

JOGI FÓRUM PUBLIKÁCIÓ

A szakértői bizonyítás sajátosságai egy orvosi műhibaper tükrében, vizsgálva a túlélés, a az enyhébb következményekkel járó gyógyulás minimális, reális esélyének a fogalmát

Szerző: Sterné dr. Deák Andrea

Pertörténet

A 2012. június 22. napján 53. éves felperes, a reggeli órákban, pontosan meg nem határozható időpontban, rosszul érezte magát, furcsán viselkedett, fájt a feje, félrebeszélte. Ezt megelőző napon egészségi állapotára nem panaszkodott.

A felperes házastársa, Dr. H. J. háziorvost hívta ki a beteghez, aki azonnal mentőt hívott, iránydiagnózisként a TIA-t (transziens iszkémiás attack rövidítése, jelentése: átmeneti agyi keringészavar) megjelölve. Az esetkocsi 9 óra 09 perckor érkezett meg felperesek házához. A mentőszolgálat igénybevételével került beszállításra a felperes az alperes fehérgyarmati intézményébe 2012. június 22. napján 9 óra 26 perckor szédülés és beszédzavar miatt.

A felperes a fenti napon, délelőtt, a sürgősségi osztályon való tartózkodása alatt a fejét folyamatosan fájlalta, a házastárs elmondása szerint erre fájdalomcsillapítót kapott. A délelőtt folyamán a kezelőorvos által feltett kérdésekre felperes nem tudott válaszolni. A vizsgálaton bennlévő házastársa válaszolt a kérdésekre helyette.

A felperest ellátó alperesi alkalmazott 11 óra 05 perckor kétórás szállítás keretében sürgős koponya CT vizsgálatra irányuló szállítást kért a mentőszolgálattól. Az alperes mátészalkai intézményében végzett koponya CT vizsgálat intracranialis organikus eltérést nem igazolt.

A felperest 16 óra 20 perckor bocsátották el otthonába a fehérgyarmati sürgősségi osztályról azzal, hogy panaszai mérséklődtek, Hypertonia, TIA (magasvérnyomás, átmeneti agyi keringés zavar) diagnózisokkal háziorvosához irányították, vérnyomás beállítást és neurológiai szakvizsgálatot javasoltak.

A felperes és házastársa gyalogosan távoztak a kórházból, majd felszálltak a Szatmárcsekére közlekedő buszra. A felperes azonban útközben az autóbuzson rosszul lett, 17 óra 15 perc körüli időben jobboldali végtagjai meggyengültek, súlyos beszédzavar alakult ki.

[Ide írhatja a szöveget]

A kiérkező esetkocsi stroke-ot (szélütést) véleményezett és a mátészalkai kórház sürgősségi osztályára szállította a felperest, 2012. 06.22. napján 19 óra 54 perckor került felvételre az akkori Mátészalkai Területi Kórházba, stroke miatt. A felperesen, miután a stroke esetében irányadó 3 órás időablakon túl érkezett, a DEOEC Neurológiai Klinikai ügyeletes orvosával telefonon történő konzultációt követően a vérrögoldást nem tartották indokoltnak elvégezni.

A felperes jobb oldala a stroke következtében teljesen lebénult, teljesen mozgásképtelenné vált. Az 53 éves felperes munkaképesség csökkenése 99 %-os, „E” minősítésű kategóriába tartozik, önellátásra képtelen. A stroke következményei önmagában megalapozzák a felperes 99% mértékű munkaképesség csökkenését.

A felperes gyakorlatilag teljes egészében képtelen önmaga ellátására, vizelet, székletet maga alá ereszt, az alapvető funkcióknak az ellátásában, fürdésben, az öltözködésben, etetésben, itatásban is segítségre szorul. Pelenkázni kell, tolokocsival tud csak közlekedni. 24 órás ápolói gondozói felügyelettel tartható csak saját otthonában, amelyet házastársa biztosítani nem tud egyrészt anyagi körülményeik, másrészt a fennálló gerincbetegsége miatt, így a felperes idősök otthonába került, ahol a felesége hetente látogatja.

A felperes módosított keresetében 18.000.000 Ft összegű nem vagyoni kártérítés, továbbá 2013.06.20. napjától havi bruttó 54.962 Ft összegű jövedelempótló járadék megfizetésére kérte kötelezni az alperest az őt ért, a további életére negatívan kiható egészségkárosodás és életminőségbeli romlás miatt.

Az alperes ellenkérelmében előadta, hogy álláspontja szerint a felperes keresete nem megalapozott, azt kérte elutasítani. Megítélése szerint az elvégzett mellkasröntgen, laborvizsgálat, szemészeti konzílium, illetőleg CT vizsgálat eredményei sem utaltak agyi keringésszavarra. Az ellátó orvos elvégezte a szakmai szabályoknak megfelelő, az egészségügyi minisztériumnak a cerebrovascularis betegségekről szóló állásfoglalásában írtakat, neurológiai tüneteket azonban nem

[Ide írhatja a szöveget]

észlelt. Az ellátó orvos átmeneti agyi keringészavart észlelt (TIA), amelynek tünetei megegyeznek a stroke tüneteivel, viszont elmúlnak, maguktól rendeződnek, ezért bocsátották a felperest az otthonába.

A bíróság a 19. sorszámú végzésével a perbe az UNIQA Biztosító Zrt. beavatkozását az alperes oldalán megengedte. Beavatkozó a felperes keresetének elutasítását és perköltségben való marasztalását kérte.

Az eljáró bíróságok döntései:

Az elsőfokú bíróság megállapította, hogy az alperes teljes kártérítési felelősséggel tartozik a felperes ellátásából eredő egészségkárosodás következményeiért, valamint az ezzel összefüggésben őt ért vagyoni és nem vagyoni károkért és hátrányokért az alább kifejtettek szerint.

Az alperes terhére értékelte az elsőfokú bíróság a dokumentációs hiányosságokat, a felperes orvos szakmailag indokolatlan hazabocsátását és a diagnosztikai tévedést, a stroke fel nem ismerését, ami azért róható fel az alperesnek, mert a stroke diagnózisát megerősítő, vagy kizáró további vizsgálatok nem kerültek elvégzésre:

- fehérgyarmati intézményben felvett betegdokumentáció részben hiányos, lényeges információk, a stroke tüneteinek az időablak meghatározás szempontjából is kiemelkedően fontos kezdeti időpontja, továbbá a fizikális vizsgálatok eredményeinek feltüntetése hiányzik,
- a beteg elbocsátási státusza részletesen nem került rögzítésre,
- a cerebrovascularis betegségek ellátásáról szóló szakmai protokoll részletesen tartalmazza az elvégzendő fizikális és eszközös vizsgálatokat, melyben foglaltak jelen esetben nem kerültek maradéktalanul betartásra és dokumentálásra, a neurológiai vizsgálatnak része kell, hogy legyen az egyensúlyzavar vizsgálatán túl a reflexvizsgálat, a kéz megtartó képességének a vizsgálata, az izomerő vizsgálata, ezen vizsgálatok elvégzését dokumentáció nem igazolja,

[Ide írhatja a szöveget]

- az esetleges végtaggyengeség, érzészavar, beszédzavar, saját és kóros reflexek nem kerültek feltárásra, rögzítésre,
- a betegellátás folyamata és a beteg állapotváltozása nem volt kellő mértékben dokumentálva, ezzel alperes megsértette az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv) 136. §-ban írtakat, megfelelő dokumentáció hiányában pedig az egészségügyi intézmény magát zárta el attól, hogy bizonyítsa: az elvárható gondossággal járt el, ugyanis az orvosi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát, a kezelőorvosnak ugyanis minden általa észlelt körülményt rögzítenie kell,
- a sürgős koponya CT vizsgálatra történő azonnali szállítás helyett két órás őrző szállítás formájában rendelték meg a felperesnek a CT laborba irányuló szállítását, e körben indokolt lett volna értesíteni egyidejűleg a mátészalkai intézmény neurológusát, a vérrögoldó kezelés szükségességének mielőbbi elbírálása érdekében, a felperesnek a fehérgyarmati intézménybe való visszaszállításának elrendelése helyett,
- a nyaki ütőér vizsgálata sem történt meg, noha a nyaki ütőér kritikus fenyegető szűkülete állt fenn a felperesnél, melyet érsebészetileg kell kezelni és ellátni, a beszállítást követően sürgősséggel elvégzett nyaki ultrahang érvizsgálat igazolta volna a stroke kialakulását, annak forrását.

Az elsőfokú bíróság 11.000.000 forintot tartott arányban állónak a felperes által elszenvedett nem vagyoni sérelemmel, miután az alperes mulasztásával okozati összefüggésben a felperes egészsége károsodott, a felperes élete hátrányosan változott, a nála bekövetkezett egészségkárosodás sértette a testi, lelki egészséghez fűződő jogát, továbbá sérült a felperesnek az egységes családban való éléshez fűződő joga is miután a felperes egészségkárosodása nem teszi lehetővé a korábbi közös otthonukban való gondozást, ápolást, jelenleg is idősek otthonában tartózkodik, feleségétől és fiától távol.

A döntése indokolása körében az elsőfokú bíróság kifejtette, hogy a nem vagyoni kár megtérítésére ugyanazok a szabályok vonatkoznak, amelyeket a vagyoni károk esetén is alkalmazni kell, vagyis a kárt - a Polgári törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény (régi Ptk.) 339. § (1) bekezdése és a Polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény (Pp.) 164. §

[Ide írhatja a szöveget]

(1) bekezdése szerint - a károsultnak megfelelően bizonyítani kell. Kétségtelen, hogy a személyiséget ért kár valójában megfizethetetlen, a nem vagyoni kártérítés elvi alapjait rögzítő 34/1992. (VI. 1.) AB határozatban foglaltaknak megfelelően a polgári jogi védelem módja - a kártérítés - a sérelemhez képest valójában inadekvát, a kártérítési összeg meghatározásánál a bíróságok józanságának, mértéktartásának és elhivatottságának van szerepe.

Az elsőfokú bíróság jogi érvelése szerint a régi Ptk. 355. § (1) bekezdése szerinti nem vagyoni kártérítés intézménye arra szolgál, hogy a károsultaknál a személyiségi jogi - nem pusztán egészségromlásban megnyilvánuló - sérelem folytán bekövetkezett hátrányt, életminőségükben beállt negatív irányú változást másnemű előny, pénz nyújtásával kísérelje meg kompenzálni. A nem vagyoni kártérítés összegének meghatározása sosem egzakt módon, hanem mindig bírói mérlegeléssel, az eset összes körülményeinek figyelembevételével történhet, ezen belül figyelemmel kell lenni a károsultat ért nem vagyoni sérelem jellegére, súlyosságára, arra, hogy a károkozó magatartás folytán hogyan változtak a károsult életkörülményei. Összehasonlító adatként kell vizsgálni a károkori ár- és értékviszonyokat, valamint a bírói gyakorlat által hasonló esetekben alkalmazott kártérítési összegek nagyságrendjét is.

A kéresemény idején, - 2012-ben - érvényesülő ár- és értékviszonyokat, valamint a más hasonló jellegű ügyekben folytatott bírói gyakorlatot alapul véve a felperes javára megítélt nem vagyoni kártérítés összegét a bíróság 11.000.000. Ft összegben állapította meg. Indokolása szerint ugyanis nem hagyható ugyanis figyelmen kívül, hogy éppen az alperes jogellenes károkozó magatartása miatt nem tudható, hogy a kéresemény bekövetkeztekor 53 éves, ágyhoz kötött, önellátásra képtelen felperes az alperes mulasztása hiányában meddig tudta volna a korábbiak szerinti aktív szabadidős, családi életét élni. A bíróság a felperes javára megítélt nem vagyoni kártérítés mértéke kapcsán értékelte, hogy az akkor 53 éves felperes az egészségkárosodás következtében önellátásra képtelenné vált, széklet- és vizelettartási problémái vannak, állapotában javulás nem várható, romlás azonban kora előre haladtával bekövetkezhet. Ágyhoz kötött életformája következtében korábban aktív életvitele jelentősen beszűkült, kénytelen elviselni kiszolgáltatottságát, a gondozása

[Ide írhatja a szöveget]

csak otthonban megoldott, családi kapcsolataiban ezért súlyos változás következett be, munkaképesség-csökkenésének mértékei emelkedően súlyos.

Az elsőfokú bíróság a nem vagyoni kártérítésen túl kötelezte az alperest, hogy fizessen meg az l.r. felperesnek 15 napon belül bruttó 1.132.442. forintot és annak 2014. 06. 25. napjától a kifizetés napjáig a késedelemmel érintett naptári félév első napján érvényes jegybanki alapkamattal megegyező mértékű mindenkor esedékes késedelmi kamatát keresetvesztés címen és 2015. július 01. napjától kezdődően minden hónap 10 napjáig előre havi bruttó 45.636. forint összegű jövedelempótló járadékot, mely döntés fellebbezés hiányában jogerőre emelkedett.

A másodfokú bíróság a döntésében kifejtette, hogy a régi Ptk. 75. § (1) bekezdése értelmében a személyhez fűződő jogokat mindenki köteles tiszteletben tartani, e jogok a törvény védelme alatt állnak. A 76. § szerint a személyhez fűződő jogok sérelmét jelenti különösen az egyenlő bánásmód követelményének megsértése, a lelkiismereti szabadság sérelme és a személyes szabadság jogellenes korlátozása, a testi épség, az egészség, valamint a becsület és az emberi méltóság megsértése. Utalt arra, hogy a hivatkozott felsorolás azonban nem teljes körű, a bírói gyakorlat szerint ilyen személyhez fűződő jognak minősül a gyógyulási esélyhez való jog is.

A másodfokú bíróság indokolása szerint a régi Ptk. 84. § (1) bekezdése alapján, akit személyhez fűződő jogában megsértettek, az eset körülményeihez képest kártérítést követelhet a polgári jogi felelősség szabályai szerint.

Hangsúlyozta a döntésében, hogy a 34/1992.(VI.1.) AB határozatban kifejtettekre figyelemmel a régi Ptk. 355. §-a szerint fizetendő nem vagyoni kártérítés személyiségvédelmi eszköz. A kártérítés összegének megállapítása során tekintettel kell lenni a jogsértés súlyára és annak tartósságára is. A pénzbeli kártérítésnek a nem vagyoni károknál az a funkciója, hogy az elszenvedett sérelem hozzávetőleges kiegyensúlyozásáról olyan vagyoni szolgáltatás nyújtásával gondoskodjon, mely az elszenvedett sérelemért körülbelül egyenértékű, másnemű előnyt nyújt. Ebből következően a felperest ért személyi sérelem súlyát, nagyságát, hatását és következményeit kell vizsgálni és ez

[Ide írhatja a szöveget]

alapján meghatározni azt, hogy milyen összeg alkalmas a felperes által elszenvedett nem vagyoni jellegű - fizikai és pszichikai - hátrányok pénzzel történő kiegyenlítésére, ellensúlyozására az elveszett életminőséghez igazodóan. Ennek során figyelemmel kell lenni a felperesnél káreset után jelentkező, azzal okozati összefüggésben kialakult állapot mennyiben tekinthető átmenetinek, illetve hogyan befolyásolta élete alakulását.

Osztotta az elsőfokú bíróság álláspontját abban, hogy sem a kártérítési felelősség jogalapja, sem a kártérítés mértéke tekintetében nincs jelentősége az elvett gyógyulási esély százalékos nagyságának, mert az egészségügyi szolgáltatókkal szemben az ellátás hiányossága miatt előterjesztett keresetek elbírálása során a bírói gyakorlat a gyógyulási esély elvételt önmagában kárnak tekinti. A hátrányok kompenzációját ugyanis nem az elvett esély mértékéből, hanem abból kell eredeztetni, hogy a felelősség szempontjából az a magatartás, amelynek folytán a káros eseménnyel számolni lehetett, és ha az elvárható gondosság melletti kezelés következtében lett volna statisztikai esély a teljes vagy súlyos következmények nélküli gyógyulásra, akkor az esélynek az elvételt egészében kell kárnak értékelni. (Debreceni Ítéletábra Pf.I.20.424/2013/7. számú ítélete), ebből következően alaptalan az alperes fellebbezése arra hivatkozással, hogy a gyógyulási esély mértéke a nem vagyoni kártérítés összegének meghatározásánál mérlegelés alá vonható.

A kifejtettek alapján a törvényszék a nemvagyoni kártérítés főösszegét a felperes esetében 9.000.000 Ft-ra, leszállította, kiemelve azt, a felperes vonatkozásában az elsőfokú bíróság nem vette figyelembe kellő súllyal, hogy jelenlegi gondozása megoldott, illetve korábban folyamatos munkaviszonnyal nem rendelkezett, visszahúzódó családi életet élt. A másodfokú bíróság álláspontja szerint a felperes esetében nem állapítható meg az, hogy nyitott, széles és színes társadalmi életet élt, nagyobb utazásokat tett, a felperesek mindig szerény körülmények között, visszahúzódva élt.

A fentiek alapján a törvényszék arra a megállapításra jutott, hogy az elsőfokú bíróság a kártérítés összegér eltúlzott mértékben állapította meg, ezért azt a törvényszék a hivatkozott körülményekre tekintettel a károsodáskori értékviszonyok figyelembevételével 9.000.000 Ft-ra leszállította. Ez az

[Ide írhatja a szöveget]

összeg szükséges, de egyben elégséges is megítélése szerint a felperest ért nem vagyoni sérelmek megfelelő kompenzálására az elsőfokú bíróság által megállapított időponttól kezdődően a kifizetés napjáig járó kamatokkal együttesen.

Sajátos bizonyítási szabályok érvényesülése a műhibaperben

A felperes és az alperes között egészségügyi szolgáltatásra jött létre szerződés, amely megszegéséből eredő kártérítési felelősség elbírálása az 1959. évi IV. törvény (régii Ptk) 318. § (1) bekezdésének, a 339. § (1) bekezdésének, a Ptk. 348. § (1) bekezdésének, valamint az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eü. tv.) kezelési és ellátási tevékenységeket meghatározó rendelkezései az irányadók.

A jogalap körében figyelemmel kell lenni a Ptk. 75. § (1) bekezdésében, a 76. §-ban és a 84. § (1) bekezdés e) pontjában foglaltakra, ugyanis a felperes által érvényesített nem vagyoni kárigény vonatkozásában a jogellenesség alapja a személyhez fűződő jog sérelme.

A kártérítési felelősség elemei a jogellenesség, a kár és a két elem közötti okozati összefüggés, valamint a felróhatóság. A Pp. 164. §-ának (1) bekezdéséből következő általános eljárásjogi szabály, hogy a felmerült tényeket általában az a fél köteles bizonyítani, akinek érdekében áll, hogy azokat a bíróság valóban fogadja el.

A kártérítési perekben mindebből az következik, hogy a károsult, jellemzően felperesi pozícióban lévő fél köteles bizonyítani a kár bekövetkezését és annak mértékét, valamint a károkozó magatartás és a kár bekövetkezése közötti okozati összefüggést, míg a jellemzően alperesi pozícióban lévő károkozó bizonyíthatja, hogy a károkozás nem volt jogellenes, vagy a felelősség alól kimentheti magát azzal, hogy a kár megelőzése, elhárítása érdekében úgy járt el, ahogy az adott helyzetben általában elvárható.

[Ide írhatja a szöveget]

A bírói gyakorlat szerint az orvosi kártérítési felelősségi ügyekben a szakmai szabályok megszegésének nem a jogellenesség, hanem a felróhatóság alóli kimentés körében van jelentősége.

Az Eü. tv. 77. § (3) bekezdése az egészségügyi szolgáltatótól megköveteli az elvárható gondosság tanúsítását és a szakmai, valamint etikai szabályok, továbbá irányelvek betartását. Az elvárhatóság a szakmai szabályok betartásán túl mutató mértékű gondosságot jelent. A perbeli esetben a felperes egészségkárosodása, mint nem kívánt eredmény ellentétes a közte és az alperes, mint egészségügyi szolgáltató között létrejött szerződés céljával.¹

Az egészségügyi szolgáltató felelősségére alapított károkozások sajátossága a természettudományos bizonytalanság, így az esetek többségében nem lehet egyértelműen bizonyítani, hogy a hivatkozott kárt (szövődményt, egészségkárosodást) pontosan az egészségügyi intézmény érdekkörében jelentkező milyen hiba (magatartás, mulasztás, ok) idézte elő.

Az egyes országok kártérítési felelősségének a gyakorlata közötti eltérés abban mutatkozik, hogy a bizonytalanságot az okozatosság oldalán értékelik. Az egyik értelmezési lehetőség szerint a beteg (hozzátartozó) bizonyítási kötelezettségévé teszik, hogy az egészségügyi szolgáltató milyen hibát követett el, és ez a hiba volt az oka a kár bekövetkezésének (nagyobb részben ennek felel meg a jelenlegi német és francia bírói gyakorlat), ez a szemlélet jelentősen megnehezíti az egészségügyi szolgáltatóval szemben fellépő fél eljárési pozícióját, lévén a rajta kívülálló természettudományos bizonytalanság az ő terhén marad.

A másik értelmezés ezzel ellentétesen a károsulttól az okozatosság körében csak annak a bizonyítását várja el, hogy az állított károkozás az egészségügyi kezelések során vagy azzal egy időben következett be, de nem várja el a hiba okának a pontos meghatározását, és ezzel szemben az egészségügyi szolgáltató kötelezettségévé teszi annak a bizonyítását, hogy a beteg kezelése során az elvárható gondossággal járt el, vagy a károsodás egyébként is bekövetkezett volna, tehát a

¹ Fővárosi Ítéletábrla Pf.7.Pf.20.246/2013/3. számú döntése

[Ide írhatja a szöveget]

hiba konkrét okának a bizonyítatlansága már a károkozó egészségügyi szolgáltató terhén marad (ehhez közelít az osztrák bírói gyakorlat, és ezt követi a jelenlegi finn jogalkalmazás is).

Létezik ezen túl a két álláspont közötti közvetítő megoldás is, így az angolszász jogrendszerek a megoldása, amelyek a természettudományos bizonytalanságot attól függően terhelik az egyik vagy a másik félre, hogy százalékosan melyiknek volt nagyobb valószínűsége.²

A magyarországi gyakorlat az egészségügyi szolgáltatók kártérítési pereiben a károsodáshoz vezető ok folyamatot a felróhatóság alóli kimentésben várja el, mely azt jelenti, ha az ellátás során megállapítható olyan hiányosság - legyen az akár dokumentációs hiányosság vagy elmaradt vizsgálat, elmaradt szükséges, nem megfelelő tájékoztatás - ahol az elvárható gondosság vagy nem teljesült, vagy nem bizonyítható annak a teljesülése, akkor úgy tekinti, hogy az alperes nem tudta magát kimenteni a felelősség alól, tehát a kártérítési felelősség feltétele teljesült.

Ez a megközelítés áthidalja azt a problémát, hogy a felperes kezében nincs olyan eszköz, amivel bizonyítani tudná az okozati összefüggés fennállását, ezért a klasszikus szabályok alkalmazásával az esetek jelentős részében a kártérítési felelősség még az alperes súlyos, felróható kötelezettségzegése esetén sem lenne megállapítható, éppen az okozati összefüggés tekintetében fennálló bizonytalanság miatt.

Ennek az értelmezésnek az egyik legfőbb indoka, hogy amennyiben a természettudományos bizonytalanság az okozatosság körében kerülne értékelésre, úgy gyakorlatilag a károsult esélytelen lenne az egészségügyi szolgáltatóval szemben, lévén az esetek többségében a károsodás bekövetkezésének több eshetőleges oka is lehet.

A jelenlegi követett gyakorlat szerint az alperesnek kell rendelkeznie a kezelés valamennyi adatával, törvényből következő dokumentációs kötelezettsége van, felelős az általa választott gyógymódért, alá kell tudnia támasztania a vizsgálatok elvégzésének vagy elmaradásának indokait, tehát

² Debreceni Ítéletábla Pf.I.20.105/2014/6. számú döntése

[Ide írhatja a szöveget]

megfelelő eljárás mellett ki tudja magát menteni a felelősség alól, azaz ha bizonyítani tudja, hogy felróható magatartást semmilyen tekintetében nem tanúsított, akkor a felelősség megállapítására sincs mód.

Az 1959. évi IV. törvény (régi Ptk) Ptk. 355. §-ának (4) bekezdése és a 2013. évi V. törvény (Ptk.) 6:522. §-ának (2) bekezdései szerint az esély elvesztése szigorú értelemben nem része a kárfogalomnak, ugyanis tényleges kárként csak valamely már bekövetkezett vagyoni hátrányt, vagy a jövőben bizonyosan bekövetkező vagyoni előny elmaradását, illetve már bekövetkezett személyhez fűződő jogot ért sérelmet értünk, noha a kártérítési jog egyik legkiválóbb tudósa, Marton Géza kár alatt értett tágabb értelemben minden olyan hátrányt, mely valamely esemény (kár-ok) folytán valakit személyében vagy vagyonában ér.³

Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségének az értelmezése akkor teljes, ha a bírói gyakorlat a természettudományos bizonytalanságot nemcsak a hiba oka, hanem a kár bekövetkezése tekintetében is azonos módon értelmezi, ebből következően a hazai jogalkalmazás - a korábbi gyakorlattól eltérően - az esély elvesztésének értékelését is átemelte az okozati összefüggésből a felróhatóság körébe.

Ebből következően a bizonyítás során nem kell a teljes bizonyosságra törekedni, amennyiben az egészségügyi intézmény gondos magatartása esetén lett volna akár minimális, de reális esély a kár elkerülésére, úgy azt a károkozással azonosan kell értékelni, tehát a gyógyulási esély elvétele is károkozásnak minősül.⁴

A kárfelelősség szempontjából a releváns okozati összefüggés nem csupán direkt és közvetlen lehet: az is megalapozza a felelősséget, ha az alperes tevékenysége folytán a károsult az esélyét veszti el annak, hogy sorsa másként alakuljon.

³ Marton Géza: Kártérítés. In: Szladits Károly (szerk.) Magyar magánjog. Budapest, Grill, 1942. 5.

⁴ (Debreceni Ítéletábla Pf.I.20.105/2014/6. szám)

[Ide írhatja a szöveget]

A sajátos egészségügyi szolgáltatási jogviszonyban az egészségügyi szolgáltató magatartási mércéjére az egészségügyi törvény szerinti speciális szabályok vonatkoznak, ezen túlmenően azonban más tekintetben a felelősség kérdésében irányadók a kártérítési felelősség általános polgári jogi szabályai. Mindez azt jelenti, hogy a jogellenes alperesi magatartással okozati összefüggésben felmerült károkért az alperest annyiban terheli felelősség, amennyiben magát a kártérítő felelősség alól kimenteni nem tudja.

Elsősorban az egészségügyi szolgáltatási jogviszonyban hátrányt szenvedő betegek, vagy túlélő hozzátartozóik igényérvényesítési lehetőségének megkönnyítése érdekében alakította ki a bírói gyakorlat azt a vélelmet, hogy a ténylegesen bekövetkezett hátrány - amely kontraktuális megközelítésben mint egészségromlás bizonyosan ellentétes a szerződéses jogviszony céljával - valamely kezelési hiba következménye. Ilyen elvi alapon kialakult gyakorlat szerint a kereseti tényállítások alátámasztására elegendő annak a károsult részéről történő bizonyítása, hogy az egészségkárosodás a gyógyintézet által végzett kezelés során következett be.

Olyan esetekben, ha felróható magatartás megállapítható ugyan, de nem ez, vagy nem egyedül vezetett a bekövetkezett egészségkárosodáshoz, hanem abban jelentősen közrehatott a károsult egyébként is fennálló alapbetegsége, állapota, úgy a kérdés megítélése differenciált vizsgálatot igényel. Az ilyen helyzetekre alakította ki a bírói gyakorlat az adekvát-releváns kauzalitás vizsgálatát.⁵

Az okozatosság általánosságban sem pusztán a tények puszta egymásutániségát, hanem minden esetben tények olyan zártláncú egymásutániségát, egymásból következőségét jelenti, amikor az egyik elem hiányában az azt követő további tények bizonyosan nem következnek be. Ehhez képest a jogi okozatosság - tényállás függvényében - az adekvát és jogilag releváns kauzális kapcsolat meglétét és annak bizonyítását jelenti. A finalitás - nevezetesen, hogy a halálos eredmény vagy egészségkárosodás az alperesi intézménynél következett be - a kauzális láncban fennálló hiányt

⁵ BDT2010. 2197. számú döntés

[Ide írhatja a szöveget]

semmiképpen nem pótolhatja, pusztán a halálos eredményből, az egészségkárosodásból tehát az oki összefüggés nem következik.

Olyan esetben, ha a beteg halála nem áll az egészségügyi szolgáltatási jogviszonyban tevékenykedő orvosi, illetve egészségügyi személyzet magatartásával szerves összefüggésben, adekvát-releváns oksági kapcsolatban, a halál beállta illetve egészségkárosodás mint kár a hozzátartozó elvesztése miatti kártérítési igény körében nem értékelhető.

Annak az orvos-szakmai kérdésnek az eldöntése, hogy a felperesnek a keresetben állított károsodása fennáll-e és az alperessel szemben, tevékenységével (mulasztásával) okozati összefüggésben áll-e, orvosszakértői vélemény beszerzése nélkül nem volt eldönthető.

A per során a bíróság a feleket a bizonyítási teherről részletesen tájékoztatta, azt pontosította is. A bíróság a perben szakértői bizonyítást rendelt el. Orvosszakértőként a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Igazságügyi és Biztosítás Orvostani Intézetét rendelte ki.

A polgári eljárásjog szabályaiból következően a bíróság a szabad bizonyítási rendszer keretén belül folytathat le bizonyítást, és vehet igénybe szakértőt olyan jelentős tény, vagy egyéb körülmény megállapításához vagy megítéléséhez, amelyhez szükséges különleges szakértelemmel nem rendelkezik (Pp. 177. § (1) bek.). A szakértői vélemény □ és így a felülvélemény is □ csak a bizonyítékok egyike, különleges bizonyító ereje a felülvéleménynek sincs, és nem köti a bíróságot, ezért a bíróság szakértői bizonyítás keretén belül is köteles vizsgálni, hogy a szakvélemény (felülvélemény) mennyiben meggyőző és megalapozott. Az orvosszakértő feladata és jogköre az, hogy orvosi szempontból feltárja a történéseket, és szakmailag értékelje az eseményeket, de nem feladata a jogi következmények minősítése és megállapítása. Az orvosi szempontból hibás tevékenység és következményeinek jogi megítélése a bíróság feladata.

[Ide írhatja a szöveget]

III. A bírósági döntés jogi érvelésének a rekonstrukciója

Az elsőfokú bíróság döntése szerint az aggálytalan szakértői vélemény kétségmentesen alátámasztja azt is, hogy alperes nem bocsáthatta volna otthonába a felperest, hanem folytatnia kellett volna a beteg további kivizsgálását. Alperes súlyos hibát vétett, mivel nem tisztázta a beteg tüneteinek a kóroki hátterét, holott a házi orvos feltüntette a mentési utalványon a TIA-t, mint iránydiagnózist.

A TIA azonban nem került kizárásra, így a beteget otthonába nem lehetett volna engedni, hanem további vizsgálatokat, 24 órás megfigyelést kellett volna elrendelni.

Alapvető elvárás lett volna neurológiai tájékoztató vizsgálatok elvégzése, amely felhívhatta volna a figyelmet arra, hogy stroke-ja, vagy kezdődő stroke-ja van a betegnek.

Amennyiben az alperesi intézményből időben, megfelelő centrumba került volna az I.r. felperes, abban az esetben nagyobb esélye lett volna arra, hogy ne következzen be teljes elzáródás, illetve, hogy időben megkezdjék a vérrögoldó kezelést és ezáltal ne alakuljanak ki súlyos neurológiai tünetek,.

A házi orvos az általa felállított iránydiagnózis gyanújának a megjelölésével világos tájékoztatást adott a kórház részére, hogy mely betegség fennállása, vagy kizárása érdekében szükséges a beteg kivizsgálása.

A házi orvos TIA-ra gyanakodott, tehát felvetődött a súlyosabb agyi történés gyanúja, ezért az alperes felelősségét már önmagában az megalapozza, hogy célzottan és folyamatosan nem végezte el azokat a vizsgálatokat, amelyek alapján a vérrögoldó kezelés megkezdésére nyitva álló időtartamon belül egyértelműen kizárhatta volna az agyi stroke diagnózist.

Ezért nem voltak mellőzhetőek az ideggyógyászati célzott vizsgálatok, vagy amennyiben a vizsgálatok elvégzése a fehérgyarmati kórházban nem volt megoldható, úgy nem volt mellőzhető a

[Ide írhatja a szöveget]

felperesnek haladéktalanul a stroke ellátásra kijelölt egészségügyi intézménybe szállításáról történő intézkedés.

A kezelőorvos által kiállított dokumentáció a tekintetben is hiányos, hogy nem állapítható az meg, milyen tünetek alapján döntött a hazabocsátás mellett, így nem volt azoknak az ismereteknek a birtokában, amelyek alapján a kezelés további módjáról megalapozott döntést hozhatott volna. Ebből következően a kivizsgálás elmulasztásával alperes megsértette az Eütv. 77. § (3) bekezdésében felállított gondossági követelményt.

A fehérgyarmati intézményben a vizsgálatot végző orvos 2012. 06.22. napján a sürgősségi betegellátás során további vizsgálatokat a stroke diagnózis felállítása vagy kizárása érdekében nem végzett, melyből eredő mulasztás egészségkárosodást okozott a felperesnél, továbbá a **reális gyógyulási esélytől** fosztotta meg illetőleg korlátozta abban a felperest, ezért az alperes kártérítési felelőssége teljes mértékben fennáll a felperes egészségkárosodása miatt a felperest ért károkért és hátrányokért. A gyógyulási esélynek a reális fokot elérő mércéje jelenik meg az alább hivatkozott döntésekben is:

- BDT.2010.2319: az orvosi beavatkozás akkor tekinthető relevánsnak, ha a betegnek értékelhető esélye lett volna a gyógyulásra, az egészségi állapot rosszabbodásnak a megállapítására,
- Debreceni Ítéltábla Pf.I.20329/2012/1: az egészségkárosodás elkerülésére, vagy enyhébb következményeire való esély elvesztése megalapozza az egészségügyi intézmény kártérítési felelősségét, ha az kisebb, de reális volt,
- Pécsi Ítéltábla: Pf.I.20.152/2010/8: Az orvosi beavatkozás akkor tekinthető relevánsnak, ha a betegnek értékelhető esélye lett volna megfelelő kezelés esetén a gyógyulásra.

A perben kirendelt szakértő következetes írásbeli, és szóbeli nyilatkozatában az elsőfokú bíróság álláspontja szerint a perbeli esetben vizsgálandó esély vonatkozásában aggálymentesen nyilatkozott, s terjesztette elő írásban is álláspontját: a perbeli esetben vizsgált esély a zsinórmértékként

[Ide írhatja a szöveget]

használt reális és minimális fokot elérte a kevésbé súlyos következményekkel járó gyógyulás vonatkozásában.

A jogerős bírósági döntés egyértelműen foglalt állást abban, hogy az alperes felróható mulasztása és a gyógyulási esély elvesztése között fennáll az okozati összefüggés. A szakvélemény ugyanis egyértelmű a tekintetben, hogy a minimális fokon túlmutató, reális eséllyel megelőzhető lett volna a későbbi maradandó egészségkárosodás, vagy a jelenleginél jóval enyhébb tünetek maradtak volna vissza, ha nem otthonába bocsátják a felperest, hanem áthelyezik a stroke központba.

A téves diagnózis miatti otthonába bocsátás eredményezte, hogy a felperes nem részesült a megfelelő, adekvát terápiában és nála maradandó károsodások keletkeztek. A szakértői vélemény értelmében, ha a felperest - a fehérgyarmati intézményben való jelentkezésének időpontjához képest - egy órán belül a megfelelő centrumba küldik, akkor a minimálisnál nagyobb és reális esélye lett volna a felperesnek, hogy a súlyos tünetek ne alakuljanak ki.

Ha csak benntartotta volna 24 órás megfigyelésre a felperest a vizsgáló orvos, s a neurológiai vizsgálatot elvégzi, óránként ellenőrzi a beteg állapotát még akkor is a minimálisnál nagyobb, reális esélye lett volna arra, hogy nem ilyen súlyos tünetek maradtak volna vissza.

4. A minimális, reális esély fogalma

Mikor éri el a vizsgált esély a zsinórmértékként használt reális és minimális fokot? Mikor tekinthető reálisnak a minimális esély?

Az esély szó nyelvtani értelmezése is arra enged következtetni, hogy az nem egy biztosan bekövetkező tény, csupán egy jövőbeli - 100%-nál kisebb - bekövetkezési valószínűsége utal.

A Nyíregyházi Járásbíróságon egy általam tárgyalt műhibaperben az ott kirendelt öt neves igazságügyi orvos szakértő a fentebb feltett kérdésre az alábbi választ adta:

[Ide írhatja a szöveget]

Mit jelent az a szó, hogy minimális, reális esély?

Dr. 1: Az, hogy van esély.

Dr. 2: A reális alatt azt értem, hogy nem jár 100 %-os halálozási aránnyal az adott betegség.

Dr 3: Ha van minimális esély arra, hogy ne haljon meg egy beteg, én ekkor ezt már reális esélynek tartom.

Dr. 4: A reális szó alatt azt értem, hogy ha intenzív osztályra kerül, ahol a betegmegfelelő a felszereltség, akkor van minimális, reális esély arra, hogy életben maradjon.

Dr. 5: A reális azt jelenti, hogy túlélhető.

A szakértők által adott válaszokból az a következtetés vonható le, hogy az emberi szervezet működésének ok-okozati összefüggései orvosszakértői módszerekkel nem minden esetben nyomon követhetők, ezért is nehéz számokkal meghatározni a minimális, reális esély fogalmát, az esély a gyógyulásra teljes bizonyossággal nem mondható ki; orvos-szakmai szempontból sohasem lehet választ adni arra a kérdésre, vajon bizonyosan meggyógyult volna-e, életben maradt volna-e a beteg.

A bizonytalansági tényező ellenére azonban az értékelhető, reális esély határait mégis le kell fektetni.

Kérdés tehát, a reális esély vajon azt jelenti-e, hogy:

- a minimális, reális esélynek a bekövetkezése esetén teljes a gyógyulás,
- a ténylegesen bekövetkezett halálhoz képest kicsivel - akár napokkal, hetekkel, hónapokkal - tovább élt volna a beteg, más szóval biztos, hogy amúgy is bekövetkezik a halálos eredmény, de arra esély lett volna, hogy az csak pár nappal később következzen be,
- az esély kérdésének megítélhetősége egy képzeletbeli skálán mozog, amelynél a szakértői véleménnyel alátámasztott „0 %-os esély” esetén nem jár kártérítés, „100 %-os esélynél” teljes a kártérítés, és közte az esély mértékének megfelelő összeg illeti meg a károsultat (ez a megítélés némileg analógiát mutat a Ptk. 340. §-ának (1) bekezdésében meghatározott kármegosztással.)⁶

⁶ (Bodonovich Klára: A gyógyulási esély elvesztése mint kár, a bírói gyakorlat tükrében Bodovilustum Aequum Salutare X. 2014. 3. 29-49.)

[Ide írhatja a szöveget]

Az esély elvesztésénél a károkozót terhelő olyan, a gondos magatartás követelményét sértő tevékenység vagy mulasztás értékelhető, amelynek van oksági kapcsolata az eredménnyel, az adott esetben az egészségkárosodás mértékének csökkenésével vagy elmaradásával, valamint a halál bekövetkezésének elkerülésével.

Ha a gyógyulásra való esély elvesztése teljes bizonyossággal nem mondható ki, ám az egészségügyi szolgáltató az elvárható gondosságot nem tanúsította, csak akkor mentesülhet a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy a tőle elvárható gondosság tanúsítása ellenére sem lett volna esély az egészségkárosodás teljes vagy részleges elkerülésére; ezzel szemben ha valószínűsíthető, hogy az időben történő felismerés, kezelés és beavatkozás mellett akár minimális, ámde reális esély lett volna a hátrányos következmények elkerülésére, akkor az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége megállapítható.⁷

A bírói gyakorlat szerint téves az az álláspont, amely szerint bármilyen csekély esély elvétele olyan gondatlanság, amely a kárfelelősséget megalapozza. Az ettől eltérő álláspont jogi megfogalmazása azt jelentené, hogy nem az adott helyzetben általában elvárható magatartás mércéje érvényesülne, hanem azt a bíróság az objektív felelősség irányában tágítaná ki. A gyógyulási esély és a felelősség eltérő kérdés, a kártérítési felelősség a reális esélyhez kötődik, amelynek meghatározása a bíróság feladata.

A bíróságnak kell állást foglalnia abban a kérdésben, hogy mikor veszett el az orvos hibájából olyan esély, amely akár a mértéke, akár a tartalma miatt kártérítési felelősséget keletkeztet. A reális, a kárfelelősség szempontjából értékelhető esély meghatározása a szakmai vélemények alapján történhet azzal, hogy természettudományos értelemben nincs nulla százalék, illetőleg száz százalék. Az elvárható gondosságot mindig egyedileg, az adott tényállás alapján kell megítélni.⁸

⁷ Kúria, Pfv.III.22.053/2015/4. számú határozata

⁸ Kúria Pfv.III.20.727/2015/4. számú határozata

[Ide írhatja a szöveget]

Az amerikai jogban hosszú időn keresztül az 50%-os szabály érvényesült, azaz akkor tekintették a gyógyító intézmény közrehatását relevánsnak, ha a betegnek - az alperes közrehatása nélkül is - legalább 50% esélye lett volna a gyógyulásra, ma már azonban az az álláspont érvényesül az amerikai jogban is, hogy akkor tekinthető a gyógyító intézmény közrehatása relevánsnak, ha a betegnek értéklehető esélye lett volna a túlélésre. (Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége 168. oldal)

Dósa Ágnes szerint azonban a felelősség szinte parttalan kitágításához vezethet, ha a felelősség megállapítását eredményezi önmagában annak a valószínűsítése, hogy az időben megkezdett kezeléssel akár minimális esélye lett volna a betegnek az életben maradásra. Így ugyanis szinte minden mulasztás kártérítést von maga után, hiszen a gyógyító eljárások mindegyike esetén legalábbis valószínűsíthető, hogy a beteg gyógyulási esélyei javulnak, mert ha ez nem így lenne, akkor az adott kezelést nem szabadna alkalmazni.

A fentiek tükrében öen leszögezhető, hogy a betegség, sérülés kezelésének célja a gyógyulás; a megfelelő, beteg állapota szerint történő kezelés esetén (hacsak a beteg alapbetegsége nem olyan súlyos) a gyógyulás esélyei mindenképpen jobbak.

Amennyiben pedig ez, ahogy Dósa Ágnes mondja, valószínűsíthető, akkor helyes az a megközelítés, hogy a felperesek eleget tesznek a bizonyítási kötelezettségüknek annak az állításával, hogy a károsodás a kezelés során következett be.

Azonban önmagában a felperesnek a gyógyulásra való esélye valószínűsítése nem vezet a felelősség megállapításához, e körben téves az a fejtegetés, hogy lényegében minden mulasztás kártérítést von maga után, hiszen van mentesülés a felelősség alól. Az egészségügyi intézmény bizonyíthatja, hogy a gondos eljárás tanúsítása esetén is bekövetkezett volna a károsodás.⁹

08134⁹ (Dósa i. m. 163)

[Ide írhatja a szöveget]

Összegzésként megállapítható, hogy a feltett kérdésnek a megválaszolása nem csak a bírói gyakorlat számára kihívás, hanem a szakértők számára is.

Képviselem azt az álláspontot, hogy a kirendelt igazságügyi orvosszakértők személyes meghallgatása segítséget nyújt abban, hogy a bíróság a döntését a törvényesség, a józan ész, és az igazságosság követelményeinek megfelelően hozza meg, ugyanis a szakértők a meghallgatásuk során a laikus számára is érthető módon világítanak rá a beteg a kezelés során ért kár és a gyógyító intézmény tevékenysége közötti okozati összefüggésre.

[Ide írhatja a szöveget]