

DISSERTATIONES

A GYÓGYULÁSI ESÉLY ELVESZTÉSE MINT KÁR,
A BÍRÓI GYAKORLAT TÜKRÉBENBODONOVICH Klára
PhD-hallgató (PPKE JÁK)**Bevezetés**

Az orvosi kártérítési felelősség körében – az általános kártérítési felelősségi alakzatnak megfelelően – az egészségügyi szolgáltató felelősséggel tartozik, ha a beavatkozása, mulasztása folytán, azzal összefüggésben a beteget kár éri; egészségkárosodást szenved, vagy az adott esetben életét veszti. Az egészségügyi kártérítési perekben azonban felmerült az a sajátos tényállás, amely szerint a beteg károsodása, halála nem egyedül az orvos, egészségügyi személyzet hibájára vezethető vissza, hanem abban szerepet játszott a beteg úgynevezett természetes okú megbetegedése. Jellemzően ezekben az esetekben a beteg valamely súlyos betegsége, sérülése folytán kerül kapcsolatba az egészségügyi intézménnyel, ahol esetleges hiba, betegség pontos okának kései felismerése, nem megfelelő kezelés, vagy nem megfelelő ellátó intézménybe való utalás folytán az állapota tovább romlik, egészségkárosodást szenved, meghal. Ezekben az esetekben az orvos, az egészségügyi intézmény felróható magatartása, mulasztása megállapítható, azonban nem önmagában ez vezetett a károsodáshoz. A megfelelő ellátás hiányában a betegnek voltaképpen a gyógyulási esélye, életben maradási esélye csökken, vagy legrosszabb esetben teljesen elvész.

Tekintettel arra, hogy az esély elvesztését, mint kárt a normatív szabályozás nem ismeri, a joggyakorlatra hárult az a feladat, hogy értékelje azokat a tényállásokat, amelyekben az orvos gondatlan eljárása miatt az esély a gyógyulásra csökkent, netán elveszett.¹ A bírói gyakorlatnak ebben a témakörben több problémával kellett szembesülnie. Vitatott egyrészt az, hogy az esély elvesztése hogyan illeszkedik be a kártérítés dogmatikai rendszerébe, a hagyományos kárfogalom körébe, másrésztől az esély elvesztése fogalmi körének határai hol húzhatók meg. Számos esetben nehézséget jelent az

¹ HAVASI Péter: A gyógyulási esély elvesztése. In: FÉZÉR Tamás (szerk.): *A kártérítési felelősség magyarázata*. Budapest, ComplEx, 2010. 393.

esély mértékének értelmezése: mit érthetünk reális esély alatt. Végül, de nem utolsósorban a legnagyobb nehézséget az jelenti, hogy orvos-szakmai szempontból teljes bizonyossággal sohasem állítható, hogy a megfelelő kezelés, időben történő ellátás folytán a beteg bizonyosan meggyógyult volna, bizonyosan nagyobb esélye lett volna a gyógyulásra. Nem állítható tehát, hogy az orvos felróható magatartása, mulasztása nélkül bizonyosan lett volna esély a károsodás elkerülésére, csökkentésére. A nagymértékű bizonytalanság óriási terhet tett a bírói gyakorlatra, hiszen arra kellett választ adnia, hogy a nagyfokú bizonytalanság, vagyis az esetleges bizonyítatlanság a bizonyítási eljárás során melyik felet terhelje.²

A dolgozat megkísérli az említett problémákra a bírói gyakorlat által adott válaszok bemutatását; nevezetesen az esély kárfogalmának, annak mértékének meghatározását, illetőleg a bizonyítási teher körébe tartozó nehézségek ismertetését.

1. Az esély fogalma

A kártérítés felelősség dogmatikájában nehézséget jelentett a gyógyulási esélynek a hagyományos kárfogalom körében történő értékelése. A Ptk. 355. §-ának (4) bekezdése négyféle kárt ismert: a beállott értékcsökkenést, az elmaradt vagyoni előnyt, a nem vagyoni kárt, valamint a hátrány csökkentéséhez vagy kiküszöböléséhez szükséges költségeket. Az új Ptk. a megtérítendő kár fajtái tekintetében annyiban hozott változást, hogy a Ptk. 6:522. §-ának (2) bekezdéséből kimaradt a kárpótlás és a nem vagyoni hátrány. Ezt ugyanis az új Ptk. nem a szerződésen kívül okozott károkért való felelősség körében szabályozza.

Az esély elvesztése szigorú értelemben tehát 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.³ Az esély azonban nem egy biztosan bekövetkező tény, csupán egy jövőbeli – 100%-nál kisebb – bekövetkezési valószínűsége utal, ezért a „teljes bizonyosságú bekövetkezés” híján nem lehet ilyen értelemben kárként felfogni.

A kártérítési jog egyik legkiválóbb tudósa, Marton Géza azonban kár alatt értett tágabb értelemben minden olyan hátrányt, mely valamely esemény (kár-ok) folytán valakit személyében vagy vagyonában ér.⁴ Ezzel a megfogalmazással szinte szó szerint megegyezik a régi Ptk. magyarázata is.⁵

Amennyiben a hátránynak ezt a tág értelmezését elfogadjuk, akkor mégis az tűnik helyes felfogásnak, hogy az esélyt a gyógyulásra értéként kezeljük, amely szorosan és meghatározóan kötődik a személyhez. Ekként pedig a gyógyulási esély a jog által

² Uo. 393.

³ JÓIÁRT ESZTER: Az esély elvesztése, mint kár? *Jogtudományi Közlöny*, 2009. december, 520.

⁴ MARTON Géza: Kártérítés. In: Szladits Károly (szerk.) *Magyar magánjog*. Budapest, Grill, 1942. 5.

⁵ GELLÉRT György (szerk.) *A Polgári Törvénykönyv magyarázata*, Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1992. 941.

védett személyhez fűződő jog; csökkenése vagy elvesztése nem vagyoni kár.⁶ Mindezek alapján a bírói gyakorlat az esély elvesztését kárnak tekinti, amely alapja lehet a kártérítési felelősség megállapításának.

Ahogy a bírói gyakorlat dolgozta ki az esély kárfogalmát, úgy annak különböző értelmezési területeit is a gyakorlat szélesítette. Általánosnak mondható tényállás szerint az orvos nem végez el valamilyen, a betegség eredetének felismerése szempontjából fontos vizsgálatot, a beteg maradandó egészségromlást szenved, vagy kis idő múlva életét veszti. Az egészségügyi intézmény ez esetben a gyógyulási esély, vagy a túlélési esély, az életben maradási esély elvesztése miatt felel.

A bíróságok azonban a gyógyulási esélynek az említett értelmezési határait időnként átlépték, és beleértették például a gyógytartam meghosszabbodását, azaz a gyógyulás korábban való bekövetkezése esélyének elvesztését is.⁷ Egy adott ügyben az alperes orvosa nem ismerte fel a beteg valódi problémáját, így hónapokkal később került sor a műtétre. Mivel a betegség korai felismerése kedvezően befolyásolhatta volna a gyógytartamot is, a gyógyulási idő lerövidíthető lett volna, megállapította az alperes kártérítési felelősségét.

A tartós tünetmentességre való esély elvesztéseként értékelte a bíróság, amikor a beteg nyirokszövetből kiinduló daganatát későn diagnosztizálták, ezért a beteg a megfelelő kezelést csaknem két évvel később kapta meg.⁸

A gyógyulási esély fogalmi körébe tartozik a visszamaradt károsodás mértéke mérséklésének esélye. A Debreceni Ítéltábla⁹ az egyik közelmúltban hozott ítéletében megállapította, hogy a beteg szervei a kialakult természetes okú betegsége (nem a kórház hibájából kialakult fertőzése) miatt biztos, hogy amúgy is károsodtak volna, azonban a károsodás mértéke jóval kisebb lett volna, ha az adekvát antibiotikumos kezelést időben megkapja a beteg.

A Legfelsőbb Bíróság az egyik ügyében kimondta, hogy a betegség folyamata lassításának esélye veszett el azáltal, hogy az orvosok késve diagnosztizálták a beteg daganatát, a helyes diagnózison alapuló, időben történő kezelés az áttétképződés mértékét lassította volna.¹⁰

Mindezek alapján mára teljesen egyértelmű, hogy a bírói gyakorlat a bizonyosan bekövetkezett károsodás mellett, az élet adta valós tényállásokhoz igazodva, széles körben értelmezve kárnak tekint egy jelentős bizonytalansági tényezőt magában foglaló „károsodási kategóriát”, az esély elvesztését is.

⁶ HAVASI i. m. 393.

⁷ Szegedi Ítéltábla Pf.III.20.267/2007/5.

⁸ Fővárosi Bíróság 6.P.21.334/1993/77.

⁹ Debreceni Ítéltábla Pf.I.20.528/2012/5.

¹⁰ BH1999.363.

2. Az esély mértéke

A gyógyulási esély–reális esély megfogalmazása azonban további értelmezésbeli problémát vet fel. Az esély a gyógyulásra ugyanis 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, hogy a reális esély vajon azt jelenti-e, hogy ugyan adott esetben minimális az esély, de ennek a minimális esélynek a bekövetkezése esetén teljes a gyógyulás, azaz orvos szakértői vélemény alapján kimondható-e, hogy az esetek kis százalékában a súlyos betegség ellenére mégis bekövetkezik a teljes gyógyulás. (Példaként említve: 100 daganatos betegből a kemoterápia hatására 25 teljesen meggyógyul.) Vagy a reális esély azt jelenti, hogy 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.

Esetleg 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 szélsőséges esetben oda vezethetne, hogy az 1 %-os, gyakorlatilag értelmezhetetlen esélynél a bíróságok 10.000 forintot állapítanának meg.) Ez a megítélés némileg analógiát mutat a Ptk. 340. §-ának (1) bekezdésében meghatározott kármegosztással. Az említett álláspont szerint a kórházak nem felelnek a kárnak azon részéért, amelyet nem az ő hibás, felróható magatartásuk okozott, hanem a károsult természetes megbetegedésére vezethető vissza.

A probléma felvetése nem öncélú fejtegetés, mert a gyakorlatban, ahogyan a következőkben bemutatandó esetek mutatják, súlyos értelmezésbeli különbségek jelent meg, melyek a károsultak szempontjából eltérő kártérítési összegeket eredményeztek.¹¹

A Legfelsőbb Bíróság egy ügyben a gyakorlatilag lehetetlen életben maradási esély mellett nem találta megalapozottnak a keresetet. A tényállás szerint a felperek édesanyját 2003. május 13-án szívinfarktus gyanújával vették fel az alperes kardiológiai osztályára, ahol azonban a szívizom eredetű történést kizárták, ezért a beteget a belgyógyászati osztályra küldték tovább. 2003. május 14-én hasi ultrahang vizsgálatot végeztek, amely gyomortágulatot jelzett, majd a másnap, elvégzett natív

¹¹ A következőkben bemutatott jogesetknél a döntés könnyebb megértése miatt igyekeztem a tényállásokat lényegre törően ismertetni. Ez néhol részletekbe menőbb leírást is jelent, azonban az orvosi kártérítési felelősség körében, ahol a kezelés, vagy a mulasztás legapróbb mozzanatának is jelentősége lehet, nem nélkülözhető sok esetben az orvosi vizsgálatok akár időbeli sorrendiségének, akár egymás utánosságának a bemutatása. A határozatok megtalálhatók a bírósági határozatok gyűjteményének adatbázisában.

hasi röntgenfelvétel bélelzáródást mutatott. Ezt követően gyomorszondát és katétert alkalmaztak, azonban a beteg állapota rohamosan romlott, majd éjjel meghalt.

Az ügyben a vitatott kérdés az volt, hogy szükséges volt-e a hasi röntgen két nappal korábbi elvégzése, és ezzel összefüggésben, ha az alperes korábban diagnosztizálja a beteg bélelzáródását, a helyes diagnózissal a halál elkerülhető lett volna-e, nagyobb esélye lett volna-e a túlélésre. A bélelzáródás pontos idejét azonban a boncolás után sem lehetett megállapítani. A szakértői vélemény alapján megállapítható volt, hogy a beteg felvételekor még nem volt bélelzáródása, a betegség vélhetően május 14-én délután kezdett kialakulni. Május 15-ig a laboreredményei jók voltak, ezért a bélelzáródás tüneteit nem lehetett felismerni. Az igazságügyi orvos szakértők rámutattak azonban arra, hogy a betegség okának felderítése nem lett volna eredményesebb, amennyiben az ultrahangvizsgálat helyett más vizsgálati módszert alkalmaznak, a hasi röntgen sem mutatott volna több eredményt, mint az ultrahang. Ezért a hasi röntgen, illetve a gyomorszonda egy nappal később történő levezetése nem állt okozati összefüggésben e betegség felismerésének idejével. Mindezek alapján a Legfelsőbb Bíróság megállapította, hogy a jogvita szempontjából annak volt döntő jelentősége, hogy nem volt olyan diagnosztikai, kezelési hiba, amely a gyógyulási esély elvesztésében, de legalább csökkentésében megállapítható lenne. Az alperes egyébként még felróható hiba esetén sem felelne, mert a felelősség kiskfokú, ámde reális gyógyulási esély mellett lett volna csak megállapítható. A betegnél a természetes okú betegségeinek következményei tették a kiskfokú gyógyulási esélyt olyan csekélyvé, amely mellett az életben maradásnak valóban nem volt reális esélye. A beteg számára sem a műtéti, sem a konzervatív kezelés nem hozhatott volna gyógyulást.¹²

Egy másik ügyben a beteg betegségének okát az orvosok nem tudták felderíteni, halálának okát a boncolással sem lehetett megállapítani. A bíróság¹³ a közbenső ítéletében 30 %-os arányban állapította meg az alperes felelősségét. Indokolásában kifejtette, hogy az alperes hibázott a néhai ellátása során, mert az kiderült a vizsgálatok során, hogy súlyos fokú gyulladás van a néhai szervezetében, de annak kezelése elmaradt, ez pedig a felperesek hozzátartozójának életben maradási esélyeit, ha valószínűsíthetően csak igen csekély mértékben is, de javíthatta volna. Miután azonban a szakértői vélemény szerint nem állítható bizonyossággal, hogy az időben megkezdett kezelés a beteg halálát teljes bizonyossággal megakadályozta volna, csak igen kicsi a valószínűsége annak, hogy az életben maradási esélyei növekedtek volna, ezért az alperes 30 %-ban felel a néhai halálával okozati összefüggésben felmerült, felpereseknek okozott károkért.

Az említett esetben a megyei bíróság a saját (nem a szakértői vélemények szerinti) mérlegelési körében határozta meg az általa csekély valószínűségű gyógyulás elvesztésének kompenzálására alkalmas kártérítési összeg mértékét.¹⁴

¹² Legfelsőbb Bíróság Pfv.III.21.969/2007/5.

¹³ Bács-Kiskun Megyei Bíróság 16.P.21.300/2006/64.

¹⁴ Dósa Ágnes a gyógyulási esély gyakorlatát bemutatva, hivatkozott az osztrák szakirodalomra, amely szerint abban az esetben, ha mind a károkozó, mind a betegség maga közrehatott a károsodásban, kár-

A Győri Ítéltábla egyik ügyének tényállása szerint a műtete következtében kialakult szövödményeket késve ismerték fel és a beteg meghalt. A korábbi felismerés hiánya nagy mértékben rontotta a beteg túlélési esélyeit. Az ítéltábla¹⁵ rámutatott arra, hogy a töretlen bírói gyakorlat szerint a kimentés körébe tartozik annak értékelése, hogy a betegség korábbi felismerése mit jelenthetett volna, azaz orvos-szakmai értelemben az, hogy a korábbi felismerés a gyógyulás esélyét javította volna-e, vagy legalább csökkentette volna-e a visszamaradt egészségkárosodás mértékét. Ennél a szövödménynél a halálozás 50-70 % körüli (ami 50-30 % gyógyulási esélyt jelent), ez pedig az esélyt nagyfokúvá teszi. A tábla a közbenső ítéletében az alperes teljes kártérítési felelősségét állapította meg.

A Szegedi Ítéltábla egyik ügyében¹⁶ rámutatott arra: a szakvélemények alapján megállapítható, hogy a beteg állapotát és betegségét figyelembe véve a túlélés esélye a gondos kezelés ellenére is 5 % alatti lett volna, ez pedig nem éri el azt a szintet, amely mellett reális életben maradási eséllyel lehetett volna számolni, azaz az alperes mulasztásának nincs adekvát relevanciája a beteg gyógyulási esélyének szempontjából. Az ítéltábla ebben az ügyben a gyakorlatilag nem reálisnak ítélt esély miatt nem találta megalapozottnak a kártérítési igényt.

A kérdés szempontjából a legérdekesebb döntés a Szegedi Ítéltáblának¹⁷ egyik korábbi határozata, amely az előbbi ügyben kifejtett indokolástól eltérő álláspontot foglalt el. Az adott ügyben a felperesek hozzátartozóján nőgyógyászati műtétet hajtottak végre, a műtétet követő szövettani vizsgálat rosszindulatú daganatot igazolt. A tumor eredetének felkutatására megkezdődtek a kivizsgálások, azonban azok nem jártak eredménnyel, így leálltak a további vizsgálatokkal. A beteg közel fél évvel később ismét bekerült a nőgyógyászati osztályra, ahol végül felismerték a daganat eredetét. A beteg több ciklusú kemoterápiában részesült, azonban két év múlva meghalt.

A felperesek a keresetüket arra alapították, hogy az időben megkezdett kemoterápiás kezelés az élet meghosszabbodását jelentette volna. A perbeli szakvélemények, illetve a felek által csatolt magánszakvélemények alapján azonban egyértelműen megállapítható volt, hogy a felperesek jogelődjének teljes gyógyulása, betegségének jellege, illetve státusza folytán kizárt volt. Halálának bekövetkezésével természetes eredetű megbetegedése miatt kellett számolni. A kemoterápiás kezelés elkezdése javíthatott volna valamit a beteg túlélési esélyén, azonban csak hetekben mérhető az életének meghosszabbítása, esetleg hónapokban, években semmiképpen sem.

Az ítéltábla a jogerős ítéletében megállapította az alperes mulasztását, amikor nem kutatták tovább a primér daganat helyét, ez ugyanis hozzájárult az élet meghosszabbodása esélyének elvesztéséhez. Az ítéltábla azonban hangsúlyozta, hogy az a

megosztást kell alkalmazni, és a károsult csak részben követelheti a károkozótól a kárát. A svájci jog pedig a túlélés, gyógyulás valószínűségi fokához igazítja a kártérítés mértékét. DÓSA Ágnes: *Az orvosi kártérítési felelőssége*. Budapest, HVG Orac, 2004. 167.

¹⁵ Győri Ítéltábla Pf.I.20.419/2008/5.

¹⁶ Szegedi Ítéltábla Pf.III.20.107/2011/5.

¹⁷ Szegedi Ítéltábla Pf.III.20.329/2007/7.

tény, hogy a beteg élete legfeljebb napokkal, illetve hetekkel lett volna meghosszabbítható, a kár összezszerúsége tekintetében vehető figyelembe, nem pedig az okozatosság körében.¹⁸

Az utóbb hivatkozott ítélet arra az álláspontra helyezkedett, hogy akármilyen minimális esély van a gyógyulásra, a beteg általános személyiségi joga sérült, így a nem vagyoni kártérítés megalapozottságához elegendő indokul szolgál. Amennyiben a felperes az esély legcsekélyebb mértékét, illetőleg az alperes ezzel okozati összefüggésben álló mulasztását vagy hibáját bizonyítani tudja, az alperes kártérítési felelőssége megállapítható. Az ügyben az ítéletábla a gyógyulási esély legcsekélyebb mértéke esetén tehát megállapította az alperes kártérítési felelősségét. Ebben az esetben azonban az alperes a felelősség alól nem tudta volna magát kimenteni azzal, ha azt bizonyítja, hogy ez az esély nem tekinthető reálisnak, annak ellenére, hogy a hetekben mérhető élet meghosszabbodása mégsem tekinthető reális gyógyulási esélynek. Az e körben tett bizonyítás mindösszesen a kártérítés mértékénél bírt volna relevanciával.

Némileg vitatható ez az álláspont, tekintettel arra, hogy az élet meghosszabbodása, amely hetekben mérhető, sajnos nem jelent valódi gyógyulást a beteg számára. Mindössze azt jelenti, hogy az emberi élet végét nem lehet orvosi eszközökkel megállapítani, az a beteg állapotától, betegségének mindenkori állásától függ. A gyógyulás ugyanis a hétköznapi értelemben egy daganatos betegség esetén azt jelenti, hogy „megszűnik annak a fenyegetettsége”, hogy meghal a beteg. Valószínűleg a beteg, illetve a hozzátartozók számára a hetekben mérhető továbbélés sohasem jelent gyógyulást, sajnos a betegek számára a fájdalommal járó betegség esetében még értéként sem kezelhető. (Egyébként hozzá kell tenni, hogy annak az esélye, hogy az időbeni kezelés hatására esetleg napokkal tovább élt volna a beteg, szinte minden esetben meg lehetne állapítani.)

A döntés egyébként ellentétesnek látszik azzal a legfelsőbb bírósági döntéssel, amelyben az alperes felelősségét csekély, de nem reális gyógyulási esély mellett nem látta megállapíthatónak.¹⁹

A hivatkozott döntésekből egyértelműen kirajzolódik, hogy a gyakorlat abba az irányba mutat, hogy a szakértői véleményekben kifejtett, az adott betegségre vonatkozó orvos-szakmai tényeket figyelembe véve, a bíróságok mérlegelési körükbe vonják, hogy a betegnek az orvosi hiba elmaradása esetén milyen kilátásai lettek volna. A betegség jellegét értékelve a károsultnak volt-e a hétköznapi értelemben esélye a teljes gyógyulásra, a túlélésre, vagy arra, hogy a megfelelő kezelés hatására hosszú ideig tünetmentesen élhessen. Ilyen értelemben az elenyésző mértékű gyógyulási esély nem tekinthető reálisnak, az nem alapoz meg kártérítést, azonban az értékelhető esély elvétele esetén az egészségügyi szolgáltató teljes kártérítési felelősséggel tartozik.

¹⁸ A felperesek a keresetükben összesen 5.000.000 forint kártérítést követeltek, az elsőfokú bíróság 1.500.000 forint kártérítést ítélt meg, melyet az ítéletábla leszállított 500.000 forintra. Ez a gyakorlatban azt jelentette, hogy a napokban meghatározott továbbélés lehetőségének elvesztése esetén az ítéletábla a kártérítési követelés 10 %-át megítélhetőnek találta.

¹⁹ Legfelsőbb Bíróság Pfv.III.21.969/2007/5.

A vizsgálódás körébe vont tényállásokban a bekövetkezett halál, súlyos egészségromlás azonban nem áll szerves összefüggésben az orvos hibájával; azaz a kialakult eredményhez nem önmagában a kezelés, vagy a mulasztás vezetett, hanem a beteg fennálló betegsége is („természetes okú megbetegedése”). Az egészségügyi szolgáltató hibázott, felróható magatartást tanúsított, azonban nem csak emiatt következett be a károsodás, hanem ahhoz az adott esetben esetleg nagy mértékben a betegség maga is hozzájárult. Az orvos magatartása nem egyedüli kiváltó oka a káros eredménynek, ezt a tényt pedig értékelni kell, mint ahogyan azt is, hogy az esély mértéke sohasem lehet 100 %-os.

Ennek megfelelően a kártérítés mértékében, összecszerúságában is különbséget kell tenni, hogy az eredmény bekövetkezéséhez egyedül az orvosi hiba vezetett, avagy más oka is volt annak.

A Pécsi Ítéltábla egyik közelmúltban hozott ítéletében az alábbiak szerint fejtette ki az e körben kialakított álláspontját. Az ítélet rövid tényállása szerint a felperesek gyermekének a mandulaműtétet követően a műtét szövődményeként fellépő utóvérzés alakult ki, ezért a szülők a legközelebbi kórházba szállították. Az orvos nem látta el a beteget, hanem intézkedett a primer ellátó intézetbe való átszállításáról. A mentőállomáson azonban csak betegszállító autó állt rendelkezésre, így evvel indultak el a beteggel, aki azonban a mentőautóban rosszabbul lett, és elvérzett.

A jogerős ítélet²⁰ szerint az orvos súlyosan felróható magatartása, nevezetesen, hogy semmilyen ellátást nem nyújtott a betegnek, illetve az ellátást a szállítás idejére sem tartotta szükségesnek, továbbá, hogy a megfelelő szállítóeszközt sem várta be, számottevően csökkentette a gyermek életben maradási esélyét. Az ítéltábla rámutatott arra, hogy a túlélés esélyének csökkenése az, ami az alperes kártérítő felelőségét megalapozza, az ugyanis nem állapítható meg, hogy a megfelelő ellátás esetén biztosan életben maradt volna-e, mint ahogy az sem, hogy halála a megfelelő ellátás ellenére is bekövetkezett volna-e. Ha pedig a beteg halála nem áll szerves összefüggésben, adekvát releváns oksági kapcsolatban az orvos hibájával, a halál beállta, mint kár, a hozzátartozó elvesztése miatti kártérítési igény körében nem értékelhető. Ilyen esetben a kárkövetelés jogalapja az esély elvesztése, csökkenése. Amennyiben az orvosi mulasztással okozati összefüggésben feltételezhető, valószínűsíthető a gyógyulási esély csökkenése, a károsultat arányos, mégpedig a halál bekövetkezésének számbavételénél alacsonyabb kártérítési összeg illeti meg.²¹

A Szegedi Ítéltábla nagyon hasonló álláspontot fejtett ki a következő ügyben.²² A felperesek édesanyját veszes vérszegénységgel, hasi fájdalommal vették fel az alperes belgyógyászati osztályára. A beteg egyébként súlyos cukorbetegségben és annak szá-

²⁰ Pécsi Ítéltábla Pf.I.20.310/2009/5.

²¹ Az adott ügyben a felperesek személyenként 8.000.000 forint kártérítést követeltek, melyet az elsőfokú bíróság megítélt. Az ítéltábla 6.000.000 forintban találta arányban állónak az esély elvesztése miatt bekövetkezett kár összegét.

²² Szegedi Ítéltábla Pf.III.20.107/2011/5.

mos szövődményében szenvedett. A felvétel napján, illetőleg másnap laborvizsgálatokat végeztek, az azok alapján mutatott súlyos vérszegénységet korrigálták, vért adtak neki. Végül harmadik napon gyomortükrözést végeztek, amely során felmerült a gyomorfekély gyanúja. A vizsgálat nem tudott pontos képet mutatni, ezért másnap megakarták ismételni, de a beteg meghalt. A kereset arra irányult, hogy a felvételt követő laborvizsgálatok vérvételére és gyulladáshoz utaltak, melyek nem következtek a hozzátartozójuk alapbetegségeiből, így annak további vizsgálata lett volna indokolt.

Azokban az esetekben, amikor a felróható magatartás megállapítható, de önmagában nem csak ez vezetett az egészségkárosodáshoz, hanem abban közrehatott a beteg alapbetegsége, az ítéletalkotó kialakította az adekvát–releváns kauzalitás vizsgálatát.²³ Amikor a beteg halála, egészségromlása nem áll szerves összefüggésben, adekvát releváns kapcsolatban az egészségügyi személyzet magatartásával, mulasztásával, a halál beállta, mint kár, a kártérítési igény körében nem értékelhető. Ahhoz ugyanis, hogy ezt a mulasztást, magatartást a halálos eredmény tekintetében relevánsnak lehessen tekinteni, szükséges, hogy ez vezessen a bekövetkezett halálos eredményhez. Ha bizonyossággal nem állítható az, hogy a kellő időben megkezdett adekvát vizsgálatok a néhai életét megmentették volna, a kártérítési felelősség alapjául csak az élet meghosszabbodása esélyének elvesztése szolgálhat. A megkülönböztetés azért lényeges, mert ha az orvosi mulasztással adekvát okozati összefüggésben értékelhető a halál, akkor teljes kártérítés jár, míg ha az életben maradási esély csökkent, a károsultat arányos, de a halál számbavételénél alacsonyabb mértékű kártérítés illeti meg.

A hivatkozott döntések elemzése eredményeként helyes felfogásnak az tűnik, hogy az egészségügyi intézmény az esély elvesztése esetén is teljes kártérítési felelősséggel tartozik, tehát „kármeosztásnak”, avagy esetleges, az esély mértékének megfelelő arányú kártérítés megítélésének nincs helye. Ahogy Eörsi Gyula fejtette ki: amennyiben „a felróható kötelezettségszegés természeti erővel, körülményekkel *elválaszthatatlanul* összefonódva fejt ki hatását, általában csak az előbbi releváns. Minthogy fennáll a reparációs igény és a természettel nem lehet kármeosztást alkalmazni, a felróható kötelezettségszegést tanúsító személy szabály szerint az egész kárért felel.”²⁴ A bíróságok tehát az összecszerűség meghatározásánál vannak tekintettel erre a körülményre. Kiindulópontnak ugyanis azt tekintjük, hogy a gyógyulási esély személyhez fűződő jog, amely megsértése esetén nem vagyoni kártérítés – sérelemdíj – alapja lehet. Abban pedig mára teljesen egységes az ítélkezési gyakorlat, hogy nem vagyoni kártérítés körében kármeosztásnak nincs helye, hiszen a felelősség oszthatatlan. A nem vagyoni kártérítés összecszerűsége körében kell értékelni azokat a tényeket, melyek a károsodáshoz vezettek, így azt, hogy abban a károsult betegsége is közrehatott, illetve az esély a gyógyulásra reális, nagyfokú, ámde teljes bizonyossággal nem állítható.

²³ Szegedi Ítéletalkotó Pf.III.20.107/2011/5.

²⁴ Eörsi Gyula: *A polgári jogi kártérítési felelősség kézikönyve*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1966. 135.

3. Bizonyítás

Ahogy a bevezetőben utaltunk rá, a bizonyítás területén nehézséget jelent, hogy a gyógyulási esély szinte sohasem mondható ki teljes bizonyossággal. Orvos-szakmai szempontból természettudományos bizonyossággal sohasem lehet állítani, hogy az időben történő kezelés, a helyes diagnózis felállítása esetén történő gyors, adekvát kezelés, vagy a betegnek az időben történő, magasabb szintű ellátást biztosító központba történő átszállítása esetén meggyógyult volna, vagy biztosan nagyobb esélye lett volna a gyógyulásra, életben maradásra. Éppen az említett bizonyítási nehézségek miatt kiemelkedő jelentősége van annak, hogy kit terhel a bizonyítatlanság következménye. A nem vitásan nagymértékű bizonyítási bizonytalanság a gyakorlatban azt eredményezte, hogy döntő jelentősége lett annak, hogy a bíróság kire osztja a bizonyítási kötelezettséget.²⁵ A károsultnak kell-e bizonyítania, hogy amennyiben az alperes nem mulaszt, illetve nem jár el jogellenesen, akkor megfelelő kezeléssel biztosan lett volna esélye a gyógyulásra, avagy az egészségügyi szolgáltatónak, a károkozónak kell-e bizonyítania, hogy az elvárható gondosság követelményének tanúsítása esetén volt-e esély az életben maradásra, gyógyulásra.

A gyógyulási esély értékelése során az ítélkezési gyakorlatban a bizonyítási teher területén mutatkozott a legnagyobb ellentmondásosság. Számos döntés született, amelyben a bíróság az okozatosság körében annak kétséget kizáró bizonyítását várta el a felperestől, hogy a kórház felróható tevékenysége, mulasztása nélkül biztosan meggyógyult volna a beteg.

A Legfelsőbb Bíróság a '90-es években az okozati összefüggés hiányára tekintettel utasította el a keresetet a következő ügyben. A felperes házastársa a lépcsőn megcsúszott, majd előre nekiesett egy kútnak, s a homlokát beütötte, pár percre elvesztette az eszméletét. Az alperes sebészeti ambulanciáján eljáró orvos röntgenfelvételt készített, mely elváltozást nem mutatott. Az orvos megállapítása szerint a felperes házastársa homlok táji hámlorzsoltást szenvedett el. Másnap a felperes házastársa fél oldalára lebénult, ezért kórházba szállították, ahol CT vizsgálatot végeztek. A vizsgálat nagy kiterjedésű roncsoló vérzést mutatott. A sérülten műtétet hajtottak végre, azonban a beteg pár napra rá meghalt. A boncolás keményburok alatti, lágy agyhártya alatti vérzést igazolt, amelyhez kiterjedt agyzúzódás és agysérülés is társult.

A Legfelsőbb Bíróság²⁶ osztotta a jogerős ítélet²⁷ álláspontját a tekintetben, hogy a késői kórházba való beutalás, vagyis hogy a néhajt nem tartották megfigyelés alatt, nem áll okozati összefüggésben a beteg halálával, mivel a betegnek olyan súlyos sérülései voltak, amely esetén a beteg életének megmentésére és az állapot befolyásolására gyakorlatilag nem volt lehetőség. Az esetleges helyes kórismézés, megfelelő megfigyelés, kezelés ellenére is bekövetkezett volna a halál. A szakértő ugyan a túlélés lehetőségét nem zárta ki, de a boncolás adatai alapján úgy nyilatkozott, hogy az

²⁵ HAVASI i. m. 393.

²⁶ Legfelsőbb Bíróság Pfv.III.22.358/1997/2.

²⁷ Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Bíróság 2.Pf.20.466/1997/4.

adott sérülésnél a túlélés gyakorlatilag lehetetlen. Helytálló tehát az a következtetés, hogy az adott esetben nem állapítható meg az okozati összefüggés.²⁸

Hasonló elvi álláspontra helyezkedett a legfőbb bírói fórum egy másik ügyben is. A rövid tényállás szerint a felperesek gyermeke a III. r. alperes Tüdőgondozó Intézetében tüdőszűrésen vett részt. A röntgenfelvételen a felső és középső gátor kiszélesedését észlelték, ezért kórházi kivizsgálást javasoltak. A kiskorú gyermek az I. r. alperes Belgyógyászati Osztályán vett részt kivizsgáláson, azonban a zárójelentést sem neki, sem a szüleinek nem küldték meg. A gyermek állapota két évvel később rosszabbodott, a nyirokszövetből kiinduló rosszindulatú daganatot állapítottak meg, a beteg végül pár hónap múlva meghalt.

Az elsőfokú bíróság²⁹ mindkét alperes vonatkozásában megállapította a felróható magatartást, mert a kiskorú beteg esetén a törvényes képviselőt nem tájékoztatták a beteg tényleges állapotáról és az elvégzendő vizsgálatok szükségességéről; ezek a mulasztások pedig közrehatottak abban, hogy a betegség felismerésére és a pontos diagnózis felállítására két évvel később került sor, és a beteg csak később kapta meg a megfelelő kezelést. A felperesek kárát a tartós tünetmentességre való esély meg nem adásában állapította meg.

A Legfelsőbb Bíróság, mint másodfokú bíróság azonban nem látta bizonyítottnak, hogy a tájékoztatás megtörténte esetén a pontos diagnózis biztosan megállapíthatóvá vált volna, a gyermek megfelelő terápiában részesülhetett volna, és ez tartós tünetmentességet – életének meghosszabbítását – eredményezte volna. A gyermek élettartamának meghosszabbítása csak feltételezhető; önmagában a tájékoztatás hiánya nem okozta a tartós tünetmentesség esélyének elvételt.³⁰

A Legfelsőbb Bíróság az adott esetben lényegében annak a bizonyítását várta el a felperesektől, hogy a tájékoztatás esetén biztosan pontos diagnózis született volna, és az ennek megfelelő kezelés biztosan meghosszabbította volna a beteg élettartamát. A bíróság miután felperesek állítását csupán feltételezésnek tekintette, az okozati összefüggés hiányára tekintettel utasította el a keresetet.

Hasonló bizonyítást várt el a bíróság a felperesektől a következő ügyben is. A beteg laparoszkópos epehólyag eltávolító műtétet végeztek. A műtét szövődményeként heveny hasnyálmirigy gyulladás alakult ki, melyet késve, illetőleg nem megfelelő módon kezeltek, ezért a beteg meghalt. Az elsőfokú bíróság³¹ arra az álláspontra helyezkedett, hogy az okozati összefüggés vizsgálatánál a bizonyítási kötelezettség a felpereseket terheli; e körben azonban eshetőleges megállapításoknak nem lehet

²⁸ Megjegyzendő, hogy az ítéleti tényállásból az tűnik ki, hogy ebben az esetben, amennyiben az alperesre telepítették volna a bizonyítást, nevezetesen, hogy az adott sérülésnél az időben történt kezelés ellenére sem lett volna esély az életben maradásra, az alperes minden bizonnyal sikeres kimentése folytán szintén nem lett volna helye a kártérítésre való kötelezésnek.

²⁹ Fővárosi Bíróság 6.P.21.334/1993/77.

³⁰ Legfelsőbb Bíróság Pf. III.21.928/1997/4.

³¹ Tolna Megyei Bíróság 16.P.20.156/2006/13.

helye. Az alperes ugyan felróható magatartást tanúsított: amennyiben ugyanis időben történt volna a műtét, illetve a kezelés hamarabb megkezdődött volna, valamivel nagyobb életben maradási esélyt nyújthatott volna a betegnek. Az esély százalékos mértéke ugyanakkor természettudományos módszerekkel nem adható meg. Az alperes kifogásolható késedelme ellenére nem tekinthető egyértelműen, ellentmondásmentesen vagy a bizonyossággal határos valószínűség szintjén bizonyítottnak az, hogy e késedelmes alperesi magatartások, és a felperesek hozzátartozójának halála között okozati összefüggés állna fenn.³²

Egy másik döntésben a felperes az ikerterhesség 30. hetében császármetszéssel hozta világra gyermekeit, mert a 29. heti ultrahangvizsgálat iker-iker transzfúzió szindrómát igazolt. Ennek következtében a gyermekeknél maradandó fogyatékos állapot alakult ki. A felperesek a keresetüket arra alapították, hogy amennyiben az alperes a szakmai protokollnak megfelelően sűrűbben végzett volna ultrahang vizsgálatot, akkor a szindróma felismerhető lett volna, és lehetőség nyílt volna a korábbi terápiás beavatkozásokra.

Az elsőfokú bíróság³³ a kereset elutasító ítéletében a felperesektől a teljes bizonyosságú esélynek a bizonyítását hiányolta. Rámutatott, hogy a felperesek az esélyt csak statisztikai adatokkal, elméleti lehetőségként tudták megfogalmazni, azonban az egészségesebb élethez vezető teljes bizonyosságú esély megvonása alapozta volna meg az alperes kártérítési felelősségét.³⁴

Az okozati összefüggés hiányára tekintettel utasította el a kereset a bíróság a következő ügyben is. A néhai a térdének fájdalmas duzzanata miatt kereste fel az alperes sebészeti klinikáját. Az orvos nagy mennyiségű ízületi folyadékot szívott le, azonban annak mikrobiológiai vizsgálatát nem tartotta szükségesnek elrendelni. Másnap a beteg továbbra is fájdalomra panaszkodott, ezért gipszet helyeztek fel. Két nap múlva ismét jelentkezett az alperesnél nagyon rossz egészségi állapotban, az orvos mélyvénás trombózist állapított meg, és az érsebészeti klinikára utalta, azonban a beteg a felvételt követő pár órán belül meghalt. Az elsőfokú bíróság³⁵ rámutatott arra, hogy az ízületi folyadék vizsgálatának elmulasztása súlyosan kifogásolható, azonban a gyors lefolyású fertőzés előrehaladását, a halálos eredmény bekövetkezését ez a vizsgálat valószínűleg nem akadályozhatta meg, ezért nem állapítható meg,

³² A Legfelsőbb Bíróság a Pfv.III.21.790/2007/3. számú közbenső ítéletében megállapította az alperes kártérítési felelősségét.

³³ Szolnoki Törvényszék 11.P.21.404/2010/21.

³⁴ A másodfokon eljáró Debreceni Ítéletábra a Pf.I.20.329/2012/11. számú ítéletében azonban, összhangban a Legfelsőbb Bíróság, illetőleg Kúria ítélkezési gyakorlatával, rámutatott arra, hogy a gyógyulásra való esély teljes bizonyossággal nem mondható ki, ám ha van orvosi hiba, mulasztás, akkor az alperes csak akkor mentesülhet a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy a tőle elvárható gondosság tanúsítása ellenére sem lett volna esély a gyermekek egészségkárosodásának elkerülésére. Az alperes azonban ezt nem tudta bizonyítani, hiszen az ikerterhességnél kívánatos 2-3 hetenkénti ultrahang vizsgálat elmaradt, holott megfelelő eljárás mellett a súlyos betegség diagnosztizálható lett volna.

³⁵ Baranya Megyei Bíróság 9.P.20.483/2004/60.

hogya a néhai halála az alperes jogellenes magatartásával okozati összefüggésben alakult ki.

A hivatkozott ítéletekben a bíróságok a felperesek bizonyítási körébe vonták az esély bizonyosságának a kérdését. Az említett esetekben a kártérítés megítélését az eredményezte volna, ha a felperesek azt tudták volna bizonyítani, hogy amennyiben a sérülésnek, betegségnek megfelelő kezelés időben megtörténik, a beteg bizonyosan meggyógyult volna. Az egészségügyi intézmény súlyosan felróható magatartása ugyan tetten érhető, valószínűsíthető volt az összefüggés a beteg károsodásával, de a kétséget kizáró bizonyítatlanság a károsult terhén maradt. Lényegében a természet-tudományos bizonyosság lehetetlen bizonyítása eredményezte azt, hogy a károsultak kárrendezés nélkül maradtak.

A 2000-es évektől azonban a bírósági gyakorlat jelentős változáson ment át a gyógyulási esély értékelésével kapcsolatban. A bírói gyakorlat értékelte, hogy az orvos részéről a súlyos hiba, mulasztás megállapítható, és a kártérítés jogintézményével védett jogtárgy jelentősége sem vitatható, ezért az okozati összefüggést fennállónak kell tekinteni, mert az orvosi hiba (jogellenes magatartás) nélkül az esély elvesztése, mint kár nem következett volna be.³⁶ Az időben megkezdett műtét, kezelés biztos sikere nem állítható, az azonban igen, hogy a műtét, kezelés elmaradása, késlekedése az életben maradás, gyógyulás minden esélyét véglegesen elvette.³⁷ Szakítva tehát a korábbi ítélkezési gyakorlattal, a kártérítési felelősség körében immáron a kimentés körébe tartozó kérdésként ítélték meg, hogy az elvárt gondosság tanúsítása esetén volt-e esély az életben maradásra, gyógyulásra. A bírói gyakorlat, értékelve, hogy a gyógyintézmény felróható magatartást tanúsított, hibázott, a károkozó kimentési körébe helyezte a bizonytalansági tényezőt.

A bizonyítási teher ilyen értelemben történő telepítése nem jelent bírói önkényesiséget, ugyanis, ahogy Eörsi utalt rá,³⁸ a Pp. 3. §-ának (3) bekezdésében és a 164. §-ának (1) bekezdésében megfogalmazott általános bizonyítási szabály a kártérítési felelősség területén csak részben érvényesül, ugyanis jogpolitikai megfontolások indokolhatják a bizonyítási teher – egyszerű vélelem felállításával – történő megfordítását. Ilyen jogpolitikai megfontolás alapja lehet, ha a felek között nagyfokú egyenlőtlenség van a bizonyítási lehetőségeik szempontjából.

Összegezve, a bírói gyakorlat szerint a gyógyulásra való esély teljes bizonyossággal nem mondható ki, azonban ha van orvosi hiba, az egészségügyi szolgáltató csak annak bizonyításával mentesülhet a felelősség alól, ha a hiba nélkül sem maradt volna esély a gyógyulásra, életben maradásra. A károsultak bizonyítási terhei nem vitásan egyszerűsödtek, míg az egészségügyi szolgáltatóknak nehezebb a kimentés, azonban van mentesülés a felelősség alól annak bizonyításával, hogy az elvárható gondosság tanúsítása esetén sem lett volna esély.

³⁶ HAVASI i. m. 393.

³⁷ Legfelsőbb Bíróság Pf.III.26.764/2000/7.

³⁸ EÖRSI i. m. 149.

Ennek megfelelően mára egységes a bírói gyakorlat a tekintetben, hogy amennyiben a felperesek bizonyítják, hogy a kórház kezelése során történt a halál, vagy az egészségkárosodás, jogi értelemben a kár okozása bizonyított. Mivel a beteg halála, mint nem kívánt eredmény bizonyosan ellentétes a közte és az egészségügyi szolgáltató között létrejött gyógyításra irányuló szerződés céljával, alappal állítható az a vélelem, hogy a ténylegesen bekövetkezett hátrány valamely kezelési hiba, mulasztás következménye.³⁹ Ennek megfelelően a kereset alátámasztására elegendő annak a károsult részéről történő bizonyítása, hogy az egészségkárosodás a gyógyintézet által végzett kezelés során következett be. A gyógyulási ill. életben maradási esély elvesztésének vizsgálata pedig nem az oksági, hanem a felróhatóság körébe tartozik, azt azonban nem önmagában kell vizsgálni. Az esély elvesztésénél a károkozót terhelő olyan, a gondos magatartás követelményét sértő magatartás vagy mulasztás értékelhető, amelynek van oksági kapcsolata az eredménnyel, a beteg halálával, vagy egészségkárosodásával.⁴⁰ A gyógyító–megelőző tevékenység során a vizsgálatnak a beteg minden panaszára ki kell terjednie. A beteget az adott lehetőségek között az orvostudomány mindenkori állásának, a beteg egyéni adottságainak, valamint betegsége szakának megfelelő gyógykezelésben kell részesíteni. Az orvosnak a legcélravezetőbb vizsgálati módszereket, gyógymódokat és gyógyító eszközöket kell alkalmaznia. Ebből következően az egészségügyi intézmény kimentése akkor sikeres, ha ezeket a kötelezettségeit a legnagyobb gondossággal és körültekintéssel elvégezte és ennek ellenére nem volt elhárítható a károsodás.⁴¹

A Legfelsőbb Bíróság a kimentés sikertelenségére tekintettel állapította meg az alperes felelősségét a következő ügyben. A felperes édesanyját otthonában heveny agyembólia (stroke) érte. Az alperes mentőegysége azonban a stroke alapos feltételezése ellenére nem olyan kórházba szállította a beteget, ahol a három órás időtartamra tekintettel lehetőség van a trombolízis elvégzésére. A bíróságok egyértelműen megállapították, hogy a mentőorvosnak fel kellett ismernie, hogy agyi történése volt a felperes édesanyjának, a stroke akut ellátás ügyeleti rendje pedig egyértelműen megmondja, hogy melyek azok az egészségügyi intézmények, amelyek a trombolízisre alkalmas betegetek ellátják. A trombolízis kimenetele, eredménye teljes bizonyossággal ugyan nem határozható meg, azonban a szakmai tapasztalat alapján a maradványállapotok kevésbé súlyosak, mint azokban az esetekben, amikor trombolízist nem végeztek. A perben bizonyított volt tehát, hogy az alperes hibájával okozati összefüggésben keletkezett a felperes kára, nevezetesen hogy nem a gyógyulásra legnagyobb esélyt adó intézménybe szállították, ezzel szemben azonban az alperes nem tudta magát kimenteni a felelősség alól.⁴²

³⁹ Debreceni Ítéltábla Pf.I.20.631/2011/4.

⁴⁰ Legfelsőbb Bíróság Pfv.III.20.190/2011/3.

⁴¹ Legfelsőbb Bíróság Pf.III.25.585/2000/5.

⁴² Pesti Központ Kerületi Bíróság 36.P.91.393/2004/22.; Fővárosi Bíróság 41.Pf.635.758/2006/7.; Legfelsőbb Bíróság Pfv.III.21.691/2007/6.

Abban az ügyben, amelyben a beteg meghalt, mert a műtét szövődményeként kialakult hasnyálmirigy gyulladást késve, illetve nem megfelelően kezelték, a Legfelsőbb Bíróság⁴³ közbenső ítéletében rámutatott arra, hogy a perben nem volt kétséges, hogy a felperesek hozzátartozójának halálát a műtét ismert szövődménye okozta. Ha az alperes orvosai e szövődmény felismerése és ellátása során a szakmai szabályokat betartva az elvárható gondossággal járnak el, és a beteg mégis meghal, az alperes kimentése sikeres. A kimentés körében ugyanis az a kérdés, hogy ha az alperesnél minden a beteg tényleges állapotának megfelelően történik, akkor volt-e esélye az életben maradásra. A kártérítési felelősség alól az alperesnek kell kimentenie magát, neki kell bizonyítania, hogy az elvárható gondosság, a szakmai és etikai szabályok, illetőleg irányelvek betartása ellenére nem volt esélye a betegnek a túlélésre.

A Pécsi Ítéletábla,⁴⁴ valamint a Győri Ítéletábla⁴⁵ a kialakult ítélkezési gyakorlattal összhangban állapította meg, hogy a felpereseknek az okozati összefüggés körében elegendő annak a bizonyítása, hogy a hozzátartozójuk halála az alperes kezelése során, illetve közvetlenül azt követően következett be.⁴⁶ Az esetleges bizonytalanság az alperes terhére esik, amelyet az alperes kimentése körében kell értékelni. Nevezetesen, hogy az ellátás a fokozott gondossági mércének megfelelt, a beteg halála ennek ellenére következett be, vagy a felróható magatartása hiányában is bekövetkezett volna a beteg halála.

A bizonyítási teher kérdésének a körében érdekes megállapításra jutott a Debreceni Ítéletábla az egyik ítéletében.⁴⁷ A szakmailag bizonyítási helyzetben lévő alperesnek kell bizonyítania, hogy felróható kezelési hiba, mulasztás nem történt, vagy a halál nem emiatt következett be, illetve attól függetlenül is bekövetkezett volna. A károsultnak ezért elegendő azt bizonyítania, hogy a hátrány a kezelés során következett be. Az okozatosság tekintetében a bizonyítási teher nem a felperesek oldalán van, hanem az alperest terheli annak bizonyítása, hogy az ő magatartása és a beteg halála között nem áll fenn az okozati összefüggés. Ennek pedig az a magyarázata, hogy a speciális szakszolgáltatást igénybevevő laikus fél ilyen nemhogy bizonyítani, de szakismeretek hiánya folytán felmérni, állítani sem tud.

Ez az érvelés látszólag ellentmondásban van a kártérítés dogmatikájával, azonban a gyakorlatban nem okoz ellentétes ítélkezést. Az okozatosságnak az alperesnél történő bizonyítása pedig a gyakorlatban annak bizonyítását jelenti, hogy az elvárhatóság mércéjének ugyan nem felelt meg a magatartása, de ha minden a beteg álla-

⁴³ Legfelsőbb Bíróság Pfv.III.21.790/2007/3.

⁴⁴ Pécsi Ítéletábla Pf.III.20.269/2007/9.

⁴⁵ Győri Ítéletábla Pf.III.20.127/2010/6.

⁴⁶ A Pécsi Ítéletábla a Pf.I.20.152/2010/8. számú ítéletében azonban „egy fokkal szigorúbb” bizonyítást várt el, amikor a felperesek részéről annak szakértői véleménnyel történő valószínűsítését várta, hogy a néhai felperes lábának megmentésére az alperesek késedelme, illetőleg mulasztása hiányában reális esély lett volna.

⁴⁷ Debreceni Ítéletábla Pf.I.20.631/2011/4.

potának megfelelően történt volna, akkor sem lett volna más eredmény. Ami volta-képpen azt jelenti, hogy a káros eredmény nem az alperes tevékenységével van összefüggésben.

Az adott ügyben a beteg műtétje következtében kialakult szövődményeket késve ismerték fel és a beteg meghalt, a korábbi felismerés hiánya nagy mértékben rontotta a beteg túlélési esélyeit. A Győri Ítéltábla⁴⁸ rámutatott arra, hogy a töretlen bírói gyakorlat szerint a kimentés körébe tartozik annak értékelése, hogy a betegség korábbi felismerése mit jelenthetett volna, azaz orvos-szakmai értelemben az, hogy a korábbi felismerés a gyógyulás esélyét javítja-e, vagy legalább csökkenti a visszamaradt egészségkárosodás mértékét. Ez pedig nem természettudományos bizonyosság, hanem csupán annak valószínűsítése, hogy a súlyos következmény elmaradására több lett volna az esély, ha a szükséges vizsgálatokat elvégzik, hamarabb kezdik el a kezelést. A késelelem pedig a felróhatóság körében értékelendő; akkor nem róható fel, ha e nélkül sem lett volna esély az életben maradásra.

Dósa Ágnes szerint⁴⁹ 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.

Véleményem szerint ennek megfelelően 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 esély 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.

A mára egységesnek mondható bírói gyakorlat ellenére a Szegedi Ítéltábla egy 2011-es ítéletében⁵⁰ ezzel ellentmondó megállapításra jutott. Az ítéltábla szerint a jogirodalom és a bírói gyakorlat nem egységes a tekintetben, hogy az esély elvesztésével, vagy csökkenésével kapcsolatos kérdéseknek az okozatosság vagy a kimentés körében van relevanciája. Álláspontja szerint a gyógyulási esély elvesztésének

⁴⁸ Győri Ítéltábla Pf.I.20.419/2008/5.

⁴⁹ DÓSA i. m. 163.

⁵⁰ Szegedi Ítéltábla Pf.III.20.107/2011/5.

oksági kapcsolatban kell állni az alperes magatartásával. Felelősséget ugyanis csak olyan magatartás, mulasztás keletkeztethet, amely adekvát oka a bekövetkezett hátránynak. Ennek megfelelően nem okszerűtlen az alperesi magatartás felróhatóságának akár az oksági összefüggés kérdéseivel egyidejű vizsgálata sem. Az adott esetben azonban véleménye szerint nem juthatunk más következtetésre akkor sem, ha a kimentés körében vizsgáljuk a kérdést. Mulasztás esetén ugyanis szintén vizsgálni kell, hogy az a tényállás szempontjából releváns-e, illetve, hogy ezzel összefüggésben áll-e a gyógyulási esély elvesztése. Így valójában bármelyik alapon közelítjük meg a kérdést, ugyanazon jogi problémára keressük a választ ellentétes megközelítéssel. Vizsgálhatjuk azt is, hogy az orvos magatartása vezetett-e a beteg túlélési esélyének csökkenéséhez, vagy vizsgálhatjuk azt is, hogy mennyi a valószínűsége annak, hogy a mulasztás okozta a beteg halálát, vagy csökkentette a beteg túlélési esélyét. Ez utóbbi esetben a bizonyítási kötelezettség teljesítése szempontjából adottnak vesszük az okozati összefüggést, azonban a releváns oksági kapcsolatot a felróhatóság tekintetében is vizsgáljuk. A konkrét perbeli esetben azonban az alperes akkor sem tudta volna magát kimenteni a felelősség alól, ha arra a kérdésre keressük a választ, hogy érdemben csökkentette-e az orvos a beteg túlélési esélyét.

Ez a fejtegetés álláspontom szerint azonban több szempontból is téves. Egyrésztől a bíróságok szervezetén belül a Kúria feladata az egységes bírói gyakorlat kialakítása különféle eszközökkel, amelyből következően gyakorlatot alakító szerepe és döntéseinek hatása van. Az említett kérdésben jelenleg már feloldódott minden esetleges eltérő ítélkezési gyakorlat, a Legfelsőbb Bíróság, később a Kúria iránymutató döntéseit az ítélőtáblák követik.

Annyiban helyesnek tartom az ítélőtábla fejtegetését, hogy az alperes magatartásának, mulasztásának oksági kapcsolatban kell lennie a kárral. Az okozati összefüggés vizsgálatának körében – az általános ítélkezési gyakorlatnak megfelelően – elegendő annak megállapítása, illetve a felperesek arra vonatkozó állítása, hogy az alperesnél folytatott kezelés során következett be az egészségkárosodás, halál. Jogi értelemben a kárt ilyen esetben bizonyítottnak kell tekinteni. A kimentés körében azt a kérdést teszi fel, hogy mennyi a valószínűsége annak, hogy a mulasztás csökkentette a túlélési esélyt, hogy az orvos érdemben csökkentette-e a beteg esélyét, azonban az alperesnek egész egyszerűen azt kell bizonyítania, hogy ha a diagnózis felállítása, illetve a kezelések, műtétek elvégzése a beteg mindenkori állapotának megfelelően a szakma szabályai szerint történt volna, a kár akkor is bekövetkezett volna.

Összegzés

A következő, összegzésnek szánt jogeset kapcsán tetten érhető, hogy a bíróságok egy tényállást három különböző módon közelítettek meg. A bizonyítási teher, illetőleg az esély mértékét eltérő módon értékelve, eltérő döntések születtek. Az ítélőtábla meggyőződése szerint a felperesek nem tudták bizonyítani a beteg gyógyulási esélyének sérelmét, ezért alaptalanak találta a kártérítési igényt, míg a Legfelsőbb Bíróság – ugyan hatályon kívül helyező végzést hozott – azonban, ha a korábbi ítéletek

ben kifejtett jogi érvelését vesszük alapul, és az alperes a megismételt eljárásban nem tudja kimenteni magát, a felperesek teljes kártérítésre jogosultak lesznek. Míg az elsőfokú bíróság „köztes megoldásként” olyan arányban állapította meg az alperes felelősségét, amely a gyógyulási esély valószínűsíthető mértékének megfelel. Így a keresetükben megjelölt kártérítési követelés 30 %-ára lesznek jogosultak.

A tényállás⁵¹ szerint a felperesek hozzátartozójának alhasi görcsei voltak, lázas lett, hányt, ezért éjszaka felkereste a háziorvosi ügyeletet, ahol vírusos fertőzést diagnosztizáltak. Az állapota nem javult, ezért hajnalban felkereste a háziorvosát, aki vakbélgyulladásra gyanakodott, és az alperest kórházba utalta be, ahova a kora reggeli órákban felvették. Az ügyeletes rezidens megvizsgálta, laborvizsgálatot rendelt el, majd az ügyeletének lejártakor távozott. A következő ügyeletes orvos ultrahangvizsgálatot végzett, amely csecsemőfejnyi rezisztenciát rögzített, a vakbélgyulladás gyanúját azonban kizárta. Tekintettel arra, hogy a beteg méhen belüli fogamzásgátló eszközt használt, az alperes nőgyógyászati osztályára rendelte átszállítani. A beteget kb. 2 óra elteltével vették át (addig a folyosón várakozott) a nőgyógyászati osztályra, ahol nőgyógyászati ultrahang vizsgálatot végeztek. Az orvos infúziót és fájdalomcsillapítót rendelt, majd a beteget az akkor éppen műtétet végző főorvos ellátásába rendelte. A főorvos a műtétek elvégzése, azok adminisztrációjának lebonyolítása és a nagyvizitet követően vizsgálta volna meg a beteget, aki akkora olyan állapotba került, hogy a vizsgálóba már nem lehetett bekísérni. A beteg folyamatosan romló állapota miatt sebészeti konzíliumot kért, amelyre azonban már nem került sor, a beteg délután meghalt. Igazságügyi szakértő végezte a boncolást, akinek előzetes véleménye szerint a halál oka heveny méhgyulladás és ennek következtében fellépő vérmérgezés. A kórszövetteni vizsgálatra levett minta azonban értékelhetetlen volt, valószínűleg a holttest nem megfelelő körülmények közötti tárolása miatt. A beteg halálának oka így megállapíthatatlan maradt.

Az elsőfokú bíróság⁵² a közbenső ítéletében 30%-os arányban állapította meg az alperes felelősségét. Indokolásában kifejtette, hogy a beteg ellátása a déli órákig megfelelő volt, azonban amikor a nőgyógyászati osztály átvette, akkor már kiderült, hogy gyulladáshoz vezető folyamat lehet a beteg állapotának hátterében, és adottak lettek volna a lehetőségek a széles spektrumú antibiotikumok kezelés megkezdésére, ez pedig a felperesek hozzátartozójának életben maradási esélyeit, ha valószínűsíthetően csak igen csekély mértékben, de javíthatta volna. Miután azonban a szakértői vélemény szerint nem állítható bizonyossággal, hogy az időben megkezdett kezelés a beteg halálát teljes bizonyossággal megakadályozta volna, csak igen kicsi a valószínűsége annak, hogy az életben maradási esélyei növekedtek volna, ezért az alperes 30 %-ban felel a néhai halálával okozati összefüggésben felmerült, felpereseknek okozott károkért.

⁵¹ A döntések könnyebb megértése érdekében a tényállást kicsit részletesebben ismertetem.

⁵² Bács-Kiskun Megyei Bíróság 16.P.21.300/2006/64.

A másodfokú bíróság⁵³ azonban nem találta megalapozottnak a keresetet. Az ítélet-tábla arra az álláspontra helyezkedett, hogy a pontos halálok ismeretének hiányában nem állapítható meg, hogy az antibiotikumos kezelés jó eséllyel, vagy legalább jogilag értékelhető minimális mértékben javította volna a beteg életben maradási esélyeit. A kezelés elmaradása így vagy nem releváns alperesi mulasztás, vagy ha az, akkor annak olyan csekély mértékű és igen kis mértékben valószínűsíthető hatása lehetett volna a néhai életkilátásaira, ami az adott tényállás mellett nem éri el az a szintet, ami mellett reális életben maradási esély megállapítására, és ebből következően a magatartással okozati összefüggésben álló esély-csökkenéssel érdemben számolni lehetne. Az ítélet-tábla álláspontja szerint az esély elvesztésének az okozati összefüggés körében van jelentősége, és a felróhatóság az oksági kapcsolat esetén vizsgálendő.

A Legfelsőbb Bíróság a jogerős ítéletet hatályon kívül helyezte és a másodfokú bíróságot új eljárásra és új határozat hozatalára utasította.⁵⁴ A Legfelsőbb Bíróság rámutatott arra, hogy az újabb eljárásban azt kell vizsgálni, hogy a kereset alapjául megjelölt okokból sérült-e az Eü.tv. 77. §-ának (3) bekezdésében előírt gondosság követelménye. Ha ugyanis ez megállapítható, és emiatt csökkent a beteg gyógyulási ill. életben maradási esélye – ami akár csekély is lehet, de reális, valóságos esélyt jelent –, akkor az alperes kártérítési felelősség alóli mentesülése nem jöhet szóba. A gyógyulási esély elvesztésének vizsgálata nem az oksági kapcsolat, hanem a felróhatóság körébe tartozik, de azt nem önmagában kell vizsgálni. Az esély elvesztésénél a károkozót terhelő, olyan, a gondos magatartás követelményét sértő magatartás vagy mulasztás értékelhető, amely oksági kapcsolatban van az eredménnyel, vagy adott esetben a beteg halálával. A Legfelsőbb Bíróság hangsúlyozta, hogy az esély elvesztésének a bizonyítása nem a felperesek kötelezettsége, azt pedig bizonyították, hogy a beteg halála az alperes kezelése során történt, jogi értelemben így a kár okozása bizonyított. A perben azonban az alperes kártérítési felelősség alóli kimentésénél a felperesek által felhozott valamennyi ok vizsgálata elmaradt.

Az a tény, hogy a halál oka pontosan nem állapítható meg, a perben annyiban bír jelentőséggel, hogy az alperes kimentési helyzetét nehezíti. A szakértők lényegében egyöntetűen azt nyilatkozták, hogy a halál olyan okból következett be, amilyen betegsége az elhunytak volt, és amellyel az alperes kezelte. Ezért ahhoz, hogy az alperes a kártérítési felelősség alól mentesüljön, azt kell bizonyítania, hogy a beteget gondosan, jól kezelte. A lényeges kérdés pedig az, hogy ha jól kezelik a beteget, az életben maradásra az esély valószínűsíthető-e. Ha az állapítható meg, hogy az orvosok gondos eljárása mellett lett volna olyan kezelés, amit ha időben elvégeznek, a betegnek lett volna esélye a gyógyulásra, akkor az alperes kártérítési felelőssége fennáll.⁵⁵

⁵³ Szegedi Ítélet-tábla Pf.III.20.418/2010/9.

⁵⁴ Legfelsőbb Bíróság Pfv.III.20.190/2011/3. A hatályon kívül helyező végzés indoka az volt, hogy a felperesek a kártérítési követelésük alapjaként az antibiotikumos kezelés elmaradása mellett, betegellátás terén megjelenő szervezési hiányosságokat, a beteg átszállításából eredő késedelmet és idővesztést jelölték meg, azonban a jogerős ítélet ez utóbbival érdemben nem foglalkozott. Így a bizonyítás kiegészítésére van szükség.

⁵⁵ A Legfelsőbb Bíróság rámutatott arra, hogy az újabb eljárásban értékelni kell, hogy a kora reggeli

A perben eljáró bíróságok a felperesek hozzátartozójának esélyét különböző módon értékelték. Az elsőfokú bíróság a szakértői vélemények alapján nem találta bizonyítotttnak, hogy ha a beteg a megfelelő ellátást idejében megkapja, akkor mindenképpen valószínűsíthető a gyógyulása. Az esély mértékét értékelve arra a meggyőződésre jutott, hogy a károkozó csak annyiban tartozik helytállni a bekövetkezett károsodásért, amennyi esélye lett volna a betegnek a túlélésre. Amennyiben a betegnek az alperes gondos magatartása esetén is csak kis esélye van a túlélésre, gyógyulásra, akkor az alperes kizárólag a valószínűség ezen mértékéig tartozik helytállni. Az elsőfokú bíróság álláspontja szerint ennek mértéke az orvosszakértői vélemények gondos mérlegelése alapján a bíróság megítélési körébe tartozik. Az adott esetben az elsőfokú bíróság – analógiát mutató Ptk. 340. §-ának (1) bekezdésében meghatározott kármegosztással – 30 %-ban határozta meg a felperesek hozzátartozójának gyógyulási esélyét.

A másodfokú bíróság, visszatérve a korábbi bírósági gyakorlatra, azt állapította meg, hogy az alperes mulasztása, illetve késedelme olyan kis mértékben javította volna a felperesek hozzátartozójának életben maradási esélyét, hogy az okozati összefüggés nem áll fenn. Az Ítélet tábla így nem találta bizonyítotttnak, hogy az alperes késedelmes kezelése javíthatta volna a néhai életkilátásait.

A Legfelsőbb Bíróság a hatályon kívül helyező végzésében azonban rámutatott arra, hogy az alperes a kezelés során orvosi hibát követett el, mulasztások terhelték, a beteg halála pedig a kezelése során következett be. Ennek eredményeként a kórház csak akkor mentesülhet a felelősség alól, ha a beteg halála a gondos eljárása ellenére is bekövetkezett volna. Ha lett volna olyan kezelés, amelynek elvégzése esetén esélye lett volna a betegnek, akkor az alperes felelőssége fennáll.

Ez az eset, ahogyan a korábban hivatkozottak is, jól mutatja, hogy a klasszikus kártérítési dogmatikai rendszer nem érvényesül maradéktalanul, ugyanis a kár–jogellenesség–okozati összefüggés–felróhatóság feltételei elkülönítve nem értékelhetők, a feltételek jelentős „vegyülése” tapasztalható. A bizonyítási teher nem választható szét tisztán; sok esetben a károsult a károkozó bizonyítási körébe tartozó tételeket bizonyít, néhol pedig egy feltétel bizonyítása maga után vonja egyéb feltétel bizonyítottságát is. Nevezetesen az orvosi kártérítési ügyekben a felperesek sok esetben az egészségügyi szolgáltató bizonyítási körébe tartozó felróhatóságot is bizonyítják azal, hogy a keresetük alátámasztására, magánszakértői véleményt csatolnak. A jog-

órákban a sürgősséggel beutalt betegnek a súlyos hasi panaszai ellenére nem sikerült megállapítani a panaszok eredetét, majd a laborleletek és az ultrahangvizsgálat eredménye ellenére érdemleges vizsgálat, kezelés nem történt, miközben a beteg hosszasan a folyosón várakozott és állapota egyre romlott. Antibiotikum adása elmaradt, a sebészeti konzíliumról és a műtétről való döntés is csak akkor született, amikor a beteg szervezete már alig működött. A Legfelsőbb Bíróság rámutatott arra, hogy jelentőséggel bír az a tény is, hogy a boncolást végző orvos szakértők a rendelkezésükre álló dokumentációból szükségesnek tartották a gyógykezelés és az orvosi ellátás részletes vizsgálatát. Itt valami hiányzik a mondatból. A városi ügyészség a halált okozó, foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés vétsége miatt indult nyomozást megszüntette ugyan, de rámutatott a betegellátás terén megmutatkozó szervezési, kapcsolattartási hiányosságokra.

ellenesség bizonyítása pedig magában foglalja a felróhatóság bizonyítását is: a szakmai szabályok be nem tartása esetén sérül az orvosokkal szemben támasztott gondosság követelménye, amellyel a felróhatóságuk bizonyított. Ennek megfelelően a bírói gyakorlat az „elméleti skatulyákat” kicsit háttérbe szorítva, a jogérzet, a tapasztalat, a józan ész és az igazságosság mentén alakította ki az orvosi kártérítési felelősség gyakorlati szabályait.

