

DEBRECENI ÍTÉLŐTÁBLA

Pf.I.20.275/2019/7. szám

A Debreceni Ítéltábla a Guba Ügyvédi Iroda (címe, ügyintéző: dr. Guba Zoltán ügyvéd) által képviselt felperes neve (címe) felperesnek - a dr. K. J. kamarai jogtanácsos által képviselt alperes neve (címe) alperes ellen személyhez fűződő jog megsértésének megállapítása és kártérítés megfizetése iránt indított perében, amely perbe az alperes pernyertessége érdekében a .. Ügyvédi Iroda (címe., ügyintéző: dr. M. J. ügyvéd) által képviselt Alperesi beavatkozó (címe) beavatkozott, a Miskolci Törvényszék 10.P.22.725/2015/116. számú, 117. sorszám alatt kijavított ítélete ellen az alperes részéről 118., a felperes részéről 119. sorszám alatt előterjesztett fellebbezések folytán meghozta a következő

í t é l e t e t:

Az ítéltábla az elsőfokú bíróság ítéletének nem fellebbezett részét nem érinti, az alperes jogsértését megállapító rendelkezést hatályon kívül helyezi, további fellebbezett rendelkezéseit részben, az alábbiak szerint megváltoztatja:

- felemeli az alperes marasztalását 20 000 000 (húszmillió) forintra, és annak 2015. november 16. napjától járó kamataira,
- mellőzi a felperes perköltség fizetésére történő kötelezését,
- kötelezi az alperest, hogy fizessen meg a felperesnek 15 napon belül 1 016 000 (egymillió-tizenhatezer) forint elsőfokú perköltséget,
- 118 724 (száztizennyolcezer-hétszázhuszonnégy) forintra felemeli az alperest terhelő állam által előlegezett költség összegét,
- 148 406 (száznegyvennyolcezer-négyszázhat) forintra leszállítja az állam terhén maradó állam által előlegezett költség összegét.

Egyebekben az elsőfokú bíróság ítéletét helybenhagyja.

Kötelezi az alperest, hogy fizessen meg a felperesnek 15 napon belül 263 525 (kétszázhatvanháromezer-ötszázhuszonöt) forint másodfokú perköltséget.

Megállapítja, hogy 2 536 000 (kétmillió-ötszázharminchatezer) forint fellebbezési illeték az állam terhén marad.

Ez ellen az ítélet ellen nincs helye fellebbezésnek.

I n d o k o l á s

Az 1974. évben született felperesen 2002-ben végeztek elsődleges, csaknem a teljes pajzsmirigy eltávolítását célzó műtétet: a szövettani mintából jóindulatú Hürtle-sejtes adenomás gócot nyertek ki.

A felperes 2013. április 8-án kereste fel az alperes pulmonológiai szakrendelőjét tüdőgyógyászati kórképpel (korábbi mellhártyagyulladás, rekedtség, mellkasi fájdalom, köhögés, fulladás, orrfolyás, orrdugulás). Gyógyszeres kezelése során panaszai múltak, azonban 2013. június 27-én torokszorítás, köhögési roham jelentkezett, státuszában pedig rögzítették, hogy pajzsmirigye nagyobbnak tapintható. Légzésfunkciós vizsgálata élettani értékeket mutatott, míg az ekkor készült ultrahanglelet mindkét pajzsmirigy jelentős megnagyobbodását írta le. A jobb lebeny mellett több, 15-30 mm-es echoszegény udvarral határolt solid göb volt látható, míg a bal lebeny mellett is echoszegény udvarral határolt solid göböt írtak le. A trachea (légcső) a középső vonalban volt. A struma kiújulása miatt endokrinológiai szakvizsgálatot javasoltak.

A felperes 2013. augusztus 27. napján jelent meg az alperes általános sebészeti osztályának pajzsmirigy szakrendelésén, ahol rögzítették, hogy a 2002. évi műtét szövettani eredménye: jóindulatú kolloid göbös golyva, Hürtle-sejtes adenomával. Recidíva okozta panaszai fizikális vizsgálattal is jelentősnek tűntek, ezért a „kompressziós tünetekre és panaszokra” tekintettel műtétet javasoltak. A 2013. november 19-én készült röntgenvizsgálat megállapította, hogy a trachea légsáv jobbra dislocált, normál tágasságú, a nyelőcső ugyanezen magasságban szintén jobbra dislocált. A 2013. november 22-i aneszteziológiai szakvizsgálaton rögzítették, hogy a felperes nagyobb terheléskor fullad. Kompressziós panaszok miatt 2013. november 29. napjára kapott műtéti előjegyzést.

A felperes 2013. november 28. napján írt alá „Beleegyező Nyilatkozat” elnevezésű okiratot, mellyel tanúsította, hogy őt **dr.B. J.** kellő mértékben felvilágosította az abban foglaltakról. Az okiratot kezelőorvosként **dr. P. S.** szignózta. A beleegyező nyilatkozat 1. pontjában kórismeként kiújult göbös golyva (recidíva), valamint nyomási tünetek (kompresszió) szerepel. A 2. pontban javasolt gyógymód műtét volt, amelynek kockázatai: vérzés, sebgyógyulási zavar, hangszalagbénulás, illetőleg „nervus recurrens paraesis”, azaz hangszalagmozgatóideg-bénulás. A műtét helyett alkalmazható gyógymódokról szóló részt üresen hagyták. A 3. pont szerint tájékoztatták a felperest a javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről, szóban feltett kérdéseire megfelelő választ kapott, és kellő idő állt rendelkezésére, hogy szabadon döntsön arról, hogy milyen kezelést szeretne. A nyilatkozat szerint tudomásul vette, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, amelyek a várható gyógyeredményt és gyógytartamot kedvezőtlenül befolyásolják, úgymint vérzés, sebgyógyulási zavar és hangszalagbénulás; feltüntették azt is, hogy „recidíva miatt fokozott kockázat fentiek vonatkozásában.”

Az alperesnél rendszeresítették egy írásbeli „Pajzsmirigyműtéttel kapcsolatos betegfelvilágosítást” is, amely 2013. november 28-i dátummal képezi részét az egészségügyi dokumentációnak. Ezt azonban kizárólag **dr.B. J.** írta alá (felvilágosítást végző orvosként), a felperes nem. A gyakorlat az volt, hogy e nyilatkozatot is alá kell írnia a betegnek a műtét előtt.

A felperesnek adott tájékoztatás nem volt megfelelő, a felperes ezt követően egyezett bele műtéti kezelésébe.

2013. november 28. napján vették fel az alperes sebészeti osztályára, a zárójelentés szerint kompressziós tünetek és panaszok műtéti kezelése miatt. A 2013. november 29-én történt műtét (a továbbiakban: a műtét) során kétoldali lobectomiát végeztek, az alkalmazott műtéti technika near total resectio volt. A kórszövettani lelet szerint az elváltozás jóindulatú volt, abban nem találtak Hürtle-sejtes adenomás gócot.

Extubációt követően megállapították, hogy mindkét oldali hangszalag paramedian állásban van, ezért az operatőr, **dr.B. J.** fül-orr-gégészeti konzíliumot kért. A konzílium eredményeként megállapították, hogy a nervus recurrens sérülése elképzelhető bal oldalon, azonban a jobb oldali ideg végig szem előtt volt, ezért a hangszalag-mozgatóidegek helyreállása 3-4 nap után ezen az oldalon jó eséllyel bekövetkezhet. A felperest ezért szedált állapotban, intubált helyzetben tartották a következő napokban, 2013. december 2-án azonban mindkét oldali hangszalag ugyanolyan paramedian állásban volt. A felperest ezért az alperes fül-orr-gégészeti osztályára helyezték át.

A műtét során mindkét hangszalagmozgatóideg-pár megsérült, továbbá a felperesnek nem maradt működő mellékpajzsmirigye, ezért élete végéig mellékpajzsmirigy-hormon és kalcium pótlására szorul.

A felperes a következő években több, mint 20, nagyjából hangréstágító műtéten esett át, amellyel megkísérelték műtéti úton megoldani a fellépő gégeszűkületet. Mindezek eredménytelensége miatt 2018. május 3. napján műtéti úton került sor a gége teljes kiirtására.

A felperes már addig is csak kanül segítségével tudott lélegezni, beszéde, hangképzése nehézkes, suttogó volt, ezt követően a helyzet tovább romlott. A gége eltávolítása miatt a felperes beszédképessége úgynevezett beültetett hangprotézissel állítható helyre: az erre irányuló első műtéti kísérlet sikertelen volt. Amennyiben az erre irányuló műtéti törekvés sikeres is lesz, az ezzel történő beszéd megtanulása nagy odafigyelést igényel. A felperes állapota - a gége kiirtásával - kialakultnak, véglegesnek tekinthető, abban legfeljebb - sikeres műtét esetén - a hangképzés terén várható javulás.

A felperes testtömege a műtétet követően 70 kg-ról 90 kg-ra növekedett, elhízottnak számít.

A műtétet követően 2019 februárjáig 22 alkalommal szállította mentő fulladásos tünetek miatt, a légzését lehetővé tevő műanyag kanül tisztítását heti rendszerességgel szakorvosi rendelőben végzik, emellett több hónapot töltött kórházban fekvőbetegként, illetőleg számos alkalommal vizsgálták járóbetegként.

A felperes a műtétet megelőzően életvidám karakterű volt, aktív életet élt, dolgozott, párkapcsolat kialakítására törekedett. A műtétet követően befelé forduló, visszahúzódó lett, szégyelli a nyakán messziről is látható, számára komoly esztétikai problémát jelentő kanült, ezért visszavonult a közösségi életből, baráti kapcsolatai elmaradoztak, társas kapcsolatai beszűkültek. Bár lift nélküli, 4. emeleti lakásából nehezen tud kimozdulni, szociálisan nem izolálódott teljesen.

Jelenleg életének egyetlen örömforrását két fia jelenti, akik ápolják, gondozzák őt, mindazonáltal frusztrált lelkiállapot, fokozott szorongás, elidegenedés és a világtól való visszahúzódás jellemzi, holott alapkaraktere szerint a világra nyitott, társaságkedvelő, jóindulatú és jó kapcsolati készséggel bíró személyiség, amire a testi állapotának visszafordíthatatlan változása erősen hat, azt elfedi, elnyomja. A felperes kedvezőtlen pszichés állapota testi állapotának visszafordíthatatlan változása következményeként jött létre, a műtetre vezethető vissza, illetőleg az azt követő egészségügyi beavatkozások eredménye. Pszichés állapotában nem várható javulás, annak alapját véglegesen megváltozott testi állapota tartja fenn. Pszichológiai szempontból állapota középsúlyos; ezen állapota kialakulnak, véglegesnek tekinthető.

A felperes keresetében kérte annak megállapítását, hogy az alperes a „műtéti beavatkozás során elkövetett műtéti hiba következményeként bekövetkező maradandó egészségkárosodás okozásával megsértette” a testi épséghez és egészséghez való jogát. Emellett 45 000 000 Ft nem vagyoni kártérítés, és abból 35 000 000 Ft után 2015. november 16-tól, 10 000 000 Ft után 2018. május 3-tól a kifizetés napjáig számított törvényes mértékű késedelmi kamatai megfizetésére kérte kötelezni az alperest. Hivatkozása szerint a műtétet megfelelő indikáció hiányában, a tájékoztatási kötelezettség megsértésével, nem megfelelő műtétechnikai megoldást választva végezték el, és ennek következménye a jelenleg kialakult egészségi állapota, pszichés státusza.

Az alperes és felelősségbiztosítójaként a pernyertessége érdekében fellépő beavatkozó a kereset elutasítását kérték. Az alperes szerint a műtét abszolút, míg a beavatkozó szerint legalább relatív indikációja fennállt, emellett az alperes teljesítette tájékoztatási kötelezettségét, és megfelelő műtétechnikai eljárást alkalmazott. Álláspontjuk szerint a követelés jelentős mértékben eltúlzott.

Az elsőfokú bíróság a fellebbezéssel támadott ítéletével megállapította, hogy az „alperes megsértette felperes testi épséghez és egészséghez fűződő személyiségi jogát azzal, hogy a 2013. november 29. napi műtétet a felperesen a tájékoztatási kötelezettség megsértése mellett végezte el, a műtét következtében pedig a felperes elveszítette a gégéjét, önálló légzési és hangképzési képességét.” Kötelezte az alperest, hogy fizessen meg a felperesnek 15 000 000 Ft-ot, és abból 12 000 000 Ft után 2015. november 16. napjától, további 3 000 000 Ft után 2018. május 4. napjától a kifizetés napjáig számított törvényes mértékű késedelmi kamatait. Az ezt meghaladó keresetet elutasította. Kötelezte a felperest, hogy fizessen meg az alperesnek 921 500 Ft, a beavatkozónak 300 000 Ft perköltséget, míg a felek az ezt meghaladó költségeiket maguk viselik, 1 500 000 Ft illeték pedig az állam terhén marad. Kötelezte az alperest, hogy fizessen meg 89 045 Ft állam által előlegezett szakértői költséget., míg 178 091 Ft állam által előlegezett szakértői költség az állam terhén marad.

Az ítélet indokolásában előrebocsájtotta, hogy sürgősség volt a beleegyező nyilatkozat hamisítatlanságával összefüggő bizonyítás, mivel a releváns tényállás enélkül is megállapítható volt.

A bizonyítékok közül elsődlegesen **dr. S. G.** (a továbbiakban: szakértő) igazságügyi szakértő véleményében foglaltakra támaszkodott, míg a perben korábban kirendelt **dr. K. I.**

Igazságügyi és Biztosítás-orvostani Intézet (a továbbiakban: szakértői intézet) részéről fül-orr-gégész szakkonzultáns bevonásával készített szakvéleményt kirekesztette a bizonyítékok köréből az orvosi dokumentációval ellentétes preconcepciói és hiányos tartalma miatt. Emiatt a két szakvéleményt nem lehetett ütköztetni sem, ezért a sebészet és a fül-orr-gégészet határterületén mozgó pajzsmirigysebészeti kérdések megválaszolására (figyelemmel a szakértői kamara állásfoglalására is) a sebészeti kompetenciával rendelkező szakértő véleményét vette alapul (függetlenül tényleges gyakorlati tapasztalatától). Bár az alperes formai kifogása részben alapos volt a szakértői véleményben található lelet kapcsán, mivel a szakértői vélemény e része szűk körre korlátozódott, azonban e hiányosság nem érintette érdemben a vélemény megalapozottságát. Az sem tette megalapozatlanná, hogy a gyógyszeres kezelés vonatkozásában jelentőséggel bíró TSH adat nem állt rendelkezésre, mivel ez kizárólag a szakvélemény azon szegmensét teheti megalapozatlanná, amely gyógyszeres kezelés indokoltságát vetette fel.

Az ítélet indokolása szerint a műtét abszolút indikációja nem állt fenn. Hatályos szakmai előírás hiányában nem volt mellőzhető a recidív strúma műtétek korábbi protokollja, amely alapján a szakértő véleménye két abszolút indikációt feltételezett. Az egyik a jelentős mechanikai kompresszió (komponens), a másik a rosszindulatú elváltozás gyanúja. Bár a „komponens” kifejezés jelentése kapcsán sem a szakértő, sem az alperes meghatalmazott sebész főorvosa nem tudott egyértelműen állást foglalni, amennyiben magyar megfelelőjeként alkotóelemként azonosítjuk, nem értelmezhető a „mechanikai” szó. Így, mivel az elsődleges strúmaműtétek abszolút indikációjához mérten kevésbé valószínű, hogy a fokozott kockázattal és szövődménnyel járó recidíva műtétek esetében enyhébb indikáció lenne szükséges, ezért az tűnik valószínűnek, hogy jelentős kompresszió szükséges a műtét elvégzéséhez.

A műtéti indikáció is a kompresszió volt, rosszindulatú elváltozás gyanújára semmi nem utalt, mint ahogy nem végeztek erre vonatkozó megelőző vizsgálatokat sem (kizárólag az ultrahanglelet vetett fel esetleges gyanújeleket), és a műtétet is csak három hónappal későbbre időzítették, de az utólagos szövettani eredmény sem igazolt rosszindulatú elváltozást, hasonlóan a 2002. évi műtétéhez. Az alperes részéről is csak évekkel később, **dr. B. J.** főorvos és **dr. B. A.** meghatalmazott főorvos utalt a rosszindulatú elváltozás gyanújára, utóbbi azért, mert a röntgen- és ultrahanglelet alapján a trachea légsáv normális volt (a szakértői intézet véleménye is fő indikációként a kompressziót jelölte meg). E leletek nem utaltak kompresszióra (összenyomódásra), továbbá egyetlen más diagnosztikai lelet sem, emellett a légcső- vagy nyelőcsőszűkültre vonatkozó egyéb vizsgálatok is normál élettani értékeket mutattak.

Bár a protokoll nem említett abszolút/relatív indikációt a recidív strúmák esetében, az elsőfokú bíróság álláspontja szerint legalább a relatív indikáció fennállt a jelentősen megnagyobbodott állomány miatt, amely a trachea és a nyelőcső jobbra tolódását eredményezte. A szakértői vélemény szerint pedig néhány éven túl reálisan lehetett volna számítani arra, hogy ez kompressziót okozhat. Ennek ellenére az abszolút indikáció nem állt fenn, így különös jelentőséggel bírt a tájékoztatási kötelezettség teljesítése.

Ennek kapcsán idézte az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 13. §-ának (1) és (2) bekezdéseit, emellett a 134. §-ának (1) és (3) bekezdéseit: az itt részletezett követelményeknek pedig a perbeli tájékoztatás nem felelt meg. **Dr. B. J.**

tanúvallomásában maga mondta el, hogy egy átlagos szakrendelésen 5 óra alatt 40 beteget lát el (9. sorszámú jegyzőkönyv 6. oldal), ezért beleszámítva a betegek beérkezésének és eltávozásának átlagos időtartamát is, nagyságrendileg 6-7 perc jut egy betegre. Ezalatt kell fizikálisan megvizsgálnia a beteget, lediktálnia a vizsgálati összefoglalót, aláírnia, és sort kerítenie a tájékoztatásra is. Vallomása szerint a felperessel a műtét előtt 1 alkalommal (2013. augusztus 27-én) találkozott olyan körülmények között, hogy a tájékoztatást megadhatta részére. Az elsőfokú bíróság álláspontja szerint ilyen rövid idő alatt nem kerülhetett sor a törvényi követelményeknek megfelelő részletes tájékoztatásra. **Dr. P. S.** tanúként már nem emlékezett az esetre, hanem az általánosan alkalmazott gyakorlatáról nyilatkozott, amely szerint minden esetben válaszol a beteg kérdéseire. Az elsőfokú ítélet indokolása szerint kétséget kizáró módon nem bizonyították azt sem, hogy megtörtént a részletes szóbeli tájékoztatás a betegfelvétel időpontjában, emellett a beleegyező nyilatkozatba kézzel bejegyzett részek csak **dr. P. S.** tanúvallomása alapján voltak rekonstruálhatóak.

Ez alapján nem állt rendelkezésre kétséget kizáró bizonyíték a szóbeli tájékoztatásra, az írásbeli tájékoztató (amelyet a felperes is aláírt) pedig nem megfelelő: nem jelöli meg pontosan, milyen műtetre kerül sor, elmaradása esetén milyen következményekkel kell számolni; milyen műtéti technikák állnak rendelkezésre és milyen kockázattal; a hangszalagmozgatóideg-bénulásnak milyen konkrét életvitelbeli és fizikai következményei vannak; a mellékpajzsmirigy elvesztése/sérülése milyen következményekkel jár; a kiújulás miatt fokozott kockázatok jelentkezésének esélye. A felperes pedig nyilatkozata szerint visszautasította volna a beavatkozást egy ennek megfelelő tájékoztatás esetén.

A műtéttechnika megválasztása körében kifejtette, hogy a recidív golyvák esetében a korábbi protokoll 1.4. pontja volt irányadó, amely az intracapsuláris subtotalis resectio vagy total thyreoidectomia a nervus recurrens és parathyroideák megkímélésével elnevezésű műtéti technikákat javasolta, azzal, hogy az utóbbi esetében a sérülésük rizikója hatszoros. A felperes fül-orr-gégészeti kezelését végző **dr. K. T.** tanúvallomása és a szakértő szerint is többféle műtéttechnikai eljárás állt rendelkezésre, de ismert egy tartózkodóbb álláspont is, amely reális eséllyel lehetővé teszi a hangszalagmozgatóidegek megkímélését, illetőleg egy radikálisabb beavatkozás, ahol az idegsérülés esélye fokozottabb kockázatú. Emellett az igazságügyi szakértői vélemény említett egy ehhez képest kevert módszert is, ami az egyik oldalon közel teljes eltávolítást, a másik oldalon pedig egy tartózkodóbb, részleges eltávolítást feltételez.

Az Eütv. 129. §-ának (1) bekezdése szerint a kezelőorvos joga, hogy a tudományosan elfogadott vizsgálati és terápiás módszerek közül a hatályos jogszabályok keretei között szabadon válassza meg az adott esetben alkalmazandó, általa, illetve az ellátásban közreműködő személyek által ismert és gyakorolt, a rendelkezésre álló tárgyi és személyi feltételek mellett végezhető eljárást. A választott vizsgálati és terápiás módszer alkalmazhatóságának feltétele, hogy ahhoz a beteg e törvény szabályai szerint beleegyezését adja, valamint a beavatkozás kockázata kisebb legyen az alkalmazás elmaradásával járó kockázatnál, illetőleg a kockázat vállalására alapos ok legyen.

A műtéttechnika megválasztása legalábbis vitatható volt, amelyen a műtét közben is változtathattak volna, emellett az egyik oldali idegpár végig látótérben volt. Az ilyen jellegű műtéttechnika alkalmazása mellett mindkét idegpár sérülése a normál műtéti kockázatok körébe tartozik, ugyanígy a mellékpajzsmirigy sérülése vagy eltávolítása is, ennek

megfelelően ezt szakmai hibának felróni nem lehet. Azonban a felperes anatómiai viszonyai sem voltak átlagosak, ez fokozottabb kockázatot jelentett, mint ahogy a heges környezet is. A felperes pedig a választott terápiás módszert csupán annyiban ismerte, hogy meg fogják műteni.

Ismertette az Eütv. ellátás megfelelőségével összefüggő 7. §-ának (1) és (2) bekezdéseit, emellett az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény 5. §-ának (1) bekezdését is, amelyek szigorúbban rögzítik az egészségügyi szolgáltatótól elvárható gondosságot.

A személyhez fűződő jogok megsértése, valamint a kártérítési felelősség és kötelezettség körében ismertette az Eütv. 244. §-át, illetőleg a Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény (továbbiakban: 1959. évi Ptk.) 75. §-ának (1) bekezdését, 76. §-át, 84. §-a (1) bekezdésének e) pontját, 339. §-ának (1) bekezdését, 355. §-ának (1)-(4) bekezdéseit. Mivel az alperes nem bizonyította a kimentési bizonyítás körében az okozati összefüggés hiányát, meg kellett állapítani az esély elvételével megvalósult károkozást, ennek nyomán a kártérítési felelősséget.

A perben nem volt vitás, hogy a felperes kialakult állapota a műtét következménye. Az okozati összefüggés pedig alapvetően ott érhető tetten, hogy amennyiben a felperes megkapja a teljeskörű és egyéniesített tájékoztatást, reális esélye lehetett volna annak, hogy a műtét elvégzésére - beleegyezésének hiányában - nem vagy nem a történetnek megfelelően (az alkalmazott műtéti megoldással) kerül sor, és ennek eredményeként a jelenlegi kedvezőtlen fizikai és pszichés státusz sem alakul ki, vagy csak részben alakul ki.

Ezért azt állapította meg, hogy az alperes a tájékoztatási kötelezettség megszegésével sértette meg a felperes testi épséghez és egészséghez fűződő személyiségi jogát, mivel a felróható szakmai szabályszegés volt a kiinduló pontja és okozója mindennek, hiszen amennyiben a tájékoztatás megfelelő lett volna, a relatív indikációjú műtét elvégzésére okszerűen sor kerülhetett volna, és adott esetben a tájékoztatás mikéntjének függvényében az alkalmazott műtétechnikai megoldás sem okvetlenül lett volna kifogásolható.

A nem vagyoni kárigény körében ismertette az Alkotmánybíróság 34/1992. (VI.1.) határozatában, továbbá a bírói gyakorlatban kimunkált tételeket, amely alapján arra a megállapításra jutott, hogy a felperes által igényelt 45 000 000 Ft jelentős mértékben eltúlzott. Az irányadó bírói gyakorlat nagyságrendileg az önálló életvitelre alkalmatlan, állandó ápolásra és gondozásra szoruló betegek esetében tart indokoltnak 20 000 000 Ft-tól 35 000 000 Ft-ig terjedő nem vagyoni kártérítést (Debreceni Ítéltábla Pf.I.20.548/2018/9., Kúria Pfv.21.41762017/9., Legfelsőbb Bíróság Pf.III.22.145/2010/4., Debreceni Ítéltábla Pf.I.20.676/2017/4.). A Debreceni Ítéltábla részben hasonló tényállás mellett 3 500 000 Ft-ot ítélt meg pajzsmirigyműtéten átesett, idegsérült felperes javára, aki nehézkes légzést, nehéz beszédet és mellékpajzsmirigy alulműködést panaszolt (Pf.I.20.338/2014/5.). Ezért 15 000 000 Ft szükséges és egyben elégséges kompenzáció a felperest ért immateriális hátrányok ellensúlyozására. A felperesi keresetnek megfelelően az elsőfokú bíróság is megosztotta a nem vagyoni kártérítést a gége eltávolítását megelőzően és azt követő időszakra.

Az összeg meghatározásakor figyelembe vette, hogy a felperes kialakult állapota nagy valószínűséggel végleges, önálló beszéd és légzési képességét elveszítette, jelentős esztétikai problémával küzd a nyak közepén található kanül miatt. Emiatt befelé forduló lett, társas kapcsolatai gyakorlatilag megszűntek, elvesztette a reális esélyét párkapcsolat kialakítására, közép súlyos pszichológiai terheltség mellett éli életét, kizárólag a két fiára tud támaszkodni. Emellett sokszor szorult a mentőszolgálatra fulladásos, légzési nehezítettségi tünetek miatt, rendszeresen kell részt vennie szakorvosi vizsgálatokon, számtalan műtéti beavatkozást élt meg, hónapokat töltött fekvőbetegként kórházban, nem kizárt, hogy a későbbiekben is műtetre szorul. Nagyrészt elveszítette annak esélyét, hogy kereső foglalkozást űzhessen, össz-szervezeti egészségkárosodása 76 %-os. Teljesen elveszítette esélyét a korábbi, társas kapcsolatokon alapuló, jókedélyű, sportos életvitelére. Pajzsmirigy és működő mellékpajzsmirigy hiányában folyamatos hormonpótlásra szorul. Az ízületi fájdalmak kapcsán megjegyezte, hogy azok kialakulása és a károsító magatartás közötti okozati kapcsolat nem igazolt. Elhízása az állapota miatt kialakult mozgásszegény életmód következménye, amely megfelelő étrenddel, állapotához igazodó mozgásformákkal megelőzhető, javítható. Figyelembe vette továbbá a felperes viszonylag fiatal életkorát, ugyanakkor azt is, hogy egyéb krónikus betegségekkel (asztma, bronchitis) is küzdött, valamint hogy a műtétet megelőzően is panaszolta, hogy terhelésre fullad.

Nem hagyható figyelmen kívül azonban, hogy a felperes jelentősen megnagyobbodott pajzsmirigyekkel rendelkezett, kiújult strumája volt, amely előbb vagy utóbb mindenképpen szükségessé tette volna a műtéti beavatkozás elvégzését. A szakértő is csak azt tudta megállapítani, hogy nagy valószínűséggel néhány éven belül nem kellett volna számolnia kompresszióval vagy rosszindulatú elfajulással, az azonban természetesen nem állapítható meg, hogy amennyiben pár év múlva műteni kellett volna a felperest, e műtét milyen technikával zajlik, milyen kockázata, szövődménye alakul ki, azt azonban a felperes sem vitatta, hogy a műtetre előbb vagy utóbb sor került volna. Önmagában az, hogy valamikor a 2002. és 2013. évek közötti időszakban növekedett meg a pajzsmirigye, nem okvetlenül jelenti, hogy a következő hasonló gyarapodásra is egy évtizedet kellett volna várni. Azt ugyanakkor semmilyen orvosi dokumentáció nem támasztotta alá, hogy a felperes elhanyagolta volna a strumáját.

A késedelmi kamat körében az 1959. évi Ptk. 301. §-ának (1) bekezdésére utalt.

Mivel a szakértő véleménye megalapozott volt, mellőzte az alperes más szakértő kirendelésére irányuló indítványának teljesítését a polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény (a továbbiakban 1952. évi Pp.) 3. §-ának (4) bekezdése alapján.

Az 1/3 részben pernyertes felperes és a 2/3 részben pernyertes alperes jogi képviselőjével felmerült perköltséget a bírósági eljárásban megállapítható ügyvédi költségekről szóló 32/2003. (VIII. 22.) IM rendelet (a továbbiakban: R.) 3. §-a (2) bekezdésének a) és b) pontjai alapján, a beavatkozó jogi képviselőjével felmerült perköltséget a R. 3. §-ának (6) bekezdése alapján állapította meg, továbbá figyelembe vette az alperes oldalán felmerült szakértői díjat is. A perköltség viseléséről az 1952. évi Pp. 81. §-ának (1) bekezdése és 83. §-ának (1) bekezdése alapján határozott.

Az állam a felperes személyes költségmentessége és az alperes személyes illetékmentessége miatt viseli a meg nem fizetett kereseti illetéket a költségmentesség

bíróági eljárásban való alkalmazásáról szóló 6/1986. (VI. 26.) IM rendelet (a továbbiakban: Kmr.) 13. §-ának (1) bekezdése és 14. §-a alapján.

Az állam által előlegezett 267 130 Ft szakértői költség viselése körében szintén a pernyertesség-pervesztesség arányában határozott.

A felperes és az alperes fellebbeztek az ítélet ellen.

A felperes fellebbezésében kérte az elsőfokú ítélet megváltoztatásával a nem vagyoni kártérítés felemelését 31 700 000 Ft-ra, amelyből 21 700 000 Ft után 2015. november 16-tól, 10 000 000 Ft után 2018. május 3-ától kérte az alperes kamatokban történő marasztalását. Álláspontja szerint az elsőfokú ítélet alapvető hibája, hogy a bekövetkezett eseményt egyetlen káreseménynek tekintette, holott 45 különálló káresemény, egy négyéves káresemény-sorozat fakadt az alperes egyetlen károkozó magatartásából. A felperes ugyanis elvesztette legalapvetőbb életfunkcióját, az önálló légzési képességét, emellett gégejét, hangképzési, de főként beszédképességét, jól működő mellékpajzsmirigyét, párkapcsolat kialakításának esélyét, a gyermeknevelés örömét, társas kapcsolatait, aktív életvitelét, továbbá minden második hónapban rohammentőre szorul fulladás miatt, átlagban minden második hónapban műtetre került sor, hetente szükséges a kanül cseréje, ülvé kell aludnia, középsúlyos poszttraumás stresszzavarral él, a fulladás állandó és közvetlen veszélye miatt mindennapi félelmek jellemzik, jelentős esztétikai problémával küzd. Csak azért, mert egy másik esetben a károsult hangja fáradékonyabbá, rekedtebbé vált, félrenyelései fordultak elő, nem sikerült magas hangon énekelnie, és mellékpajzsmirigye alulműködik, 3 500 000 Ft-ot ítélték meg, ezért önmagában a felperes összes idegének bénulásáért, és csak a suttogó beszédképességért alappal tart igény 7 000 000 Ft-ra. A mellékpajzsmirigy eltávolítása, és annak a kalciumháztartásra gyakorolt hatása (ideértve azt is, hogy emiatt műtétet is kellett már halasztani) legalább 1 000 000 Ft kártérítést indokol. A gége teljes kiirtása, ezzel valamennyi funkciójának elvesztése (a levegő bejutása, hangképzés, nyelés) legalább 4 000 000 Ft kártérítést eredményez. A felperes szociális izolálódása legalább 1 000 000 Ft, esztétikai problémája 1 000 000 Ft, a 39 évesen elvesztett párkapcsolati esélye legalább 2 000 000 Ft, az, hogy a gyermekei segítségére szorul 1 000 000 Ft, a közepessúlyosságú poszttraumás stresszzavar nagyságrendileg 2 000 000 Ft, az aktív élettel kapcsolatos boldogságfaktorok elvesztése 500 000 Ft kártérítést indokol. Az elszenvedett további 20 műtét az ő esetében, akinek a műtétet megelőzően is dupla adag nyugtatót írtak fel, az ápolási lapok pedig 40 alkalommal rögzítik a kórházi kezelés miatti szorongásait, félelmeit, a 20 műtét félelmei, fájdalmai, a kórházi környezet, a lábadozás, a friss műtégi sebek elviselése alkalmanként 500 000 Ft, összesen 10 000 000 Ft kártérítést, míg a rohammenő fulladás miatt történő igénybevétele, az ezzel együtt járó szorongás és félelmek alkalmanként 100 000 Ft, összesen 2 200 000 Ft nem vagyoni kártérítést indokolnak. Nem vitatva, hogy 20-35 millió forintos kártérítés önálló életvitelre alkalmatlan, állandó ápolásra és gondozásra szoruló betegek esetében indokolt, azonban a perben lefolytatott bizonyítás eredménye igazolja, hogy a felperes nem képes önálló életvitelre. Mindemellett jelentősége van annak is, hogy a felperes viszonylag fiatalon veszítette el az aktív, önálló életre vonatkozó képességét. Emellett utalt arra is, hogy a gazdaság növekedése, az átlagfizetések és ingatlanárak növekedése sem indokolja az 5 évvel ezelőtti bírói gyakorlatban elfogadott mérték alkalmazását, de azt is értékelni kell, hogy a felperes élete 4,5 éve folyamatos és ismétlődő tragédiák sorozata. Az ítélet indokolásával összefüggésben kitért arra, hogy az elsőfokú ítélet 14. oldalának második bekezdése a

jogsértést csak a tájékoztatási kötelezettség elmaradásában jelölte meg, amellyel ellentétben a műtétnek nem volt indikációja a szakértő véleménye szerint. Az elsőfokú bíróság abból vezette le a kiemelten kockázatos műtét relatív indikációját, hogy a beavatkozás néhány év múlva esetleg indokolt lett volna, ezzel azonban a szakértő szerint legalább 5 éves távlatban nem kellett volna számolni, a protokoll pedig nem ismer relatív indikációt. A műtéttechnikai megoldás körében idézte az Eütv. 129. §-a (2) bekezdésének b) pontját, amely szerint a választott vizsgálati és terápiás módszer alkalmazhatóságának feltétele, hogy a beavatkozás kockázata kisebb legyen az alkalmazás elmaradásával járó kockázatnál, illetőleg a kockázat vállalására alapos ok legyen. A recidív műtéttechnél azonban 6-8-szoros az idegsérülés kockázata, ha mindkét oldalon teljes kiirtásra törekednek. Az elsőfokú bíróság emellett a relatív indikációt egyfajta kárcsökkentő tényezőként vette figyelembe, holott az, hogy előbb-utóbb meg kellett volna műteni a felperest, nincs kapcsolatban a kártérítés összegével, emiatt kérte az ítélet indokolásának megváltoztatását is. Sérelmezte továbbá, hogy követelése nem volt nyilvánvalóan eltúlzott, ennek ellenére perköltségben is marasztalták.

Az alperes fellebbezésében elsődlegesen kérte az elsőfokú ítélet megváltoztatását, és a felperes keresetének elutasítását, másodlagosan a marasztalás 10 000 000 Ft-ra történő mérséklését, harmadlagosan az elsőfokú ítélet hatályon kívül helyezését, és az elsőfokú bíróság újabb tárgyalásra és újabb határozat hozatalára történő utasítását. Elsődleges fellebbezési kérelme körében előadta, hogy a szakértő által előadott műtéttechnikai megoldások elméleti jellegűek, a felperes esetében nem volt más a gyakorlatban is alkalmazható lehetőség, így arról tájékoztatást sem kellett adni. A betegfelvilágosítási nyilatkozat pedig csak egy kiegészítő dokumentum, nem kötelező, minden beteg megkapja írásban az általános tudnivalókat, emellett szükséges a beleegyező nyilatkozat aláírása, ez utóbbi, ami kötelező. Az elsőfokú bíróság tájékoztatás időtartamára vonatkozó okfejtése téves, mert bár az operátor úgy nyilatkozott, hogy csak 6-7 perc jut egy betegre, a beleegyező nyilatkozatot **dr. P. S.** töltötte ki, aki tisztában volt a felperes állapotával, volt ideje választ adni a felperes szóbeli kérdéseire, így az elégtelennek ítélt 6-7 perc több, mint egy 1 óra is lehetett, ráadásul a beteg nemcsak az operatórtól kap tájékoztatást, hanem az altatóorvostól is, de a vizitet, nagyvizitet végző személy is minden esetben tájékoztatást nyújt, ha kérdést tesznek fel neki. Az indikáció és a műtét technika kérdéskörében előadta, hogy az elsőfokú bíróság a szakértő véleményét találta alkalmasnak a perben beszerzett két orvosszakértői vélemény közül, akinek azonban nincs az adott, rendkívül bonyolult helyzethez elegendő saját műtét tapasztalata (ezt részben az internetről szerzi be), nem megbízható az eset egyszemélyes, véleménynyilvánító feladatára. Az indikáció körében előadott okokat sorba véve előadta, hogy a nyaki szervek objektív kimutatható kompressziója körében iratellenes a szakértő azon megállapítása, hogy az egészségügyi dokumentációból sem a légutak, sem a nyelőcső összenyomása nem volt megállapítható, hiszen a zárójelentés is tartalmazza, hogy recidív kompressziót és dislocációt okozó göbös golyva miatt vették fel a felperest, de ugyanezt rögzíti a 2013. augusztus 27-i (tehát a műtét előtti) járóbetegvizsgálati összefoglaló is. Mivel tüdőgyógyászati kórképpel nem magyarázták a légzéscsúszást, került a felperes sebészetre, ahol jelentős méretű pajzsmirigyet vélelmeztek. Az élettani esetben 20-40 gramm tömeghez képest a szövettani leírás 137 grammnak mérte a pajzsmirigyet, amely jelentősen megnagyobbodott pajzsmirigyben számtalan, 5-25 mm nagyságú göb volt. A műtét előtti röntgenvizsgálat jobbra dislocált légcsövet és nyelőcsövet mutatott, és bár a légcső lumenét még nem szűkítette be, olyan kompresszióra vezetett volna belátható időn belül, hogy a dislocáció egyben 10-30 %-os

kompressziót is jelentett. Nem vethető el a preoperatív rákmegelőző állapot feltételezése sem, a beteget pedig nem végstádiumban kell kezelni. A malignitás gyanúja körében a szakértő is elismerte, hogy nem kizárt, hogy a Hürtle-sejtek 2013-ban is jelen voltak a felperes pajzsmirigyében, emellett további vizsgálatok sem tudták volna 100 %-os bizonyossággal igazolni, hogy daganatos sejtek vannak-e a pajzsmirigy szövettani állományában, de gyanújel volt a korábbi szövettani lelet kapcsán az ultrahanglelet is. A protokoll szerint adanóma esetén választandó műtét a lobectomia. Az ezzel összefüggő szakértői nyilatkozatok azonban ellentmondásosak, hiszen a szakértő megfogalmazta, hogy a Hürtle-sejtek 2013-ban is jelen voltak a felperes pajzsmirigyében, ami műtéti indikációt jelentett, ehhez képest az alperesi intézmény a malignitás jelenlétét nem igazolta olyan további vizsgálatokkal, amelyek egyébként sem támasztották volna alá 100 %-os bizonyossággal annak létezését. A legalább 1 éves, sikertelen pajzsmirigyhormon-kezelés körében hangsúlyozta, hogy a szakértő maga is előadta, hogy tulajdonképpen a TSH adat az egyetlen olyan adat, ami ha van, feltétlenül szükséges lett volna a megalapozott szakvéleményhez. Az elsőfokú bíróság ezt ugyan észlelte, de nem megfelelő következtetést vont le. Megjegyezte, hogy a szakértői vélemény nélkülözi a jogszabály szerint kötelező leletet. E hiányosságok olyan mérvűek, hogy megalapozatlanná teszik a szakértői véleményt. A felperes által csatolt szakmai protokoll szerint recidív golyva esetén „gyanú” és „jelentős mechanikai komponens” szükséges. A jelentős mechanikai komponens jelentés körében az elsőfokú bíróság túlterjeszkedett kompetenciáján, hiszen a szakértői vélemény továbbfejlesztése helyett maga tett szakmai megállapítást. Az elsőfokú bíróság azt is megállapította, hogy a műtéttechnika megválasztása sem felelt meg maradéktalanul a szakmai követelményeknek. Amennyiben az elsőfokú bíróság figyelembe vette volna a szakértői vélemény azon megállapítását, hogy a konkrét esetben kétoldali, csaknem teljes (near total) pajzsmirigyműtét mellett döntöttek, amelynek alkalmazása jóindulatú betegség esetében elfogadható, ha Basedow-kór, göbös golyva esetén fennállnak a megfelelő indikációk, figyelemmel a felperes TSH szintjének normális értékére fennállt a műtéti indikáció, ezért a near total műtéttechnika elfogadható, a további műtéttechnikai lehetőségek csak elméleti szinten képzelhetők el, hiszen intracapsularis subtotalis resectio szerepel a beteg anamnézisében. A pajzsmirigy definitív tokja (capsulája) egy ilyen műtét után már nincs meg, de az összenövéseket is figyelembe kell venni. Kevésbé súlyos összenövések hegesedése esetében sem lehet izolálni a hangszalag működését biztosító idegeket. A kombinált műtét felvetése teljesen teoretikus, hiszen további kérdéseket vet fel: melyik oldallal kell kezdeni, mennyi részt kell meghagyni, és ez mennyire biztosítja a heges környezetben futó idegeket. A felperes esetében továbbá egy subtotalis resectiot követően is kifejlődött egy sokkal nagyobb mennyiségű és volumenű kétoldali strúma, a józan logika szerint a bennmaradt göbrész ismételt műtét szükségét hordozza magában, ugyanakkor nem zárja ki a nervus recurrens sérülés akár kétoldali bekövetkezését sem. Mint ahogy a felperes esetében is, bár az egyik idegpár mindvégig látható volt, az idegsérülés bekövetkezett, mely olyan ismert szövődmény, amely az alperesnek nem róható fel. A szakértő véleményével azt sugallta, hogy a felperest akkor kellett volna megoperálni, ha az igen jelentős trachea kompressziót egy egyszerű ultrahangvizsgálat is kimutatta volna, ez azonban visszafordíthatatlan, pulmonális-kardiális, a beteg életkilátását jelentősen rontó helyzetet eredményezne, amelyhez képest a preventív szemléletű orvoslás magasabb szintű. Ezért kérte - eredménytelenül - a szakértői vélemény ellentmondásainak feloldását. Másodlagos fellebezése körében eltúlzottnak ítélte a kártérítés összegét. Tény ugyanis, hogy a felperes alapkarakterének fizikai változása többek között az elhízás miatt következett be, amely az elsőfokú bíróság ítélete értelmében visszafordíthatatlan. A nem hormonális okból történő

elhízás azonban sosem visszafordíthatatlan. Minden erre vonatkozó feltételezés alaptalan, így a pszichés állapotban a véglegesen megváltozott testi állapot nem bírhat akkora jelentőséggel, hiszen a felperes az állapotához igazodó mozgásformákkal és egy beültethető hangprotézissel jelentősen javíthat rajta. Az a körülmény továbbá, hogy a felperes tisztában volt azzal, hogy lelki problémával küzd, ennek ellenére mégsem kért orvosi segítséget, elmulasztotta kárenyhítési kötelezettségét, amely a nem vagyoni kártérítés összegének mérséklését indokolja, 10 000 000 Ft-ra. A harmadlagos fellebbezési kérelme körében arra utalt, hogy az elsőfokú bíróság az 1952. évi Pp. 3. §-ának (3) bekezdésével ellentétes módon, súlyos eljárási hibát vétve mulasztotta el a bizonyítási teherre vonatkozó tájékoztatást az ítélet 6. oldalának 1. bekezdésében rögzítettek szerint.

A felperes fellebbezési ellenkérelmében kérte az alperesi fellebbezéssel érintett rendelkezések helybenhagyását. A tájékozott beleegyezés körében idézte az Eütv. 135. §-ának (2) és 136. §-ának (1) bekezdéseit, és változatlanul előadta, hogy elmaradt az érdemi tájékoztatás, de még ha hamisítatlannak is tekintenénk a beleegyező nyilatkozatot, akkor is hiányos, hiszen nem kapott a kiemelt kockázatú recidív műtétre vonatkozó, annak mellékhatásait, szövődményeit, kockázatait, következményeit bemutató tájékoztatást. Az indikáció hiánya körében kitért arra, hogy egyetlen diagnosztikai vizsgálat sem tett olyan megállapítást, amely szerint kompresszió állt fenn, a trachea légsáv az egyetlen ilyen vizsgálat szerint normál tág volt, így még kompresszió sem volt (nemhogy jelentős). A malignitás körében visszautalt az elsőfokú ítélet helytálló indokolására. A sikertelen gyógyszeres kezelés körében pedig utalt arra, hogy a felperesnek eleve jó TSH szintje volt, nála nem végeztek az indikációt jelentő 1 éves sikertelen gyógyszeres kezelést, ettől függetlenül az alperes nem adta át a szakértőnek a TSH vizsgálat leletét. Kiemelte ugyanakkor, hogy a protokoll szerint a recidív műtét indikációs szintje magasabb, ott nem is ismert relatív indikáció. A szakvéleménnyel kapcsolatos további alperesi kifogások körében utalt arra, hogy a szakvélemény 3,5 oldalon keresztül részletezte a leletet. A mechanikai komponens kérdéskörének vitatása körében pedig utalt arra, hogy az alperes nem tett eleget bizonyítási kötelezettségének, de még saját szakorvosa sem ismerte a mechanikai komponens jelentését, ennek ellenére a műtét indikációjának fennálltára következtetett, a műtéti technika körében pedig az elsőfokú ítélet részletesen és helyesen mutatta be az azzal kapcsolatos érveket, de még az alperes osztályvezető főorvosa is elismerte, hogy ha nagyon heges a környezet, és az ideg felkeresésére kicsi az esély, célszerű tartózkodó álláspontot elfogadni (**dr. K. T.** vallomása), de erre utalt a perben beszerzett szakértői vélemény is. Az alperes emellett új orvosi okfejtéseket is előadott, amelyekre vonatkozóan az elsőfokú eljárás során bizonyítást sem vezetett, ezt a másodfokú eljárás során már nem lehet figyelembe venni. A hatályon kívül helyezés körében utalt arra, hogy az elsőfokú bíróság tájékoztatta az alperest bizonyítási kötelezettségéről, aki tisztában is volt azzal. Az összecszerűség kapcsán megjegyezte, hogy az igazságszolgáltatásnak nem az a feladata, hogy mértéktartó legyen, és a társadalom teherbírását vegye figyelembe, kiváltképp az alperes ismert költségvetési adatai mellett.

Az alperes fellebbezési ellenkérelmében kérte a felperes fellebbezése teljesítésének mellőzését. Hangsúlyozta, hogy nem tehető felelőssé a felperes fellebbezésében részletezett állapotot eredményező műtéti szövődményért. A kialakult állapotában pedig közrehat a felperes életformája és testalkata is. Az elsőfokú bíróság értékelte a felperes által hiányolt szempontokat, egyebekben visszautalt az ítéletben is hivatkozottakra, amelyek mellett a megítélt 15 000 000 Ft is eltúlzott. A nem vagyoni kártérítés továbbá

csak egységes összeget eredményezhet. Az ítélet indokolása pedig nem szenved a felperes által megjelölt hibában, mivel az abszolút indikáció hiánya nem volt megállapítható szakértői bizonyossággal. Egyebekben visszautalt a fellebbezésében rögzítettekre. A perköltség körében visszautalt az elsőfokú ítélet helytálló indokolására, és megjegyezte, hogy a felperes jogi képviselőjének felkészültsége alapvető jelentőséggel bír a megfelelő kereseti kérelem előterjesztésénél.

A beavatkozó fellebbezési ellenkérelmében az alperes fellebbezésének sikertelensége esetére kérte az elsőfokú ítélet helybenhagyását. A megítélt nem vagyoni kártérítés összege megfelel a kialakult bírói gyakorlatnak, azt az elsőfokú bíróság kellően alátámasztotta. A felperes továbbá 45 különálló káreseményre utal, amelyhez képest a fellebbezésben mindössze 15 pontban sorolja fel a káreseményeket, az elsőfokú bíróság azonban ennek ellenére is figyelembe vette a felperest ért hátrányokat teljeskörűen. A felperes további 20 műtétről számol be, a műtéti tortúrák rovatban azonban mindössze 13 alkalmat mutat ki, de az elsőfokú bíróság is értékelte, hogy a felperes számtalan műtéti beavatkozást élt meg, és nem kizárt, hogy a későbbiekben is műtetre kerül sor. Nem hibás az indokolás a vonatkozásban sem, hogy kizárólag a tájékoztatási kötelezettség elmaradását jelölte meg jogsértőként, ugyanis amellet, hogy ezt a felperesi állítást sem tartja helytállónak, nem befolyásolta a felperesi követelés helyes megítélését. A perköltség telepítése körében pedig az 1/3-os pernyertesség mellett a követelés nyilvánvalóan eltúlzott. A felperes táblázata szerinti egyes kárösszegek meghatározása szerinti követelést két okból is elfogadhatatlannak tartja. A felperes keresetében nem az egyes kárösszegek alapján terjesztette elő követelését, ezért a felperes előadása új tényállításnak minősül. Emellet a nem vagyoni kárt nem lehet egyes kártételekre felbontani, csak az összes körülmény együttes mérlegelésével lehet meghatározni.

A felperes fellebbezése részben megalapozott, az alperes fellebbezése megalapozatlan.

Az ítélet tábla az 1952. évi Pp. 253. §-ának (3) bekezdése alapján fellebbezés hiányában nem érintette a kártérítési igény részbeni (31 700 000 Ft feletti részének) elutasítására vonatkozó ítéleti rendelkezést, továbbá a kereseti kérelem szerint kért megállapítást elutasító rendelkezést.

Ez utóbbi vonatkozásában azonban az ítélet tábla pontosította az elsőfokú ítélet kereseti kérelmet rögzítő részét. Az ott írtaktól eltérően (5. oldal 5. bekezdés) a felperes nem annak megállapítását kérte, hogy az alperes felróható magatartásával megsértette a megjelölt személyhez fűződő jogait, hanem (függetlenül attól, hogy kárigénye alapjaként a tájékozott beleegyezés hiányára is hivatkozott) kifejezetten annak megállapítását kérte mindvégig (keresetlevél 11. oldal, 74. sorszámú iratban előadott keresetváltoztatás), hogy az alperes a műtét során elkövetett műtéti hibával követett el jogsértést. Az elsőfokú bíróság ezért az érdemi döntés korlátaira vonatkozó jogszabályi előírások megsértésével állapította meg a kereseti kérelmen túlterjeszkedve, hogy a felperes által állított jogsértés a tájékoztatási kötelezettség megsértése miatt következett be.

Az 1952. évi Pp. 215. §-a szerint a döntés nem terjedhet túl a kereseti kérelmen, illetőleg az ellenkérelmen. Mivel az elsőfokú bíróság ezt megsértve rendelkezett a jogsértés megállapításáról, az ítélet tábla az 1952. évi Pp. 252. §-a (2) bekezdésének alkalmazásával hatályon kívül helyezte az elsőfokú ítélet ezzel összefüggő rendelkezését. Az ítélet tábla előrebocsátja, hogy bár az alább kifejtettek szerint a tájékozott beleegyezésen túlmutató

jogsértés megállapítása a bizonyítás jelentős továbbfejlesztését indokolta volna (a kártérítési igény enélkül is elbírálnak volt), az elsőfokú bíróság a felperes erre vonatkozó keresetét elutasította, a felperes fellebbezése pedig e körben csak az ítélet indokolását támadta (azaz a megállapításra vonatkozó rendelkezés kiterjesztését nem kérte), míg az alperes fellebbezésében erre nézve is kérte a kereset elutasítását. Ezért ezen ítéleti rendelkezés hatályon kívül helyezése mellett nem volt akadály a fellebbezések érdemi elbírálásának.

Az elsőfokú bíróság feltárta a jogvita elbírálásához szükséges tényállást, továbbá a bizonyítékok logikus és okszerű mérlegelésével helytálló jogi következtetésre jutott az alperes teljes kártérítési felelősségét illetően a tájékoztatási kötelezettség elmulasztása miatt. Az ítélet tábla azonban egyéb vonatkozásban nem mindenben osztotta az elsőfokú bíróság álláspontját.

Az ítélet tábla a tájékoztatási kötelezettség megsértésével összefüggésben szükségtelenül nem ismétli meg az elsőfokú ítélet helytálló indokait, csupán az alperesi fellebbezésben foglaltak miatt hangsúlyozza az alábbiakat:

Függetlenül az indikáció fennállásától nem volt vitás, hogy a beavatkozás nem volt életmentő vagy létfenntartó műtét (a szakértői intézet véleménye szerint sem lehetett előre megmondani, hogy el nem végzett műtét esetén a felperesnek mikor lettek volna nyelési és légzési zavarai - 31. sorszám alatti szakvéleményhez melléklet szakkonzulensi vélemény 7. oldal), továbbá az alperes sem arra hivatkozott, hogy a műtét hiányában is bizonyosan ugyanaz a következmény alakult volna ki, mint a műtéti szövődmények következtében (BDT2008.1884). Mivel a felperes az Eütv. 20. §-ának (1), (2) és (6) bekezdéseiben szabályozott korlátok mellett az életfenntartó és életmentő beavatkozást is visszautasíthatta volna, a támadott beavatkozás az indikáció fokától függetlenül kizárólag a felperes tájékozott beleegyezése mellett volt elvégezhető. Azt pedig az alperes is mindvégig hangsúlyozta a perben, hogy a recidíva felszámolását célzó műtét jelentős többletkockázattal jár a felperesen korábban elvégzetthez képest.

Ilyen körülmények mellett fokozottan előtérbe kerül az Eütv. 135. §-ának (2) bekezdése, amely szerint a beteg tájékoztatása során kiemelt figyelmet kell fordítani a kezelés általánosan ismert, jelentős mellékhatásaira, az esetleges szövődményekre és a beavatkozások lehetséges következményeire, azok előfordulási gyakoriságára. Meg kell győződni arról, hogy a beteg a tájékoztatást megértette, továbbá szükség esetén gondoskodni kell a tájékoztatott lelki gondozásáról. Ehhez kapcsolódik szervesen az Eütv. 129. §-a (2) bekezdésének a) és b) pontjaiban rögzített szabályozás, amely szerint a választott vizsgálati és terápiás módszer alkalmazhatóságának feltétele, hogy ahhoz a beteg e törvény szabályai szerint beleegyezését adja, valamint a beavatkozás kockázata kisebb legyen az alkalmazás elmaradásával járó kockázatnál, illetőleg a kockázat vállalására alapos ok legyen.

A Legfelsőbb Bíróság gyakorlata szerint továbbá az Eütv.-t megelőző, a tájékoztatási kötelezettség körében megengedőbb szabályozás szerint is a beteg életminőségét súlyosan érintő kockázatra ki kell terjednie a teljeskörű tájékoztatásnak (Legfelsőbb Bíróság Pfv.III.21.042/2014/7.).

Az elsőfokú bíróság által helytállóan elfoglalt álláspont szerint e követelmények nem teljesültek.

Az elsőfokú bíróság okszerűen, a logikai szabályoknak megfelelően értékelte az e körben rendelkezésre álló okirati bizonyítékokat és tanúvallomásokat. Kiemelt jelentősége van, hogy a felperes által aláírt beleegyezési nyilatkozat nem rögzíti a műtét valamennyi, az elsőfokú bíróság által helytállóan számbavett kockázatát. Ehhez képest tartalmaz többletinformációt (de a perbeli esetből is ismert valamennyi jelentős kockázatot le nem fedő tájékoztatást) a felperes által alá nem írt, kifejezetten pajzsmirigyműtét kapcsán rendszeresített, az Eütv. 134. §-ának (3) bekezdése alapján a szóbeli tájékoztatást nem helyettesítő betegtájékoztató. Ugyanakkor az alperes részben ezen okirat jelentőségét bagatellizáló fellebbezési hivatkozásától eltérően **dr. P. S.** tanúvallomása szerint nem emlékezett arra, hogy a tartalmilag ennek megfelelő tájékoztatást megadta-e (14. sorszámú jegyzőkönyv, 3. oldal). E tájékoztatás jelentőségével vág egybe, hogy **dr. B. J.** tanúvallomása (9. sorszámú jegyzőkönyv 7. és 8. oldalai) szerint **dr. P. S.**-nak kellett volna aláíratnia e tájékoztatót, ezért ő tett kísérletet a tájékoztatás e szegmensére (a betegfelvilágosítás aláíratására), de a felperes szedálása miatt erre nem kerülhetett sor, ezért e hiányosság ismeretében végezte el a beavatkozást. Az pedig nyilvánvalóan nem jelenti a tájékoztatás megtörténtének bizonyítását, hogy **dr. P. S.** általánosságban számolt be arról, hogy milyen gyakorlatot folytattak, már csak azért sem, mert az általa, **dr. B. J.** és a sebészeti osztályon dolgozó Sivák Babett (20. sorszámú jegyzőkönyv 3. oldal) tanúvallomásai szerint az is a gyakorlat részét képezte, hogy a betegek aláírták a pajzsmirigyműtetre rendszeresített tájékoztatást.

A kezelőorvos tájékoztatási kötelezettsége azt a célt szolgálja, hogy a beteget ellássa mindazokkal az információkkal, amely alapján az Eütv. 15. §-ában meghatározott önrendelkezési jogát gyakorolhatja, ezért a tájékoztatásnak az Eütv. 13. §-a (2) bekezdésének f) pontja értelmében ki kell terjednie az adott betegség valamennyi lehetséges alternatív kezelési módjára, eljárásokra és módszerekre is. Az önrendelkezési jog megfelelő gyakorlásához szükséges, hogy a beteg az adott helyzetben mindazt a releváns információt megkapja, amely alapján eldöntheti: az adott kezelést vagy beavatkozást igénybe veszi-e, avagy sem. Az orvosnak a tájékoztatás során a beteg adott egészségi állapotából és annak tudományosan elfogadott kezelési módjaiból kell kiindulnia, és ki kell terjednie minden olyan kockázatra, amely ismert szövődménye a kezelésnek (Debreceni Ítéltábla Pf.I.20.212/2016/4.).

Egy állapot, egy betegség gyógykezelésére gyakran több - tudományosan elfogadott - módszer is rendelkezésre áll, és az ezek közötti választást számos tényező befolyásolhatja. Az orvos alapvető, és régóta elismert kötelezettsége és egyben jogosultsága a terápia szabad megválasztása, hiszen ő rendelkezik azzal a szakértelemmel, amely szükséges ahhoz, hogy a rendelkezésre álló terápiás lehetőségek közül a megfelelőt megválassza. Kártérítési szempontból elsősorban annak van jelentősége, ha a választható módszerek eltérő kockázatúak, és a beteget erről elmulasztják tájékoztatni, hiszen így a beteg nincs abban a helyzetben, hogy megalapozott döntést hozzon, amikor egyik vagy másik kezelési alternatíva mellett dönt. A betegnek akkor van választási lehetősége, amikor olyan kezelési módszerek állnak rendelkezésre, amelyek különböző minőségszintet vagy minőségprofilt mutatnak fel. Ezekben az esetekben a beteg számára fel kell vázolni a választási lehetőségeket, és át kell engedni a döntés jogát, hogy egyáltalában aláveti-e magát a kezelésnek, és ha igen, melyik kezelési

módszert választja. Minden esetben szükséges a valódi választási lehetőségek fennállása (Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége, HVG-Orac Lap- és Könyvkiadó Kft. 2004. 5.2.4. fejezet, Debreceni Ítéltábla Pf.I.20.545/2014/4.).

A tájékozott beleegyezés hiánya önmagában is megalapozta az alperes kártérítési felelősségét, amellyel szemben nem mentette ki magát, hiszen az elsőfokú bíróság által helytállóan értékelték szerint nem bizonyította, hogy tájékoztatási kötelezettségének megszegéséért felróhatóság nem terheli.

Az alperes iratellenesen hivatkozott a bizonyítási kötelezettséggel kapcsolatos tájékoztatás elmaradására is. Az elsőfokú bíróság ugyanis a fellebbezésben hivatkozott indokolás részeként kifejezetten a beleegyező nyilatkozat hamisítatlanságával összefüggő bizonyításra utalt (6. oldal 1. bekezdés), míg a tájékozott beleegyezéssel összefüggő bizonyítási kérdések körében teljeskörűen tájékoztatta a feleket (5. sorszámú jegyzőkönyv 3. oldal), de a bizonyítási kötelezettséggel összefüggő ismereteit az alperes is elismerte (5. sorszámú jegyzőkönyv 2. oldal, 14. sorszámú jegyzőkönyv 6. oldal).

Mivel a tájékoztatási kötelezettség elmulasztása önmagában megteremtette az alperes teljes kártérítési felelősségét, a per tárgya pedig az 1959. évi Ptk. hatálya alá tartozó nem vagyoni kártérítés volt, a kártérítés összegszerűségének megítélése szempontjából nem volt ügydöntő jelentősége, hogy a műtéti indikáció és az alkalmazott műtétechnikák kérdése az elsőfokú eljárás során feltáratlan maradt.

Önmagában a felperes kezelésének lefolyása is igazolja, hogy a műtét a sebészet és a fül-orr-gégészet határterületére esett, mint ahogy az elsőfokú bíróság sem kompetencia hiánya miatt rekesztette ki a szakértői intézet véleményét. Az alperes pedig az elsőfokú eljárás során (113. sorszámú irat 5. oldal) helytállóan utalt rá, hogy az elsőfokú bíróság nem mellőzhette volna a szakértői intézet véleményének figyelembevételét, annak az elsőfokú ítéletben megjelölt hiányosságai és ellentmondásai szükségszerű további, az elsőfokú bíróság által határozottan megjelölt előfeltételek (előzményi lelet jóindulatú volta, heges környezet, a szakmai szabályok alapján azóta sem felülírt protokoll szerinti műtéti technika recidív strúmánál) szerinti pontosítása, majd a szakértő véleményével történő ütköztetése. Ugyanígy nem lett volna mellőzhető a szakértő véleményének továbbfejlesztése sem, részben az általa is hiányossággként megjelölt TSH szint jelentőségére, az elsőfokú bíróság részéről a szakértői vélemény ellenében megítélt relatív indikáció kérdéskörében. Emellett a szakértői vélemények ütköztetése mellett lett volna szükséges a mechanikai komponens jelentésének és jelentőségének tisztázása is.

Mindezeknek ugyanakkor a fellebbezési kérelem és ellenkérelem korlátai között nem volt jelentősége, mivel nem befolyásolták a nem vagyoni kártérítés összegét, a megállapítás kiterjesztését pedig egyik fellebbezésben sem kérték.

Az elsőfokú bíróság nagyjából helytállóan vette számba a nem vagyoni kártérítés meghatározásánál jelentőséggel bíró szempontokat, az ítélet indokolását ugyanakkor az ítéltábla az alábbiakkal egészíti ki. Jóllehet az alperes (is) elfogadta a **G. M.** igazságügyi pszichológus szakértőtől származó szakvéleményt, amely szerint a felperes állapotában nem várható javulás (110. sorszám alatti szakvélemény 12. oldal), már az elsőfokú eljárás során (113. sorszámú beadvány 1. oldal) is hivatkozott arra, hogy a felperes nem tett eleget kármegelőzési kötelezettségének, amikor lelki problémái ellenére nem kért orvosi

segítséget, amelyet értékelni kért (elvi alapon helytállóan) az összecszerűség meghatározásánál (1959. évi Ptk. 340. §-ának (1) bekezdése, BDT2001. 357.). A felperes bizalma azonban megrendült az egészségügyben (96. sorszám alatti írásbeli nyilatkozat 6. oldal), a jelenlegi egészségügyi kezelése immáron létfenntartását célozza. Az alperes fellebbezésében a szakértői véleményből ok nélkül hiányolt lelet is megerősíti (75. sorszámú szakértői vélemény 24. oldal), hogy a felperes pszichiátriai kezelésre nem járt, és nem is szándékozik ilyen kezeléseket igénybe venni. Az ítélet tábla utal továbbá arra is, hogy a felperes megszűnt beszédképessége és jelentősen korlátozott mobilitása mellett egy esetleges pszichoterápia igénybevétele is jelentős erőfeszítéssel járna a felperes esetében. Alapjaiban szükséges azonban annak hangsúlyozása, hogy szintén a felperes önrendelkezési jogára tartozik annak eldöntése, hogy kíván-e pszichoterápiát vagy gyógyszeres kezelést igénybe venni, minthogy jelen esetben az önrendelkezési jog és a kárenyhítési kötelezettség konkurál egymással. Ilyen esetben pedig csak az írja felül az önrendelkezési jog elsődlegességét, ha a károsult egy már igénybe vett (ismert) és számára hasznos (állapotában eredményt hozó) kezelést utasít vissza kellő ok nélkül.

Részen ehhez is kapcsolódóan az alperes fellebbezési érvelésétől eltérően a felperes mentális egészségét alapvetően nem a testtömege, hanem a felperes pszichológus szakértői vélemény alapján helytállóan tett nyilatkozata szerint egészségkárosodása, annak folyamatos fennállta és megváltoztathatatlan volta határozza meg (116. sorszámú jegyzőkönyv, 2. oldal). A nem vagyoni kártérítés ugyanakkor lehetőséget biztosít a jövedelmi-vagyoni viszonyai folytán a perben költségmentességben részesült felperes számára az állapothoz igazodó legoptimálisabb étrend és életmód kialakítására.

Az elsőfokú ítéletben figyelembe vett szempontok közül az össz-szervezeti egészségkárosodás 76 %-os mértéke a keresetlevél mellékleteként becsatolt, a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal által 2015. április 20-án készült összefoglaló véleményből származik. Az ott rögzítettek közül a térdízületi arthrosis nem áll összefüggésben a műtéttel, ugyanakkor az egészségkárosodás eszerinti mértéke még nem foglalta magában a gége szanálásának következményét és a felperes mentális egészségében megmutatkozó károsodást.

A felperes helyállóan hivatkozott arra a fellebbezésben, hogy valamennyi általa megjelölt immateriális sérelmet értékelni kell a nem vagyoni kártérítés összegének meghatározásánál. Ezeket az elsőfokú bíróság is túlnyomórészt megfelelően értékelte, azonban a műtét esetleges relatív indikációja nem befolyásolhatja a nem vagyoni kártérítés összecszerűségét, hiszen nem csupán a szakértő, de a szakértői intézet fent ismeretett véleménye szerint sem látható előre, hogy a felperes műtét hiányában mikor szorult volna beavatkozásra, arra pedig az elsőfokú bíróság is megalapozottan utalt, hogy modellezhetetlen, hogy ez utóbbi eshetőség milyen következményekkel járt volna a felperes egészségi állapotára, életvitelére, mindennapjaira.

Az elsőfokú bíróság alapvetően helytállóan hivatkozott a nem vagyoni kártérítés összecszerűsége körében kialakult bírói gyakorlatra, azonban - a felperes fellebbezési érveléséhez hasonlóan - attól és a jogintézmény rendeltetésétől eltérően bontotta meg és értékelt önállóan egyes nem vagyoni sérelmeket. Még ha a felperes a kereseti kérelmében (majd fellebbezésében) elkülönülten számszerűsítette is azokat, együttesen jelentettek csökkenést a felperes személyiségének eszmei értékében. Megjegyzendő, hogy az egyes károsodások felaprózása (pl. egyes át nem aludt éjszakákra) akár oda is vezethetne, hogy

még ha az egyes hátrányok együttes hatása el is érné azt a mértéket, amelyet nem vagyoni kártérítéssel kell kompenzálni, külön-külön, önmagukban nem, amely egy komplex sérelemkör elértéktelenedéséhez vezethet. Az ítélőtábla ezért mellőzte az egyéb viszonylatban elkülönülő nem vagyoni hátrányok önálló kártérítési összeggel (és esedékességgel) való értékelését, és egységesen bírálta el a felperest ért hátrányokat.

E vonatkozásban pedig fokozott jelentősége van, hogy a pszichológus szakértői vélemény szerint (110. sorszám alatti szakvélemény 12. oldal) az alapkarakterében a világra nyitott, társaságkedvelő, jó kapcsolati készséggel bíró felperest 39 éves korában érte a fizikai és mentális egészsége, ezáltal a teljes életmenetét (benne jövőképét, családjában betöltött szerepét) alapjaiban megváltoztató károsodás, amelynek következtében életvitele beszűkült, a létfenntartással összefüggő folyamatos készenlét jellemzi, annak minden testi és lelki hátrányával. Bár az elsőfokú ítéletben helytállóan rögzítettek (amelyet az ítélőtábla szükségtelenül nem ismétel meg, csak a hivatkozásokat tekintve egészíti ki a Fővárosi Ítélőtábla 7.Pf.21.073/2013/7. és 7.Pf.21.217/2014/5., illetőleg a Debreceni Ítélőtábla Pf.I.20.497/2014/4. számú ítéleteivel) a felperes állapota nem feleltethető meg az önálló életvitelre alkalmatlan, állandó ápolásra, gondozásra szoruló károsultakéval, azonban a közeli hozzátartozóinak tanúvallomása (**B. E. és T. T-né** - 98. sorszámú jegyzőkönyv) által is alátámasztottak szerint életminősége hasonló szintre redukálódott az életvitelét, társadalomban való érvényesülését teljesen eluráló károsodások és mentális egészségének középsúlyos romlása miatt, ezért e hátránykör együtt magasabb, 20 000 000 Ft összegű nem vagyoni kártérítést indokol figyelemmel a kereseti kérelemben megjelölt esedékességre is (EBH2007. 1694.).

Az ítélőtábla a kifejtett okok miatt az elsőfokú bíróság ítéletét részben megváltoztatta az 1952. évi Pp. 253. §-ának (2) bekezdése alapján.

A megváltozott döntés következtében a pernyertesség aránya 44,4 - 55,6 %-ban még mindig az alperes javára kedvezőbb; ezen arány mellett azonban a felperes követelése nem volt nyilvánvalóan eltúlzott, ezért az ítélőtábla az 1952. évi Pp. 81. §-ának (2) bekezdése alapján (20 000 000 Ft marasztalási összeg figyelembevételével) rendelkezett a felperest a R. 3. §-a (2) bekezdésének b) pontja és 4/A. §-ának (1) bekezdése alapján megillető 800 000 Ft + áfa ügyvédi munkadíj viseléséről, továbbá ugyanerre figyelemmel emelte fel az alperest terhelő állam által előlegezett szakértői költség összegét is a Kmr. 13. §-ának (2) bekezdése alapján.

A másodfokú eljárás során a felperesi fellebbezés pertárgy értéke 16 700 000 Ft volt, amelyből a felperes pernyertességére 5 000 000 Ft, a beavatkozó által támogatott alperes pernyertességére 11 700 000 Ft jut, míg az alperes fellebbezésének pertárgy értéke 15 000 000 Ft volt, amely egészében a felperes oldalán jelent pernyertességet. A kettő különbözeteként a felperes 8 300 000 Ft pertárgyérték alapulvételével volt jogosult másodfokú perköltséget felszámítani a R. 3. §-a (2) bekezdésének a) pontja és (5) bekezdése alapján, amely a R. 4/A. §-ának (1) bekezdésére is figyelemmel 207 500 Ft + áfa alperesre hárítható perköltséget jelent.

A felek illetékmentességre kiterjedő költségkedvezménye folytán az állam viseli a fellebbezési illetéket a Kmr. 13. §-ának (1) bekezdése és 14. §-a alapján.

Debrecen, 2019. október 17.

Dr. Bakó Pál s.k. a tanács elnöke, Dr. Árok Krisztián s.k. előadó bíró, Dr. Molnár Tibor
Tamás s.k. bíró

A kiadmány hiteléül:

tisztviselő