejekciós frakció összehúzódóképességét jelző paraméter megtartott volt (127. számú szakvélemény 8. oldal). Nem áll fenn tehát ellentmondás a szakértői intézet 116. szám alatti szakvéleményének 4. pontja és a szakkonzulens véleménye között, mert a gócinfekciók esetleges szívbetegség súlyosbítását elindító feltételezett szerepe és a halál lehetséges oka közötti összefüggés nem állapítható meg.

2009. október 28-án új tünetként jelentkezett néhai S F-nél a korábbiakhoz képest az ödéma lábakra terjedése és a vegyes hólyagú szőrcsőreje. Ez utóbbi a tüdő-légőhólyagocskáiban lévő folyadék felszaporodását jelentette, amely több folyamat következménye lehetett. A tünetek alapján a szakkonzulens szerint a legvalószínűbb a krónikus hörgőgyulladás akut fellángolása, erre utal a kétoldali, gyakorlatilag azonos intenzitású megjelenés (61. számú szakkonzulensi vélemény 6. pont), amely miatt a tüdőgyulladás valószínűtlen volt (117. számú jegyzőkönyv 3. oldal). A szakkonzulens valóban úgy nyilatkozott, hogy nem volt kizárt a mellkasröntgen vizsgálat elvégzése, azonban azt is hangsúlyozta, hogy ennek az indikációja nem állt fenn, mert az anamnézis, a fizikális vizsgálat, a laborparaméterek alapján, az alkalmazott kezelésre is figyelemmel ennek terápiát módosító hatása nagy valószínűséggel nem lett volna (61. számú szakkonzulensi vélemény 11. pont). A mellkasröntgen elvégzése elegendő lett volna a kórházi felvételt követően, a szőrcsőrejek eredetének tisztázása érdekében (117. számú jegyzőkönyv 3. oldal).

A 105. számú szakkonzulensi vélemény 2. oldalán rögzítettek szerint akut hörgőgyulladásban antibiotikum alkalmazása indokolt. A szakkonzulens azonban ezt a megállapítását személyes meghallgatása során annyiban pontosította (117. számú jegyzőkönyv 3. és 4. oldala), hogy miután a jelentős szívüreg-tágulattal járó szívizom-elfajulást, illetve a reumás lázat követően kialakult billentyűbetegséget a szívultrahang kizárta, nem értékelhető hibaként, hogy 2009. október 28-án - a tervezett és előírt kórházi felvételre is figyelemmel - a II. rendű alperes nem indított antibiotikumos kezelést. Mindezek mellett azt is hangsúlyozta, hogy az orvosi iratok szerint a II. rendű alperes 2009. október 28-án olyan ismeretekkel rendelkezett, miszerint a beteg a Suprax nevű antibiotikumot alkalmazza. A szakértő szerint (82. számú szakvélemény 7. oldal 3-4. pont) az antibiotikum alkalmazására vonatkozó információ nem származhatott a házi orvos által írt beutalóról, a kardiológus szakorvosnak a házi orvosi kartonba, amelyen rögzítették a Suprax alkalmazását, nincs betekintése, így az csak a beteg elmondása alapján kerülhetett az orvosi

iratokba. A felperesek részéről az csupán feltételezés, hogy a néhai S F orvosi iratait tartalmazó dossziéból származott a gyógyszer használatára vonatkozó információ.

A szakértő határozott véleménye szerint a családi anamnézis felvétele elsősorban a tervezett kórházi felvételt követően bírt volna jelentőséggel, mert korábbi felvétele esetén is az esetleges terhelő családi anamnézis miatt szükségessé váló további kivizsgálásokra nem azonnal, hanem a kórházi felvétel alkalmával került volna sor. Egyebekben megjegyezte, hogy a háziorvos ismeri legjobban a családi kórelőzményeket, és egy terhelő, esetleges Leiden mutáció fennállására utaló családi anamnézis esetén ő kezdeményezhet ezirányú kivizsgálást (82. számú szakvélemény 14. oldal 31. pont).

A szakkonzulens véleménye szerint a felperesek hozzátartozója esetén a klinikai kép nem utalt mélyvénás trombózis kialakulására. A II. rendű alperes részéről rögzítésre került az alszárak vizenyője, vagyis igazolható, hogy a beteg alsó végtagjait megvizsgálta, és nem írta le, hogy körfogatkülönbség állt volna fenn. A beteg lábfájdalomról, lépésre fokozódó alszárfaájdalomról nem számolt be, a lábkörfogatban durva különbség a fizikális vizsgálattal nem látszott, az esetleges kis különbség pedig (1-2 centiméter) nem kórjelző, az az orbánc következményeként kialakult nyiroködéma jele (82. számú szakkonzulensi vélemény 17. pont). A szakkonzulens ugyan indokoltnak tartotta volna a Doppler vizsgálatot, azonban az nem a mélyvénás trombózis kizárása, hanem az alsó végtagi keringés állapotának felmérése céljából jöhetett volna szóba, nem akután, hanem a kórházi kezelés során (105. számú szakvélemény 17. pont).

A szakkonzulens a tárgyaláson történt meghallgatásakor elmondta, hogy amennyiben az aszimmetrikus lábdagadás jelentős, vagyis ránézésre is megállapítható, akkor merülhetett volna fel egyéb speciális vizsgálat elvégzése. Aszimmetrikus lábdagadás és aszimmetrikus fájdalom nem állt fenn, ezért Doppler vizsgálatot nem kellett végezni (117. számú jegyzőkönyv 2. oldal). Utalt a szakkonzulens arra is, hogy a mélyvénás trombózisra az orbánc és a szívelégtelenség hajlamosíthat, és akár tünetmentesen is kialakulhat. Fájdalom hiányában erre az alsó végtagok közötti aszimmetria hívhatja fel a figyelmet, amely azonban a felperesek hozzátartozójánál nem állt fenn (61. számú szakkonzulensi vélemény 28. pontja).

A felperesek által hiányolt D-dimer vizsgálattal összefüggésben is hasonló következtetésre jutott a szakkonzulens. Trombózis gyanúja D-dimer meghatározással kizárható (105. számú szakkonzulensi vélemény 32., 33. pontok), ilyen gyanújel azonban nem volt, ezért D-dimer vizsgálat elvégzésére sem volt szükség (117. számú jegyzőkönyv 2. oldal).

A szakértő azt is kiemelte, hogy a kis méretű mélyvénás trombózis nem ugyanolyan veszélyes, mint a nagy méretű. Kis méretű vérrög a tüdő keringésének csak kisebb részét zárja el, amely önmagában halálos eredménnyel nem jár. Nem egészséges személyeknél kétségtelenül elindíthat halálos eredményű folyamatot, amely azonban lassabban vezet halálhoz. A szakértő szerint egyébként sem jellemző, hogy a beteg tüdőembólia miatt még a kórházba kerülés előtt meghal. Emellett mélyvénás trombózis csak kivételesen okozhat a nagy vérkörben (így a koszorú- vagy agyi erekben) rögzös elzáródást, ugyanis a leszakadó vérrögök a tüdőn nem jutnak át (127. számú szakvélemény 9. oldal 6. pont).

A szakkonzulens utalt arra (46. számú szakkonzulensi vélemény 3. pont), hogy a kardiológiai vizsgálatok során hasznos lehetett volna a Holter monitorozás, amely felvilágosítást adhatott volna arról, hogy a beteg életvitelének megfelelő maximális terhelés mellett milyen ritmuszavart lehet provokálni, az éjszakai alvászavar kardiális következményei fennállnak-e. Hangsúlyozta

ugyanakkor, hogy ezt csak utólagosan, a legvalószínűbb halálokok ismeretében lehet kijelenteni, mert a vizsgálat időpontjában a klinikai kép alapján elvégzésének indoka nem állt fenn. A stabil alaptachycardia, az egy-egy extrasystole megjelenése ezt nem teszi szükségessé, a betegnek érdemi ritmuszavarra utaló panasza, tünete nem volt, a sleep apnoe pedig Holter monitorozást nem igényel ((82. számú szakkonzulensi vélemény 20. és 27. pont). A Holter monitorozás ismeretlen okú eszméletvesztés, ismeretlen okú szédülés, ismeretlen okú heves szívverés és egyes esetekben az antiarrhythmias szerek hatásának felmérése céljából indokolt (82. számú szakvélemény 26-27. pont), amelyek a felperesek hozzátartozója esetében nem álltak fenn.

A szívelégtelenség kezelésével kapcsolatosan a szakértő azt rögzítette, hogy a 2009. szeptember 24-ei vizsgálat során észlelt eltérések közül a felgyorsult szívműködés igényelt gyógyszeres beavatkozást. Ennek oka azonban az volt, hogy az orvosi iratok szerint a beteg a Concor tablettát nem szedte be (pontos gyógyszerzedésre történő felhívás történt), így a Concor dózisának emelése nem volt indokolt (46. számú szakvélemény 35. oldal B/2. pont). Összességében a beteg fokozatos állapotromlása mutatta azt, hogy a szívelégtelenség gyógyszeres kezelése elégtelen volt, ezért is vált szükségessé 2009. október 28-ra a kórházi beutalás, amelynek során a szükséges terápia módosítása, a drasztikus vízajtás ellenőrzött körülmények között elvégezhető lett volna (82. számú szakkonzulensi vélemény 33. pont).

Hangsúlyozta a szakértő azt is, hogy a fogyókúra kórházi keretek között ugyan hatékonyabb lehet, a testsúlycsökkentés alapja elsődlegesen mégis a kalóriabevitel csökkentése, amelyet a beteg otthonában is meg tud valósítani. A testsúlycsökkentést célzó kórházi kezelés csupán a kalóriabevitel ellenőrzését szolgálja; illetőleg az ilyen célú kórházi felvétel minden esetben a beteg döntésén alapul, annak elmaradását nem lehet kifogásolni (82. számú szakkonzulensi vélemény 19. pont).

Nem látott ellentmondást a másodfokú bíróság a szakvéleménynek és kiegészítéseinek a szívfrekvencia beállítására vonatkozó megállapításai tekintetében sem. A szakkonzulens alapvéleményében (46.2. pont) megjegyezte, hogy szívelégtelenségben 60/perc körüli szívfrekvencia elérése a kívánatos, amely a bétablokkoló dózisának (Concor) fokozatos emelésével érhető el. 2009. szeptember 24-én 104/perc volt a beteg szívfrekvenciája, azonban a fentebb már részletezettek szerint a Concor tablettát nem előírászerűen alkalmazta, ezért annak növelése orvosilag nem volt indokolt. A szakkonzulens kiemelte, hogy ekkor az elsődleges feladat a - korábban már számos alkalommal hangsúlyozott - túlsúly csökkentése lett volna. 2009. október 28-án 97/perc volt a betegnél a szívfrekvenciaérték, amely nem indokolt azonnali beavatkozást, csak az előjegyzett kórházi kezelést (117. számú jegyzőkönyv 7. és 8. oldal), amelynek során a gyógyszeremelés esetleges mellékhatásai is jobban kivédhetők lettek volna.

A szakértő és a szakkonzulens is hangsúlyozta, hogy néhai S F-nél az NYHA III. stádiumú szívelégtelenség állapota 2009. szeptember végétől már nagy valószínűséggel fennállhatott, 2009. október 28-án pedig biztosan fennállt, azonban ez az állapot még nem indokolta az azonnali kórházi ellátást. Az ilyen stádiumú beteg rendelőintézetben, háziorvosi ellátás keretében is kezelhető, és ha ez a kezelés nem vezet eredményre - mint a perbeli esetben - akkor kerülhet szóba a kórházi felvétel (117. számú jegyzőkönyv 6. és 7. oldal).

A szakértői vélemény szerint (61. szám 12. pont) a szívelégtelenség második leggyakoribb oka a koszorúsér-elmeszesedés, néhai S F kórtörténetében azonban semmi nem utalt a betegség fennállására. Egyszer sem rögzítettek nála erre utaló mellkasi fájdalmat, az EKG vizsgálat során erre utaló eltérés nem volt észlelhető. A szakkonzulens kiemelte, hogy a koszorúérfestés invazív, a

szövödmények kialakulásának lehetőségét magában hordozó beavatkozás, így csak megfelelő indikáció (koszorúér betegség gyanúja) estén végzik el. Mellkasi fájdalom hiánya ellenére akkor lett volna indokolt, ha a bal kamra ejekciós frakciója 40% alatti, a szívultrahang-vizsgálat szívizomelhalást észlel, ilyen azonban a felperesek hozzátartozójánál nem állt fenn (46. számú vélemény 44. oldal B/6. pont). Sürgősségi koszorúér-festést akkor végeznek, ha egyértelműen szívizom-elhalásra utaló jelek állnak fenn, de ilyen nem volt a perbeli esetben (70. számú szakvélemény 17. pont). Cáfolta a szakértő azt a felperesi állítást is, hogy amennyiben a szív üregében meszesedés van, akkor nagy valószínűséggel a koszorúerek is meszesek. A két elváltozás között ilyen kapcsolat nem áll fenn, mert még az ereket érintő meszesedés esetén is nagy az eltérés, hogy melyik ér vagy érszakasz milyen mértékben érintett (127. számú vélemény 13. oldal 10. pont).

A felperesek álláspontjával szemben nem volt eltérés a alapszakvélemény és kiegészítő szakvélemények, illetőleg a szakkonzulens véleményeiben az infarktus kérdésében sem. A 2009. október 28-án elvégzett EKG vizsgálat során heveny szívizomelhalás zajlására utaló eltérés - a számítógépes adatok ellenére - nem volt észlelhető. Kóros eltérésként értékelhető V3-ban az R hullám redukció, amely lehet technikai hiba következménye is, de lehet lezajlott myocardialis infarktus maradványjele is. Ez utóbbi ellen szól, hogy a szívultrahangos vizsgálat során lokális falmozgászavar nem volt igazolható, az észlelt ST eleváció önmagában nem körjelző (46. számú szakkonzulensi vélemény 2. oldal). A heveny szívizomelhalás lehetőségét ugyan a mellkasi fájdalom hiánya nem zárja ki, de az elvégzett EKG vizsgálat és szívultrahang ezt nem támasztotta alá, továbbá a beteg panaszai nem akutan alakultak ki, hanem a tartósan fennálló panaszok fokozatosan súlyosbodtak (46. számú szakvélemény 38. oldal B.9. pont). A szakkonzulens határozott véleménye szerint a vizsgálati eredmények alapján néhai S Fnek a 2009. október 28-i szívultrahangos vizsgálatig nem volt szívinfarktusa (105. számú szakkonzulensi vélemény 37. pont).

A pulmonális ödéma kérdéskörében a szakkonzulens kifejtette, hogy ha a radiológiai vizsgálat során sem mellhártya lemezek közötti, sem tüdőállományban elhelyezkedő folyadék nem észlelhető, fizikális vizsgálat során pangásos szörcsöreje nem hallható - mint a 2009. szeptember 17-i vizsgálat alkalmával -, akkor nem valószínű, hogy a beteg fulladásos panaszai kardiológiai jellegűek lennének (46. számú szakkonzulensi vélemény 1. oldal). Nagy mennyiségű mellkasi folyadékgyülem szükségessé teszi a kórházi kezelést, néhai S Fnél azonban ez nem állt fenn (82. számú szakkonzulensi vélemény 9. pont). A szakkonzulens hangsúlyozta, hogy a felperesek hozzátartozójánál tüdőödéma nem állt fenn, így annak előrehaladásáról sem lehet beszélni. Kialakulására lehetett volna esély, de a 44 Hgmm jobb kamrai systoles nyomás ennek ellentmond (105. számú szakkonzulensi vélemény 23. pont.)

A perben kirendelt igazságügyi szakértő, valamint az általa bevont, megfelelő kompetenciával rendelkező kardiológus szakkonzulens kellő indokolással alátámasztott és - a szóbeli meghallgatással együtt - hét alkalommal kiegészített véleményét a fenti kiegészítések és kiemelések mellett a másodfokú bíróság is aggálytalanak találta. A felperesek fellebbezési hivatkozásával szemben az elsőfokú bíróság a felperesek által csatolt igazságügyi orvosszakértő véleményt sem hagyta figyelmen kívül, éppen dr. L M P szakértő véleményére figyelemmel rendelte el a perszakértői vélemény számos kiegészítését, a perszakértő pedig a feltett kérdésekre minden esetben kielégítő választ adott. A másodfokú bíróság az újabb szakértő kirendelése iránti felperesi indítványt alaptalannak találta, ezért szükségtelen volt ennek érdekében az elsőfokú bíróság ítéletének hatályon kívül helyezése és az elsőfokú bíróságnak újabb eljárásra és újabb határozat hozatalára utasítása is.

Az aggálytalan szakértői vélemény alapján a másodfokú bíróság az elsőfokú bírósággal egyezően azt állapította meg, hogy az alperesek a felperesek hozzátartozójának ellátása során az elvárható

gondossággal jártak el. Néhai S Fnél az NYHA III. stádiumú szívelégtelenség állapota 2009. szeptember végétől állhatott fenn, ez azonban önmagában kórházi ellátást nem igényelt, ambulánsan is kezelhető volt. A beteg állapota hosszú idő alatt lassan romlott, hozzátevé, hogy a legnagyobb problémát okozó túlsúlyra a háziorvos által felírt fogyást elősegítő tabletta kezdetben súlycsökkenést eredményezett, amelyet azonban ismét súlygyarapodás követett. A tüdőgyógyász által a légzési nehézségre alkalmazott gyógyszerekre eleinte jól reagált, javulást regisztráltak nála. A 2009. október 28-i kardiológiai vizsgálatig a kórházi kezelés nem volt indokolt, és ekkor sem merült fel olyan sürgető ok, amely miatt azonnali kórházi felvételét kellett volna elrendelni. Romló alapbetegsége megalapozta annak a lehetőségét, hogy olyan kórállapot alakuljon ki, amely már az életét, egészségét közvetlenül veszélyezteti, de az utolsó orvosi vizsgálat időpontjában ilyen közvetlenül veszélyeztető kórállapot még nem állt fenn. Az állapotromlás mértéke és a 2009. október 28-i vizsgálatok eredménye alapján megállapítható, hogy az egy héten belüli kórházi felvétel megfelelő időpontú ellátást biztosított volna számára, annak hangsúlyozásával, hogy idült alapbetegségei - súlyos elhízás, tüdőbetegség, jelentős szívűtlengés - folyamatosan magukban hordozták a hirtelen szívhalál lehetőségét, amelynek bekövetkezési esélyét a kórházi kezelés sem csökkentette volna érdemben.

Mindezen indokokra figyelemmel a másodfokú bíróság az elsőfokú bíróság keresetet elutasító érdemi döntését az 1952. évi Pp. 253.§ (2) bekezdése alapján helybenhagyta.

Részben alaposnak találta ugyanakkor a felpereseknek az elsőfokú perköltség összegének leszállítására irányuló fellebbezési támadását.

Az I. rendű felperes vonatkozásában a pertárgyérték 5.340.000 forint volt, ennek 5%-a 267.000 forint, amely az I. rendű alperest az elsőfokú eljárásban megillető ügyvédi munkadíj a bírósági eljárásban megállapítható ügyvédi költségekről szóló 32/2003. (VIII. 22.) IM rendelet (a továbbiakban: IM rendelet) 3.§ (2) bekezdés a) pontja alapján, figyelemmel arra is, hogy jogi képviselője ÁFA körbe nem tartozik. Ezzel szemben a II. rendű alperes jogi képviselője ÁFA fizetésére köteles, ezért a részére járó ügyvédi munkadíj ÁFA-val növelten ugyanezen jogszabályhely alapján 339.000 forint, figyelemmel a 4/A.§ (1) bekezdésére is. A II. rendű felperes tekintetében a pertárgyérték 4.120.000 forint, ennek 5%-a 206.000 forint, amely az I. rendű alperest megillető ügyvédi munkadíj, míg ennek 5% ÁFA-val növelt összegére 261.600 forintra tarthat igényt a II. rendű alperes.

A további, alperesenként 150.000 forint fizetési kötelezettség alól azonban a felperesek az őket megillető teljes személyes költségmentesség ellenére sem voltak mentesíthetők. A személyes költségmentesség alkalmazásáról szóló 6/1986. (VI. 26.) IM rendelet (a továbbiakban: Kmr.) 13.§ (1) bekezdése alapján a felet, ha költségmentességben részesült a meg nem fizetett illeték és az állam által előlegezett költség megfizetésére nem lehet kötelezni. Az összesen 300.000 forint szakértői díjat azonban nem az állam előlegezte, hanem az alperesek, így mint a részükről felmerült perköltségekre igényt tarthatnak, annak megfizetése alól a költségmentesség nem mentesíti a felpereseket.

A felperesek fellebbezése a per fő tárgyát érintően nem vezetett sikerre, ezért az 1952. évi Pp. 78.§ (1) bekezdése alapján kötelesek megfizetni az alperesek másodfokú eljárásban felmerült perköltségét, amelynek összegét a másodfokú bíróság az IM rendelet 3.§ (2) bekezdés a) pontja és (5) bekezdése, továbbá a 4/A.§ (1) bekezdése alapján állapította meg. A felperesek teljes személyes költségmentességben részesültek, ezért a másodfokú eljárásban felmerült fellebbezési illetéket az állam viseli a Kmr. 13.§ (1) bekezdése és 14.§-a alapján.

Pécs, 2019. május 23.

Dr. Kutasi Tünde s.k. a tanács elnöke, Dr. Vogyicska Petra s.k. előadó bíró, Gáspárné dr. Baranyabán Judit s.k. bíró