

# JOGI FÓRUM PUBLIKÁCIÓ

## **Az orvosi műhibaperek bírósági gyakorlatának áttekintése, különös tekintettel a nem vagyoni kártérítésre**

A Fővárosi Bíróság, és az annak illetékességi területén működő helyi bíróságok  
ítélkezési gyakorlatáról

### **Bevezetés**

A bíróság joggyakorlatának elemzéséből megállapítható, hogy az elmúlt évtizedekben a Fővárosi Bíróság illetékességi területén folyamatosan nőtt az orvosi tevékenység gyakorlásával összefüggő kártérítési ügyek száma. Ennek oka több tényre vezethető vissza. Egyfelől az orvosi beavatkozások száma jelentősen megnövekedett, hiszen napjainkban már nem csak különös egészségügyi kockázat esetén kerül sor ilyen beavatkozásra, hanem például jelentős számban vetik alá magukat az emberek különféle szépészeti műtétnek is. Az egészségügyi intézmények száma és kapacitása is nőtt - ide értve az állami ellátórendszeren felül az utóbbi években elszaporodott magánintézeteket is -, a technikai fejlődés révén egyre több beavatkozást láthatnak el az orvosok, illetve a páciensek általában gyakrabban veszik igénybe az egészségügyi ellátórendszert olyan esetekben is, amelyek miatt néhány évtizede nem volt tipikus. A kártérítési perek számának növekedéséhez vezet továbbá az emberek alapvető szemléletváltása is, ami szerint az orvos véleményével, diagnózisával korábban nem szálltak szembe, azt nem vitatták, azonban az utóbbi időben a jogtudatosság fejlődése révén a helytelen eljárással szemben egyre gyakrabban kérnek ellenvéleményt, az orvos munkáját kritika éri, és a hiba esetén a kárigényüket érvényesíteni is kívánják. A jogszabályok alakulása is abba az irányba mutat, hogy az orvosok manapság nem pusztán a beteg gyógyításának módja felől döntenek, hanem a beteg állapotát felmérve a beteg elé tárják a megalapozott diagnózist, és felmutatják a gyógyulás lehetséges útjait, az egyes terápiák módjait, előnyeit és lehetséges szövődményeit. A gyógyítás menetéről való végső döntés nem az orvos, hanem a beteg döntése, azonban az orvos feladata, hogy a beteget a megfelelő tájékoztatással olyan helyzetbe hozza, hogy az minden körülményt figyelembe véve és mérlegelve tudjon a saját állapotáról és a szükséges beavatkozásról dönteni. Amennyiben az orvos a tájékoztatási kötelezettségét nem megfelelően teljesíti, adott esetben hasonló kártérítési kötelezettséggel járhat, mint egy hibásan elvégzett műtéti beavatkozás.

Jelen tanulmány a Fővárosi Bíróság illetékességi területén folytatott kártérítési ügyeket tekintve a 2006-2007. évben befejezett eljárásokban született ítéletek - esetleg rész-, vagy közbenső ítéletek - alapulvételeivel elemzi a bíróság gyakorlatát a bizonyítási teher, a kártérítés összegének alakulása, a kártérítés alapjául szolgáló orvosi hibák és mulasztások vonatkozásában. Az egyes ügyeknél feltüntetett évszám az eljárás megindítására való utalás, mivel a kártérítés összegének alakulása szempontjából igen fontos tényező a bekövetkezett káresemény időpontja, ebből következőleg az eljárás megindulása.

### A nem vagyoni kártérítések összegének alakulása

Az orvosi műhibaperekkel kapcsolatos nem vagyoni kár tekintetében az érvényesített követelések rendkívül széles skálán mozognak, hiszen ebben a körben számolják el a károsultak mindazon kárukat, melyet a vagyoni kártérítés körében érvényesíteni nem tudnak.

A nem vagyoni kárigény vonatkozásában kárként jelentkezik az egészségi állapotban jelentkező tényleges egészségromlás, de az orvosi tevékenységgel összefüggésben bekövetkezett beteg halála esetén a hozzátartozó érvényesíti a beteg elvesztésével kapcsolatban jelentkező nem vagyoni kár igényét. Ez a két nagy csoport, amelyet a nem vagyoni kár körében a felperesek érvényesítenek.

A nem vagyoni kár összegének megállapításánál figyelemmel van a bírói gyakorlat arra, hogy milyen életelnehezedés jelentkezik az adott jogellenes magatartással összefüggésben. Ezek lehetnek, fizikai-, lelki-, családi következmények. Fontos szempont az igényt érvényesítő életkora, hiszen egy fiatal korban jelentkező káresemény az élete jelentős részét befolyásolja, az idősebb korban pedig a már fennálló esetleges más megbetegedések miatt súlyosítja az életét. A Fővárosi Bíróság ítéletében különbséget tett, és magasabb összeget ítélt meg a fiatalabb, tehát a még útba nem indított gyermek számára, aki édesapja elvesztése után nem részesülhetett abban az apai, anyagi és egyéb támogatásban, mint amit korábban bátyja megkapott. Általánosnak mondható, hogy egyre többen szerepelnek nagykorú leszármazók is, mint felperesek, akik a szülők elvesztése miatt kártérítési igényt támasztanak.

A nem vagyoni kár összegének a megállapítását a károsult egyéni körülményei is befolyásolják, pl. a munkavégzés mértékének a megváltozása az adott káreseménnyel kapcsolatban, a jövőbeli életét befolyásoló körülmények. Kiemelt jelentőségű körülmény a munkaképesség-csökkenés, de nagy jelentőséggel bírnak az egyéb életkörülményekben bekövetkezett változások is, úgy mint a korábbi életvitel, életmód, vitalitás. A szülő elvesztése esetén értékelni kell annak a gyermek életvitelét és egyéniségét befolyásoló hatását.

Figyelemmel kell lenni a káresemény idejére, az akkor fennálló ár- és értékviszonyokra, és ezzel összefüggésben lehet értékelni az egyéni körülményeket.

Egyre sűrűbben kerül sor pszichológus, pszichiáter szakértő bevezetésére a felperesek kérelmére, alátámasztandó a nem vagyoni kárigényt. Kérdésként merülhet fel pl. egy súlyos károsodással született gyermek szülei esetében, hogy kisebb összegű nem vagyoni kártérítést kapjon-e esetleg az a szülő, aki nagyobb lelki erővel, stabilabb személyiség szerkezettel rendelkezik, ily módon „többet bír”, mint az, akit jobban megvisel egy esetleg kisebb súlyú fogyatékoság is.

Nyilvánvaló, hogy ha egy családtaggal történik bármilyen károsodás, az nem csak reá, hanem a szűkebb környezetére negatívan hat. Általánosnak mondható, hogy ilyen esetekben a felperesi oldalon a házastárs és a gyermekek is szerepelnek peres félként.

Tekintettel kell lenni a más hasonló ügyekben megállapított nem vagyoni kár mértékére is - összehasonlítva az egyéni körülményekkel -, ez azonban rendkívül nehéz feladat, hiszen az egyes ügyek - bár az alapvető jogviszonyt tekintve sok hasonlóságot mutatnak - a feltárandó egyéni körülményre figyelemmel nagy mértékben térhetnek el egymástól. Például amikor egy 1995. évi káreseménnyel kapcsolatban döntött a bíróság, a felperesek által megjelölt egy másik perben hozott döntést az ítélet indokolása szerint azért nem vehetett figyelembe, mert az két évvel később történt, és más jellegű egészségkárosodás került értékelésre, azaz nem összehasonlítható.

A fentiek alapján a nem vagyoni kárösszeg meghatározásánál jelentősége van annak a körülménynek, hogy a kártérítést érvényesítő felperes milyen megváltozott életkörülményeket tud bizonyítani, azaz a speciális, felperesre jellemző körülményeket mérlegeli a bíróság, ugyanakkor befolyásolja az értéket a másik oldalon, a más, hasonló perekben már jogerősen megállapított nem vagyoni kár összege. Ez az a két fő körülmény, amelyet a nem vagyoni kár meghatározásánál figyelembe kell venni.

A Budai Központi Kerületi Bíróság gyakorlata szerint az eltérő összegek megállapítására kihathat az a körülmény is, hogy miben áll az alperesi mulasztás. Ha kizárólag a beleegyező nyilatkozat nem került kitöltésre, vagy annak kitöltése hiányos volt, azonban az orvos szakmai hibát nem követett el, a megítélt kártérítés is alacsonyabb összegű. Orvosi szakmai hiba esetén a kártérítés összegére befolyással bír a jogellenes magatartás mibenléte, pl.: téves diagnózis felállítása, hiba, vagy mulasztás a műtéti, illetve orvosi beavatkozás során, a szövődmények, illetve kockázatok fel nem ismerése és nem megfelelő kezelése.

Az elmondottak szerint, a jogerősen megállapított nem vagyoni kártérítési összegek - a legváltozatosabb egyéni körülményekre is tekintettel - a vizsgált időszakban is széles skálán mozognak. A legmagasabb nem vagyoni kár összege 12.000.000.-Ft, a legkisebb 200.000.-Ft.

Maradandó beszédzavar miatt 1 millió Ft nem vagyoni kártérítés került megítélésre annak az ügyvédnek, akit a mentőszolgálat nem a megfelelő gyógyintézetbe szállított be (PKKB 2004.). Annak a betegnek, akinek nem a megfelelő epevezetékét vágta el az operátorok, melynek következtében több további műtétet is kellett rajta végezni, a bíróság 3 millió Ft nem vagyoni kártérítést állapított meg (PKKB 2000.). A hasüregben felejtett törülköző és ennek következményei miatt a bíróság 7 millió Ft nem vagyoni kártérítést ítélt meg (PKKB 2001.).

**A gyógyulási esély csökkenése, illetőleg elvesztése mint kár**

A kártérítési felelősséget megállapító ítéletek nagy része azon alapul, hogy az alperesi kórház elmulasztott olyan vizsgálatot elvégezni, amely elvégzése esetén több ismerete lett volna az adott betegségről, egészségi állapotról, a vizsgálat hiányában nem zárta ki, vagy nem erősítette meg a megfelelő diagnózist, és ezzel egyben a gyógyulási esély csökkenését, vagy elvesztését eredményezte. Az alperesi oldalon történő azon védekezés, hogy amennyiben el is végezte volna a vizsgálatokat, akkor sem került volna sor más gyógykezelésre, vagy nem került volna más állapotba a beteg, nem fogadható el, mert az adott vizsgálatok mulasztása az, amely az Eü. törvényben meghatározott legnagyobb gondosság szabályának a megsértését jelenti, és a perben az már nem kerülhet vizsgálatra, hogy egyébként mi történhetett volna.

A gyógyulási esély csökkenését, illetve elvesztését mint kárt a nem vagyoni kár összegszerűsége körében kell értékelni. Ez, mint kártérítési felelősséget megalapozó körülmény a kár nagyságának bizonyítása körében a felperes bizonyítási kötelezettsége körében jelentkezik. (BKKB 2000,2001)

Nem állapította meg a bíróság az alperes felelősségét, amikor a bölcsőhalállal kapcsolatos kárigényüket érvényesítették a szülők. A felperesek arra hivatkoztak, hogy a hasrafektetéssel a gyermek életben maradásnak az 50 % esélyét vette el az alperes. (Fővárosi Bíróság 2005). A szakértői bizonyítás alapján a bíróság azt állapította meg, hogy önmagában a hasra fektetés nem oka a SIDS-nek, a tartós folyamatos hason fektetés a több rizikófaktor egyike. Az újszülött élettani paraméterei az intenzív újszülött osztályon történő megfigyelését nem tették indokolttá, a szükségesnek tartott folyamatos megfigyelés gyakori ránézést igényelt, amelynek az újszülötteket gondozó nővér akkor is eleget tudott tenni, ha közben másik újszülöttel kapcsolatos feladatokat végzett. Az újszülöttek oldalfektetése az alperesi kórházban nem volt gyakorlat, ezért a felperesek által előnyösebbnek tartott testhelyzet mellőzése sem értékelhető az alperes terhére, mert a váratlanul bekövetkező bölcsőhalál kivédésére ez a fektetési mód sem nyújt teljes biztonságot.

A Fővárosi Bíróság a közbenső ítéletében a kórház felelősségét állapította meg azért, mert az orvos a kezelése során nem tanúsította a legnagyobb gondosságot. Az alperes orvosai nem tájékoztatták megfelelően a beteget betegsége mibenlétéről és a lehetséges kezelésekről. Az alperesnek a nála meglévő feltételek hiányáról is tájékoztatnia kellett volna a beteget, mivel az időben elvégzett invazív beavatkozás a beteg életesélyeit növelhette volna.

A polgári kártérítési jog területén megállapítható, hogy miután orvosilag nincs kétségmentes megállapíthatóság, ezért a jogi bizonyítottság is ezen az alacsony szinten értékelendő, és elegendő a kizárható, valamint valószínűsíthető okok bírói mérlegelése a Pp. 206.§ alapján. Az adott perben a fentiek alapján megállapítható volt, hogy a beteg túlélési esélyei csökkentek azáltal, hogy nem volt lehetőség az invazív beavatkozásra, az ellenben nem volt bizonyított az alperes által, hogy a beteg mindenképpen meghalt volna a jelentkező szívizom elhalásban.

A mentőszolgálat felróhatóságát megalapozta, hogy nem a legnagyobb gondossággal és körültekintéssel járt el a beteg kórházba szállítása során, melynek következtében a beteg gyógyulási esélyét csökkentette, illetve elvette (PKKB 2003., 2004.). Abban az esetben viszont, amikor a beteg még kórházi körülmények között is bizonyítottan elhunyt volna, a bíróság a mentőszolgálat felelősségét nem állapította meg (PKKB 2001.). Nem állapította meg a bíróság azt, hogy a gyógyulási esély csökkenése az alperes által végzett műtét eredménye lett volna, mivel a daganat a műtét elvégzése nélkül is az ideg sérüléséhez vezetett volna (PKKB 2005.).

### **Az orvosi gyógyító tevékenység kockázata, az annak során kialakuló szövődmény**

A bíróság az orvosi gyógyító tevékenység kockázatát, illetőleg az annak során kialakuló szövődményt szakértő bevonásával határolja el. Amennyiben a felperesnél (hozzátartozójánál) bekövetkezett kárt az igazságügyi orvosszakértő az orvosi beavatkozással együtt járó kockázatnak, vagy a betegséggel, illetve operációval nagy gyakorisággal együtt járó szövődménynek minősíti, az alperesi oldalon jogellenesség és felróhatóság nem állapítható meg, így kártérítésnek sincs helye. A lehetséges kockázatokról és különösen a szövődményekről a beteget az invazív beavatkozások előtt részletesen tájékoztatni kell, ezeket az írásbeli beleegyező nyilatkozaton is fel kell tüntetni. Amennyiben erre nem került sor, illetve az alperes ezt nem tudja bizonyítani, kártérítésnek van helye. Ez azonban a megfelelő tájékoztatás hiányára és nem a kockázat, illetve a szövődmény miatt bekövetkezett kárra vezethető vissza.

Az orvosi beavatkozások kockázatairól, az esetleges szövődményekről a beteget a beavatkozást megelőzően az Eü. tv.-ben meghatározott módon kell tájékoztatni. Amennyiben a tájékoztatás megfelelő volt, önmagában a szövődmény bekövetkezése nem alapozhatja meg a kártérítési felelősséget. Amennyiben a tájékoztatás nem a törvény szerinti módon történt meg, abban az esetben kerülhet sor az alperes marasztalására, feltéve, hogy egyébként a felelősség alól nem tudja magát kimenteni. (BKKB 2002., 2001., 2000.)

A törvényben megjelölt tájékoztatás célja, hogy a betegnek ismerete legyen a betegségről, valós információi legyenek a várható gyógykezelésről, a kezelés következtében kialakulható, egészségi állapotát érintő változásokról. Az orvos által szolgáltatott információknak az a feladata, hogy előkészítse, és elősegítse a beteg gyógykezelését. A gyógykezelés teljes terjedelme alatt a beteggel minden információt közölni kell, ami a terápiával való együttműködést elősegíti, mert ezek az információk arra is szolgálnak, hogy a beteget megvédjék további károsodásoktól, de egyben biztosítják a beteg számára, hogy a megfelelő ismeretek alapján döntsön a felajánlott kezelések igénybevételéről.

Amennyiben az orvos nem ad tájékoztatást arról, hogy milyen kezelési módok vannak a felperes betegségével kapcsolatban, hogy az egyes kezelési módoknak milyen szövődményei lehetnek, a

károsultat megfosztja attól, hogy a kezelés kezdetétől a tényleges egészségügyi adatok ismeretében legyen a betegségről, az adott kezelés szövődményeiről, és ilyenkor nincs abban a helyzetben, hogy válasszon az egyes kezelések között, nem kerül döntési lehetőségbe, hogy ismerve az adott kezelés szövődményeit, azt felvállalja, vagy nemlegesen döntsön arról. (Fővárosi Bíróság 2002.-es ügyszámú ügy, amikor a szteroid kezelést anélkül kapta meg a fiataikorú felperes, hogy tájékoztatták volna arról, hogy lehetőség van más, konzervatív kezelésre, és nem kapott tájékoztatást arról, hogy a gyógyszer szteroid hatóanyag tartalmú, nem tájékoztatta arról, hogy a szteroid szedését követően később milyen szövődmények merülhetnek fel, így nem beszélt arról, hogy a csonttal kapcsolatosan szövődmény jelentkezhetsz).

Korábbi ügyben (2003.) a felperesnél 1999.március 11-én hallásjavító műtétet végeztek, a nyilatkozaton szerepel, hogy részletes és érthető orvosi tájékoztatást kapott arról, hogy milyen műtétet javasol az orvos, hogy a beavatkozásnak lehet bizonyos szövődménye a leggondosabb ténykedés esetén is, a nyilatkozatban azonban nem szerepel annak feltüntetése, hogy a felperesen milyen műtéti beavatkozást végez el az alperes, de nem szerepel annak felsorolása sem, hogy a műtéti beavatkozásnak milyen szövődménye lehet, így az sem került megjelölésre, hogy előfordulhat teljes hallásromlás és egyensúlyzavar. A felperesnél ismeretlen eredetű, gyors lefolyású, gyógyszeres terápiával feltartóztathatatlan belsőfül szövődmény keletkezett, amely a szokványos műtéti kockázat körébe tartozik.

A bíróság nem fogadta el az alperes által előre legépett, nem személyre szóló nyomtatványát megfelelő, az Eü. tv-ben előírt megfelelő tájékoztatásnak a felperes betegségével, a műtéti beavatkozással és annak szövődményeivel kapcsolatban. A beteg megfelelő tájékoztatásának megtörténtét az alperesnek kell bizonyítani: nem fogadható el megfelelő tájékoztatásnak az olyan nyomtatvány, amelyből nem derül ki, hogy ténylegesen miről tájékoztatták a beteget. Annak általános megjelölése, hogy részletes és érthető tájékoztatást kapott a beteg, nem felel meg az Eü. tv. jogszabályi rendelkezésének, mert ehhez legalább meg kellett volna jelölni a tervezett műtétet és felsorolni azokat a szövődményeket és változásokat, amelyekről tájékoztatták a beteget. Ilyen nyomtatvány csak azt igazolja, hogy a beteget arról tájékoztatták, hogy az alperesi kórházban műtétet végeznek a betegen, ennek alapján a műtéthez hozzájárult, azonban az ilyen írásbeli nyilatkozat nem igazolja a megfelelő tájékoztatást, mert nem állapítható meg, hogy pontosan miről tájékoztatta az orvos a beteget. Annak utólagos magyarázata, hogy minden, a perbeli műtét szövődményeként felmerülő következményekről megtörtént a tájékoztatás a műtét előtt, azért nem fogadható el, mert a beteg nem tudhatja a megfelelő tájékoztatás hiányában, hogy mi az a szövődmény, és ha az írásbeli nyilatkozaton ezek részletesen nem kerültek feltüntetésre, a felperesi állítással szemben a megfelelő tájékoztatást állító alperesnek kell bizonyítani ezen állítását.

Ebben az esetben a bíróságnak az volt az álláspontja, hogy az alperes nem adta meg a megfelelő tájékoztatást a felperes számára, mert nem volt ismerete a felperesnek arról, hogy milyen kockázata lehet a műtéti beavatkozásnak, azaz, hogy megsüketülhet, és súlyos egyensúlyzavar

alakulhat ki nála, amely egyben az egész korábbi életvitelének megváltozását eredményezi.

Amennyiben vita merül fel a megfelelő tájékoztatásról, az orvos, vagy/és az ápoló tanúkenti meghallgatását indítványozza az alperes, a tanúk azonban csak általánosságban tudnak nyilatkozni, azaz olyan nyilatkozatot tesznek, hogy ilyen esetben mit szoktak elmondani, azaz nem emlékeznek arra, hogy a perbeli esetben ténylegesen mi hangzott el, így a tanú vallomása a felperes állításával szemben nem alkalmas az alperesi állítás bizonyítására.

Amennyiben részletesen fel vannak sorolva a tájékoztatóban - a kórháznaknál ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a nyomtatványon kihagyják a tényleges betegségre vonatkozó részt, amit kézzel, a beteg tájékoztatása során töltenek ki - a beavatkozással járható szövődmények, és amennyiben a részletes tájékoztatást tartalmazó nyomtatványon a felperes aláírása szerepel, azaz rajta van szövődmény megjelölése, a beteg aláírására figyelemmel a betegnek kell bizonyítania azon állítását, hogy az aláírásakor nem kapott tájékoztatást, vagy nem szerepelt az általa aláírt nyomtatványon a szövődmény. A betegek gyakran hivatkoznak arra, hogy nem olvasták el az általuk aláírt ilyen részletes tartalmú hozzájáruló nyilatkozatot, ez a felperesek terhére eső körülmény.

Egy másik korábbi ügyben (Fővárosi Bíróság, 2004.) a bíróság megállapította, hogy a felperes beleegyezését adta a műtéthez, tájékoztatta az alperes orvosa a felperest arról, hogy a műtét során (bal oldali conchotomia) a bal alsó orrkagyló kb. 2/3-ának reszekciója történik, az orr nyálkahártya állapotától függően. 1993-ban történt a műtét, a felperes csak 1998-ban írt levelében kifogásolta az alperes eljárást és hivatkozott arra, hogy nem megfelelő tájékoztatást kapott. A perben sor került az orvos meghallgatására, aki tanú vallomásában előadta, hogy részletes tájékoztatást adott a felperes számára a műtéttel kapcsolatban, elmondta, hogy az orr részéből levágásra kerül sor, és a nyálkahártya állapotától függ, hogy mekkora a vágás. A felperes a tanú vallomásával szemben úgy nyilatkozott, hogy nem kapott semmiféle tájékoztatást az orvostól. A bíróság megállapította, hogy hosszabb idő telt el az alperesi műtéti beavatkozást követően, a felperes egy 1998-as levélben maga is elismerte, hogy orvosi rábeszélésre történt és 1996-tól nem kereste fel a kórházat, a kártérítési pert csak 2002-ben indította meg, a műtéti beavatkozással kapcsolatos kereseti kérelmét csak 2004. évben terjesztette elő. Az idő múlásával kapcsolatos bizonyítatlanságot a felperes terhére értékelte a bíróság, s az a körülmény, hogy 1995-ben ismét visszament az első műtét után az alpereshez, amikor sor került egy újabb műtétre, azt támasztja alá, hogy az újabb műtéti beavatkozásra nem került volna sor, ha a felperes sérelmezte volna az alperes 1993-as műtéti beavatkozással kapcsolatos eljárását.

Elutasította a bíróság a felperes kereseti kérelmét, amikor az 2001-es pajzsmirigy műtétjével kapcsolatos tájékoztatással kapcsolatos mulasztásokra hivatkozott (Fővárosi Bíróság 2004.). A felperesnél a pajzsmirigy műtétet követően átmeneti hangszalagbénulás és ún. Horner szindróma alakult ki, azaz sötétben, félhomályban a bal pupilla jobban megtágul, mint a jobb. Megállapításra került, hogy a pajzsmirigy műtétek szokásos műtéti kockázatainak nem része a Horner szindróma

előfordulása, azonban a nyaki szimpatikus plexus esetleges rendellenessége lefutása esetén a szimpatikus köteg károsodhat, és Horner szindrómának megfelelő elváltozás alakulhat ki. Megállapította a bíróság, hogy a felperes kapott tájékoztatást a műtét előtt a lehetséges kockázatról, kapott tájékoztatást a műtéti szövődményként fellépő hangszalag bénulásról, ennek ismeretében írta alá a beleegyező nyilatkozatot, ennek ismeretében vállalta a műtéti beavatkozást.

A műtéti kockázatok körét azért kell tudnia a betegnek, mert az elvégzett műtét természetéből következően járhat azzal a következménnyel, hogy a hibátlanul elvégzett műtétnél is felmerülhet a tájékoztatásban szereplő műtéti következmény, jelen esetben a hangszalagbénulás. A műtéti kockázat azt jelenti, hogy a legnagyobb gondossággal elvégzett beavatkozás esetén is előfordulhat a tájékoztatásban szereplő szövődmény, és ha a felperes a megfelelő tájékoztatás után, ennek ismeretében hozzájárul a műtétnek, a felsorolt műtéti kockázat bekövetkezése esetén, ennek okozásáért az alperes kártérítési felelőssége nem állapítható meg.

A beteg beleegyezésének egyik jelentős jogi következménye, hogy a kórház mentesíti az olyan felelősségtől, amely a tudomány mindenkori állására tekintettel a rendes műtéti kockázat körébe tartozó esemény bekövetkezésekor a beleegyezés hiányában fennállhatna. A beleegyezés tehát azt is jelenti, hogy a beteg az orvosi tájékoztatásban foglalt, a rendes műtéti kockázat körébe eső, lehetséges káros következményt, a beavatkozás várható előnyeit és kockázatát mérlegelve megismeri és tudomásul veszi, és ezek birtokában tud dönteni arról, hogy a lehetséges kockázatokat vállalva veti alá magát a műtét elvégzésének.

A Horner triász vonatkozásában azt kellett vizsgálnia a bíróságnak, hogy ez a perbeli műtéti kockázat körébe tartozik, ennek következtében alakult ki. Olyan szövődményről, amely az adott betegség, műtét vonatkozásában nem ismert az orvos számára, nem tud tájékoztatást adni a beteg számára és ez mulasztásként nem is értékelhető a kezelést végző orvos számára. Ezzel kapcsolatban azt kell vizsgálni, hogy egy műtét vonatkozásában mi az a szokásos, az orvosi szakma által ismert, kockázat kör, amely a tudomány akkori állására a gyógyító orvos számára ismert kell, hogy legyen, és amely a gyakorlatban a műtétekkel kapcsolatban előfordul. A szokásos műtéti kockázat körébe azonban a már ismert kockázatok tartozhatnak bele, amely egyben azt jelenti, hogy nagyobb gyakorisággal fordulnak elő. A bírói gyakorlat által ismert ETT vélemény megállapítása szerint 5-20 %-os gyakorisággal a műtéti kockázat körében fellépő szövődmény olyan, amely a műtéttel általában együtt járó következménynek tekintendő, amelyről a beteget az Eü. tv. rendelkezései szerint tájékoztatni kell, mert különben nem kerül olyan információk birtokába, amely alapján megalapozottan eldöntheti, hogy hozzájárul a műtétnek. Olyan következményről tájékoztatást adni, amelynek az előfordulási esélye igen alacsony - a perbeli esetben a szakértő még a százalékos arányát sem tudta megjelölni az előfordulásnak - nem indokolt, épp a ritka előfordulási esély miatt és ennek elmulasztása nem róható a kórház terhére.

A császármetszéssel egyidejűleg végzett művi meddővé tételt követően bekövetkezett terhesség

ugyan a műtéti kockázat körébe tartozik, azonban erről a beteg nem kapott megfelelő tájékoztatást (PKKB 2004.). A terhességmegszakítás egyik lehetséges szövődménye lehet, hogy a terhesség a gondosan elvégzett műtét ellenére sem szakad meg, ez azonban a műtéti kockázat körébe tartozik (PKKB 2002.). Nem a műtéti kockázat körébe tartozott, hanem az orvos hibája következtében alakult ki maradandó egészségkárosodás a tévesen elvágott epevezeték, illetve a rosszul levezetett szülés miatt (PKKB 2000., 1997.). Egy ítélet szerint a műtét szövődményeként kialakult problémákra is figyelemmel feltehetően a beteg nem ragaszkodott volna a kötényhas hasplasztikájához a következményekre is kiterjedő megfelelő tájékoztatás esetén (PKKB 1996.). Egy másik ügyben a bíróság megállapította, hogy az aszimmetrikus mellek és a műtét utáni hegek a plasztikai mellműtét szövődményei, az orvosok a szakmai szabályok megtartásával jártak el (PKKB 2005.).

### **A beteg tájékoztatáshoz való joga és önrendelkezési jogának megsértése , a tájékoztatás megfelelősége és egyéniesítése**

A beteg orvosi beavatkozásba való beleegyezését a bíróság akkor tekinti megfelelőnek, jogi értelemben joghatályosnak, ha a beteg az invazív beavatkozást megelőzően írásban, vagy ha erre képtelen, két tanú együttes jelenlétében szóban nyilatkozatot tett. (Eü. tv. 15.§ (5)). A megfelelő tájékoztatáshoz való jog megsértése automatikusan maga után vonja a kártérítési felelősség és a nem vagyoni kártérítés megállapítását. A kártérítés mértékének megállapításánál különbséget kell tenni, hogy egyáltalán nem került sor beleegyező nyilatkozta kitöltésére, vagy kitöltötték azt, a beteg aláírta, azonban az abban foglalt tájékoztatás nem teljes körű. Ezen túlmenően valamennyi körülményt vizsgálni kell, így a betegség súlyosságát, a beavatkozás jellegét, továbbá azt, hogy milyen gyakorisággal, milyen súlyosságú szövődmények kialakulása lehetséges. (Budai Központi Kerületi Bíróság gyakorlata).

A tájékoztatás megtörténtének és annak mélységének elsősorban az orvosi dokumentációból kell kiderülnie. Természetesen módja van az alperesnek arra, hogy tanúbizonyítás keretében bizonyíthassa a tájékoztatás egyéniesítését, illetve azt, hogy pontosan miről tájékoztatta a kezelőorvos a beteget. (BKKB 2002.)

A beteg tájékoztatását jogi értelemben csak akkor lehet joghatályosnak tekinteni, ha annak egyéniesítése megfelelően megtörtént az eset összes körülményeinek (beteg képzettsége, állapota, a beavatkozás szükségessége, az elérhető előnyök és a kockázat mértéke) figyelembevételével. A formanyomtatvány aláíratatása nem mentesíti a kórházat, hogy megfelelően igazolja, hogy a szükséges, egyénre vonatkozó tájékoztatást megadta. A tájékoztatásnak teljes körűnek kell lennie, a szövődményekről, az esetleges további kockázatokról a beteg által érthető módon megfelelő felvilágosítást kell adni. Csak ilyen tájékoztatás megadásával érvényesülhet a beteg önrendelkezési joga.

A kórháznaknál már mindenütt alkalmazzák a beleegyező nyilatkozatokat, ahol a tájékoztatás

részletezettsége általában egy oldaltól három oldalig terjed. Feltehető, hogy a gyakorlatban ezeket teljes elmélyedéssel csak kevés beteg tekinti át. Felmerül néha problémaként, hogy az életmentő beavatkozást követően állnak elő a szövődmények, életmentő beavatkozás esetén pedig nem szükséges a beleegyező nyilatkozat.

A felróhatóság vélelmezésében a bíróság számára a gyakran feloldhatatlan szakértői ellentmondások a kockázat és a szövődmény fogalmak eltérő értelmezéséből származnak. A szakértői felfogás szerint valamely orvosi beavatkozás kockázatát úgy lehet meghatározni, hogy az magában foglalja mindazon nem kívánatos, a műtét céljával ellentétes, ámde lehetséges következményeket, amelyek közül a beteg halála a legsúlyosabb. A kockázat tehát a lehetséges szövődmények halmaza.

Amennyiben igazolható, hogy a szövődmény az orvos által tanúsított legnagyobb elvárható gondosság és körültekintés ellenére lépett fel, a szövődményt elháríthatatlan szövődmenyként kell értékelni, és ez esetben a felróhatóság nem állapítható meg. Ha a bekövetkezett szövődmény a szakértői megítélés szerint nagyobb valószínűséggel elhárítható lett volna, akkor a felróható orvosi magatartás véleményezhető. A felelősség alóli mentesüléshez a műteti kockázatra történő hivatkozás csak akkor fogadható el, ha bizonyítható, hogy a reális kockázat és következményeinek elhárítására, mellőzésére minden elvárható intézkedés megtörtént.

Egy korábbi ügyben (Fővárosi Bíróság, 2001.) a felperesnek a nőgyógyász - mivel elmaradt a beteg menstruációja - gyógyszereket írt fel, azonban nem tájékoztatta a felperest azok a mellékhatásairól. A felperesnek emiatt nem volt tudomása arról, hogy a terhesség alatt szedett teratogén gyógyszerek - a hormon terápia miatt - a velőcső záródási rendellenesség többtényezős kórereditében, mint provokáló tényező szerepelhetnek, részoki okozatként fejlődési rendellenességet okozhat. A felperes a gyógyszerek felírásakor és szedése idején terhes volt és az alperesi mulasztás miatt nem került abba a helyzetbe, hogy eldöntse, hogy ilyen feltételek mellett is vállalja a terhességet, vagy a terhesség megszakítása mellett dönt. Magzati fejlődési rendellenesség alakult ki a magzatoknál.

A tájékoztatás akkor megfelelő, ha a beteg számára kiderül, hogy milyen beavatkozásra miért kerül sor, ennek elmaradása mit jelent a számára, van-e más mód - pl. műteti beavatkozás helyett konzervatív kezelés, mi az egyik, mi a másik előnye, hátránya - a kezelésre, a gyógyulásra, milyen következménnyel jár az egészségi állapota számára, ha sor kerül a beavatkozásra.

Egy korábbi ügyben (Fővárosi Bíróság, 1995.) az 1935-ben született felperesnél azt állapították meg, hogy rákmegelőző állapotban van és ezért „indokolt a szeméremtest bőrének felületes eltávolítása”. A műtét során a csiklót és a kisajkakat eltávolították. A bíróság azt állapította meg, hogy a felperesnél - életkora és laikussága miatt is - nem volt megfelelő az a tájékoztatás, amikor ilyen tartalmú tájékoztatást kap a műtétről. Nem várható el, egy nem orvosi képzettséggel rendelkező személytől, hogy pontosan beazonosítsa, hogy a „felületes eltávolítás” és a „szeméremtest bőrének az eltávolítása” fogalmakat. A szükséges felvilágosítás az lett volna, ha az alperes orvosai pontosan

meghatározzák a részére, hogy a műtét csonkoló műtétet jelent, amely során milyen vágásokra kerül sor, és a műtét eredményeként milyen állapotba kerül a beteg.

Önmagában az a körülmény, hogy a felperes nem kérdezett rá az alperes orvosától arra, hogy a műtét során mit fognak csinálni, nem volt egyéb kérdése, nem azt jelenti, hogy a felperes megértette az alperes műtétre vonatkozó nyilatkozatát, s ily módon elegendő volt számára az alperes orvosainak a közlése, mert a felperes számára nem hangzott el a csonkolás megjelölés, és ezért nem is lehetett tudatában, hogy ilyen beavatkozásra kerül sor. Az orvos a tanú vallomásában maga is elismerte, hogy nem került sor pontos részletezésre, hogy a műtét során a szeméremtest mely részeinek, milyen módon történő eltávolítására fog sor kerülni, ennek hiányában pedig a szükséges felvilágosítás sem történhetett meg.

A felvilágosítás, tájékoztatás körébe tartozik a műtét esetleges következményeiről kapcsolatos tájékoztatás: az alperes nem adott tájékoztatást arról, hogy a műtét utáni állapot mit jelent, így, hogy a nemi kapcsolatot mennyiben fogja befolyásolni az állapota, de nem kapott arról sem tájékoztatást, hogy milyen százalékos esély van arra, hogy kiújulhat a megbetegedése.

Az alperes ebben a perben arra hivatkozott, hogy a felperes a műtét előtti vizsgálatokat tűrte, ebből pedig következik az is, hogy tisztában volt a műtéttel. A laikus felperestől nem lehet elvárni, hogy tudja, hogy milyen vizsgálatok elvégzése szükséges egy műtét előtt, ezért ezen alperesi álláspontot nem fogadta el a bíróság.

Egy másik korábbi ügyben (Fővárosi Bíróság, 2000.) a kezelőorvos a rosszindulatú béldaganat műtét után a felperes férjének kérésére a rosszindulatú daganat kifejezést használta és a beteg csak egy évvel később tudta meg, hogy vastagbél rákja van. A másodfokú bíróság azt állapította meg, hogy a beteg előzetes és utólagos tájékoztatása is megfelelő volt, mert az előzetes tájékoztatás során a beteg kezelőorvosa a béldaganat gyanúját közölte, aki a műtéti beleegyezés és tájékoztatás tényét a formanyomtatványon aláírásával elismerte, ezzel szemben a felperes nem bizonyította, hogy a béldaganat gyanújáról nem tájékoztatták.

A nőgyógyászati betegség diagnózisa és a nőgyógyászati műtét elvégzése önmagában nem bizonyítja a tájékoztatását arról a betegségről, amely valójában együttesen a méhet is érintve állt fenn. Akár a nőgyógyászati, akár a béldaganattal kapcsolatos sebészeti műtétbe kezdtek volna, a ténylegesen elvégzett műtét volt indokolt. A béldaganat gyanújára vonatkozó tájékoztatás elmaradása esetén sem lehetne megállapítani a bizonyítható nem vagyoni károsodást.

A beteg utólagos tájékoztatása is megfelelő volt: a neoplazma kifejezés közlése, a beteg férjének és fiának tájékoztatása is elegendő. A tájékoztatás tartalma megfelelt az abban az időben folytatott orvosi gyakorlatnak. A bíróság a bizonyítékok értékelése körében jelentőséget tulajdonított annak is, hogy a beteg férje kifejezetten kérte a rosszindulatú daganat tényének elhallgatását.

Egy másik ügyben (Fővárosi Bíróság, 2002.) a tényállás szerint a terhes I.r. felperest a klinikára utalta be a kezelőorvosa, mert az AFP vizsgálatok és a májusi ultrahang vizsgálat vonatkozásában nem megnyugtató eredményeket látott. Az alperesnél elvégzett első ultrahang vizsgálat 10 nap elteltével a gerinc alsó szakaszának kontrollját javasolta, a lelet kisméretű, jobb oldali agykamratágulatra utalt. A genetikai tanácsadáson készült orvosi lap az Uh lelet megállapításain kívül tartalmazta azt is, hogy a magzatvíz vizsgálatra került sor. Több ultrahang vizsgálatra került sor, majd felvetették a szülés megindításának szükségességét a vízfejűség és a nyitott gerinc rendellenes diagnosztizálása alapján. Az újszülött a súlyos károsodásai folytán meghalt.

A bíróság az indoklásában azt állapította meg, hogy annak van jelentősége, hogy a terhesség 24 hetének betöltése előtt milyen tájékoztatást adott az alperes. Az 1994. május 26-án az ultrahang vizsgálatot követő genetikai tanácsadáson az alperes kezelőorvosa által adott tájékoztatásnak van jelentősége, ekkor az I.r. felperest tájékoztatták az újabb vizsgálatok eredményéről, amelyek kétségtelenül gyengítették ugyan a fejlődési rendellenesség gyanúját, azonban az I.r. felperesnek a tájékoztatás alapján gondolnia sem kellett a terhességmegszakítás lehetőségére. Az alperes nem vitatta, hogy fel sem merült a terhesség megszakítás lehetőségére. Az I.r. felperes részére adott tájékoztatás nem felelt meg nemcsak a magzat - utóbb megállapíthatóvá vált - valószínű állapotának, de még az akkor diagnosztizált tényleges helyzetnek sem, mert a magzatvíz változatlanul kórosan magas AFP értéke és az ultrahang diagnosztika ismert hiba lehetősége folytán továbbra sem lehetett kizárni a fejlődési rendellenesség gyanúját. Ez a ki nem zárt gyanú, diagnosztikai bizonytalanság pedig indokolta volna a terhességmegszakítás lehetőségének a felvetését.

A megfelelő tájékoztatás az adott helyzetben annak az egyértelmű és közérthető közlése lett volna, hogy a fejlődési rendellenesség gyanúja továbbra sem zárható ki. A tájékoztatásnak lehetőség szerint ki kellett volna terjednie a fejlődési rendellenesség valószínűségének felismerhető mértékére is, mert az állapotos nő csak ennek ismeretében lehet tényleges döntési helyzetben.

Téves az az alperesi álláspont, hogy a terhesség megszakítás lehetőségéről csak akkor indokolt az állapotos nő tájékoztatása, ha az orvosilag javasolt. Az alperes megfelelő tájékoztatásának elmulasztása folytán az I.r. felperes nem volt abban a helyzetben, hogy megfontolhassa a terhesség megszakításának a lehetőségét, illetve, hogy a nemleges orvosi javaslat szakmai felülvizsgálatát kérhesse, ezért meg kellett szülnie a szülés utáni élettel összeegyeztethetetlen rendellenesség folytán életképtelen magzatát.

A PKKB (2004.) ügyében a művi meddővé tétel kockázatairól a jogszabályi előírás ellenére a beteget nem a házastársával egyidejűleg tájékoztatták, arra csak a műtétet megelőzően került sor, ennél fogva a beteg nem volt valószínű döntéshelyzetben. A sérelmet az ítélet szerint nem az utólagos teherbeesés, illetve annak megszakítása jelentette, hanem az, hogy a betegen megfelelő

tájékoztatás és orvosi indikáció nélkül olyan műtétet végeztek el, amelynek kockázatairól nem megfelelően tájékoztatták.

A beteg szóbeli tájékoztatást kapott, az írásbeli nyilatkozatot az injekció beadása után írta alá. A bíróság szerint ez nem szerencsés, de szakmai szabályszegés nem történt (PKKB, 1999.). A beteggel a műtéti beleegyező nyilatkozatot aláírták, azonban a tájékoztatás megtörténtét ez nem bizonyítja (PKKB, 1996.). Az, hogy a beteg a beleegyező nyilatkozatot olvasás nélkül írta alá, ez nem értékelhető az alperes hátrányára (PKKB, 2005., 2004.). A tájékoztatáshoz való jog megsértését is megállapította a bíróság akkor, amikor a beteget a műtét után nem tájékoztatták a törlőkendő hiányáról, és az a zárójelentésben sem szerepelt (PKKB, 2001.).

#### **A beteg kezeléséről, a műtétről készítendő orvosi iratok hiányossága, illetőleg hiány esetén az egyéb bizonyítás lehetősége**

A bírói gyakorlatban egyértelmű, hogy az alperesi kórház feladata az orvosi iratok elkészítése, az ezzel kapcsolatos hiányosság az alperes terhére értékelendő. Így adott esetben egy-egy vizsgálat elvégzése, annak eredménye, a vizsgálatot végző kórház bizonyítási körébe tartozik, amennyiben ezt nem tudja bizonyítani, a terhére értékelendő.

A beteg kezeléséről, illetve a műtétről szóló orvosi dokumentáció hiányát egyértelműen az alperes terhére kell értékelni, ennek hiányában az alperes a felelősség alól kimenteni magát nem tudja. Ha az igazságügyi orvosszakértő az orvosi dokumentáció hiánya miatt nem tud érdemben nyilatkozni a felperesi tényállításokra, illetve az ügy eldöntése érdekében releváns kérdésekre, az az alperes terhére esik. Szóba jöhet természetesen a kezelőorvos tanúkénti meghallgatása, mint egyéb bizonyítási eszköz e körben, azonban az ilyen vallomást kellően mérlegelni kell egyrészt az idő múlására, másrészt az érdektelenség hiányára tekintettel. (BKKB. 2002.)

A Fővárosi Bíróság (2000.) ítélete szerint plasztikai műtétet végzett az I.r. alperes, és a műtét után felajánlotta az implantátum kivételét, nem dokumentálta azonban ezt a tanácsát és nem állt rendelkezésre olyan felperes által aláírt nyilatkozat, amelyben a felperes kijelenti, hogy az orvosi tanács ellenére nem kívánja az implantátum kivételét. A felperes nem ismerte el az I.r. alperes nyilatkozatát, az ellentmondó nyilatkozatokra figyelemmel a bíróság az I.r. alperes terhére értékelte, hogy nem dokumentálta bizonyítható módon az orvosi javaslatát.

Gyakori eset a szüléssel kapcsolatos perekben, hogy a CTG leletek nem azonosíthatóak be. A Fővárosi Bíróság ítéletben (2002.) megállapította, hogy a CTG lelet vonatkozásában annak elkészítésének pontos időpontja nem állapítható meg, ezért az I.r. alperest terhelte azon állításának a bizonyítása, hogy ezen CTG lelet közvetlenül a szülés előtt készült. Miután a lelet készítésének a pontos időpontját a peres eljárás során nem lehetett megállapítani, a bíróság az alperes terhére értékelte ennek bizonyíthatatlanságát, és elfogadta a felperes azon állítását, hogy a felvétel kezdetétől

számított 48. percben indult meg a fájástevékenység, a 136 perces CTG felvételen beszűkült oscilláció található, és erre figyelemmel indokolt lett volna a szülés mielőbbi befejezése.

A CTG lelet hiányát szintén az alperes terhére értékelte a Fővárosi Bíróság (2005.), mert a szülést megelőző három órán belüli CTG regisztrátum hiányában az alperes nem tudta kizárni annak a lehetőségét, hogy az I.r. felperes oxigén hiányos állapota a 00.10 perctől fellépő jósló fájásokat követő, tényleges 13 órán át tartó vajúdás alatt nem következett be.

A Fővárosi Bíróság (2005.) közbenső ítéletben megállapította, hogy az alperes kártérítési felelőssége fenn áll, a II.r. felperes szívhibája és a kromoszóma rendellenessége (Down-szindróma) következtében felmerült károkért.

A felróhatóság körében az alperesre hárult annak bizonyítása, hogy mindent megtett, és a legnagyobb gondossággal és körültekintéssel járt el az I.r. felperes terhesgondozása során. Ezt az alperes csak azzal az UH lelettel tudta volna bizonyítani, amin a megfelelő adatok a nyaki redőre, illetve a szívüregű voltára nézve szerepelnek. Ilyen lelet azonban nem volt fellelhető.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. tv. 136.§ (3) d.) pontja értelmében az alperes terhére megállapítható, hogy dokumentációs kötelezettségének nem tett eleget, és így nem tudja bizonyítani azt, hogy a vizsgálatoknak ténylegesen milyen eredménye volt. Lelet hiányában ugyanis nem bizonyítható, hogy a méréseket valóban elvégezte, és azok eredménye valóban negatív volt.

Az alperesi kórház nem a fogyatékoság kialakulásáért volt felelős, hanem azért, mert nem tette lehetővé a nem megfelelően dokumentált vizsgálatokkal, hogy további vizsgálatok elvégzésre kerüljenek, és pozitív eredmény esetén a szülőknek joga legyen dönteni a terhesség megtartásáról.

Hiányos dokumentáció folytán a szülés várható időpontját nem lehetett megállapítani, a magzat túlhordásos lett, ezt az alperes terhére értékelte a bíróság (PKKB, 1997.).

#### **A hozzátartozó elvesztése miatti kártérítés**

A hozzátartozó elvesztése miatt indított kártérítési perekben elsősorban a szülők, ritkán a nagyszülők, illetve a leszármazók követelik a nem vagyoni kárt a hozzátartozó halálával kapcsolatban. A per során a nem vagyoni kártérítési igénynél sor kerül minden esetben a bizonyítási eljárás lefolytatására, amely rokon, szomszéd, barát tanúk meghallgatását jelenti és a halál előtti, és utáni életviszonyok felderítésére kerül sor. Amennyiben a felperesek egészségi állapotban történt változásra is hivatkoznak, sor kerül orvosszakértő bevezetésére.

Amennyiben kiskorú gyermekek veszítik el hozzátartozójukat - ez általában az édesanya elvesztését

jelenti a szülés során, vagy annak következményeként - értékelésre kerül a kár idején fennálló életkora a gyermekeknek, a családi életkörülményekre gyakorolt hatása a hozzátartozó hiányának.

Amennyiben nagykorú leszármazó lép fel a hozzátartozó halálával kapcsolatban, értékelésre kerül az a körülmény is, hogy külön háztartásban él már hosszabb ideje az idős szülőtől.

Egy olyan perben, ahol az került megállapításra, hogy már gyermekkorától kezdve külön háztartásban élt a leszármazó, bár tartották a kapcsolatot, az 1999-es káresemény idejére is figyelemmel 1.500.000.-Ft került megállapítása nem vagyoni kárként, a néhaival pedig 34 éve együttélő házastárs javára 3.000.000.-Ft nem vagyoni kár került megállapításra, amely érték megállapításánál figyelemmel volt a bíróság arra a tényre is, hogy a beteg a bécsi kirándulásakor lett rosszul, de ezt megelőzően közvetlenül is már kórházi kezelés alatt állt. (Fővárosi Bíróság, 2004.)

A másik perben a két kiskorú ikergyermek 3 éves korában veszítette el édesapját - az alperes a kórházban nyílt rendszerben fogadta a betegeket és nem biztosította a beteg folyamatos megfigyelési kötelezettségét, aki kiugrott a kórház ablakából (Fővárosi Bíróság, 2002.) A gyermekek javára értékelésre került, hogy olyan életkorban veszítették el édesapjukat, amikor fontos a gyermek számára, hogy családban éljen, a harmonikus családi háttér fontos a gyermekek megfelelő kiegyensúlyozott életéhez. Az I.r. felperes új kapcsolatot létesített 2001-ben, akivel a gyermekek jó kapcsolatot létesítettek, az idő múlása és a családi élet kedvező változásai következtében a gyermekek személyiségében nem tapasztalható kóros változás, a változásokat feldolgozták. 2.000.000 - 2.000.000.- Ft nem vagyoni kárt állapított meg a bíróság a gyermekeknek, míg az I.r. felperes, az édesanya számára 3.000.000.-Ft-ot. A káreset 1996.évben történt.

Egy másik ügyben - 1999-es káreset - két gyermek és az édesanya az édesapát veszítették el. A gyermekek 15 és 16 évesek voltak az apjuk halálakor, és az 1955-ben született édesanya egyedül nevelte a gyermekeket a férje halála után. (Fővárosi Bíróság, 2006.) 4.000.000 - 4.000.000.-Ft-ot állapított meg nem vagyoni kárként a bíróság mindhárom felperes tekintetében. A bíróság az ítéletében arra hivatkozott, hogy a bírói gyakorlat elismeri, hogy a hozzátartozó elvesztése esetén az élet megnehezülésének a megállapításához nincs szükség valamilyen kóros állapot bekövetkezésének a bizonyítására. Azt kell vizsgálni, hogy a káresemény milyen hatást gyakorol a hozzátartozókra, hogyan befolyásolja az életük alakulását. Mindig az adott helyzet körülményei között kell mérlegelni, hogy mit jelent, ha egy család elveszíti a szülőt és a kiskorú gyermek árván marad.

A bíróság vizsgálta az egyéni körülményeket, az életnehezítettséget amely a káresemény miatt kialakult, a károsult életében kialakult változást és a káresemény idején fennálló élet- és árviszonyokat.

A perbeli esetben értékelésre került, hogy a gyermekek csonka családban nőttek fel, azonban felnőtt korukra az egyéniségük tekintetében negatív körülmény, változás nem észlelhető, amelyhez viszont hozzájárult a házastárs megfelelő nevelési és gondozási tevékenysége is, amely ugyanakkor az alperes javára nem értékelhető.

A házastárs vonatkozásában értékelte a bíróság, hogy fiatal életkorában maradt társ nélkül, abban az időben, amikor mindkét gyermek kamaszkorban volt, egyedül kellett megoldani a ráháruló nevelési és gondozási feladatokat, és olyan életkorban maradt egyedül, amikor már nehéz új kapcsolatot létesíteni.

A hozzátartozó elvesztése miatti legnagyobb kárösszeg 5.000.000.-Ft-ban került megállapításra. (Fővárosi Bíróság, 2004.) A fentiekből megállapítható, hogy 1.500.000.-Ft és 5.000.000.-Ft közötti határon belül mozgott a hozzátartozó halálával kapcsolatos nem vagyoni kár összege.

A Budai Központi Kerületi Bíróság gyakorlatában két esetben indult eljárás hozzátartozó elvesztése miatt a vizsgált időszakban. A 2001.-es ügyszámon folyamatban volt perben a néhai felesége 3.000.000.- Ft, gyermekei pedig 1.500.000 - 1.500.000.- Ft iránt terjesztettek elő nem vagyoni kárigényt. A megítélt nem vagyoni kártérítés 2.000.000.-, 1.000.000.-, 1.000.000.- Ft volt, az ítélet első fokon jogerőre emelkedett. Az eset összes körülményeinek vizsgálata során értékelésre került az elhunyt életkora, betegségei, a családtagokhoz fűződő viszonya, a családban betöltött szerepe, továbbá az, hogy a családtagok életmódjában milyen mértékű változás, hátrányos következmény állt be. A közeli hozzátartozó elvesztésével együtt járó lelki megrázkódtatás köztudomású, így bizonyítást nem igényel, azonban a megítélt kártérítési összeget befolyásolja, hogy a családtagok életvitele mennyire nehezült el, a mindennapokba való visszailleszkedést mennyire gátolja a haláleset, illetve megállapítható-e elhúzódó, esetlegesen kóros lefolyású gyászreakció.

A 2002.-es ügyszámon folyamatban volt perben a néhai testvére terjesztette elő a kártérítés iránti igényt, abban a nem vagyoni kárigényt 2.000.000.- Ft-ban jelölte meg. Az alperes orvosai - egyértelmű és aggálytalan szakvélemény által megállapítva - szakmai hibát nem követtek el, magatartásuk felróhatóságát kizárólag abban a körben lehetett megállapítani, hogy a beleegyező nyilatkozat nem teljes körűen került kitöltésre. A bíróság az eset összes körülményei között értékelte a halál bekövetkeztének időpontját (1999.), a néhai életkorát, továbbá azt, hogy nem élt együtt szoros kötelékben a felperessel, így a nem vagyoni kár összegét 200.000.- Ft-ban állapította meg, amelyet a másodfokú bíróság - az ítéletet egyebekben helybenhagyva - 500.000.- Ft-ra emelt fel.

Az egyik ítélet szerint az életét vesztett személy közvetlen hozzátartozójának a kártérítési igényét nem alapozta meg önmagában a hozzátartozó elvesztése, azt kellett bizonyítani, hogy a hozzátartozó halálának ténye folytán miként alakult a pszichikai és fizikai ellátottságuk, erre a felperesek pedig bizonyítékot nem terjesztettek elő (PKKB, 2001.). Egy másik ítélet szerint a

hozzátartozók a torzult, illetve komplikált gyász tüneteit mutatták, a gyermekük, illetve testvér elhalálózását feldolgozni nem tudták. A legsúlyosabb a testvér helyzete volt, akinél pszichés eredetű betegségek is kialakultak. A bíróság a szülők részére fejenként 2,5 millió Ft-ot, a testvér részére 3 millió Ft-ot ítélt meg nem vagyoni kártérítésként (PKKB, 2000.).

### **A kártérítés esedékessége, késedelmi kamat**

A kártérítés esedékességének meghatározásakor a bíróság a Ptk. 360.§ (1) bekezdését alkalmazza: A nem vagyoni kártérítés kár bekövetkeztekor, azaz az orvosi mulasztáskor, így pl. a szülés napján, a beteg halálának időpontjában esedékes, valamint ettől az időponttól kerül megállapításra az ez után járó késedelmi kamat is. A vagyoni kárigények a tényleges felmerülésük idején esedékesek, így innen kell számítani a késedelmi kamatokat is. A járadék igény tekintetében középárányos kamat megállapítására kerül sor.

A fentiek szerint a vagyoni kár és a járadékigény nem feltétlenül az egészségi károsodás bekövetkezésekor lesz esedékes. Így pl. egy speciális gyógyászati segédeszköz beszerzése csak a kórházból hazakerüléskor lehet szükséges - hiszen a kórházi ellátás keretében rendelkezésre áll -, és az azt megelőző hosszú kórházi kezelés idején még nem kell beszereznie a károsultnak. Ennek megfelelően a vagyoni kár is csak a beszerzés időpontjában lesz esedékes, az akkori ár- és értékviszonyoknak megfelelően, és az ehhez kapcsolódó késedelmi kamatokat is ettől az időponttól kell számítani. Hasonló a helyzet a járadékigények tekintetében, hiszen pl. az otthoni szakápoló, háztartási kisegítő igénybevétele is csak a kórházból hazakerüléskor - és nem az egészségkárosodás bekövetkeztekor - lesz indokolt, mivel a kórházban az ellátása biztosított.

A Fővárosi Bíróság (2002.) perében merült fel az a kérdés, hogy mikor károsodott a felperes, mert a felperes álláspontja szerint a szteroid adásával egyidőben, azaz 1998-ban, az alperes álláspontja szerint pedig az állapotrosszabbodás idején, 2001.évben. A bíróság a 2000. évben jelölte meg ebben az esetben a nem vagyoni kár vonatkozásában a kár bekövetkeztének az időpontját. A szakértői vélemény alapján azt állapította meg a bíróság, hogy a felperes egészségi állapotában bekövetkezett rosszabbodás a 2000. évre tehető, ekkor került sor az ortopédiai műtétekre, azaz ekkor következett be a felperesnél a károsodás. Az volt a bíróság álláspontja, hogy a károsító magatartást nem minden esetben követi a károsodás, és amennyiben a kár csak később következik be, a károsodás is ezen időtől állapítható meg. A felperesnek a 2000. évben az egészségi állapotában bekövetkezett kedvezőtlen változása az az időpont, amikor a károsodás bekövetkezett, ezért a 2000. évi ár-, és értékviszonyokat vette figyelembe a bíróság.

A Fővárosi Bíróság (2003.) ügyében az alperes az 1991. évben elvégzett műtétje során behelyezett drain csövet a varratszedés alkalmával a betegben felejtették. A felperes a műtét után nem vált panaszmentessé, az évek elteltével számtalan vizsgálaton esett át, míg a 2003. évben elvégzett CT

vizsgálat mutatta ki a betegben maradt idegen testet. Az igazságügyi orvosszakértői vélemény alapján az 1991-ben elvégzett műtét alkalmával visszahagyásra került drain cső eltávolításáig 12 év telt el, így ebben az esetben az ár- és értékviszonyok jelentős változására figyelemmel az eltérés indokolt volt, kamat viszont az igényérvényesítés időpontjától (2003) számítható.

Császármetszéssel egyidejűleg végzett művi meddővé tétel esetén az utóbb mégis bekövetkezett terhesség miatt a bíróság a késedelmi kamatfizetési kötelezettséget a teherbeeséstől állapította meg (PKKB, 2004.). Down-kórral született gyermek esetében a késedelmi kamatfizetési kötelezettséget a bíróság a szülés napjától állapította meg (PKKB, 2005.).

### **Kármegosztás - kárcsökkentés**

Az orvosi műhibaperekben a kármegosztás kérdése viszonylag ritkán merül fel, hiszen az orvosnak abban az esetben is a lehető legnagyobb gondossággal kell eljárnia a kezelés során, ha netán a beteg állapotát maga a beteg okozta. Például még akkor sem engedhető vissza a kórterembe a szülő nő, ha a szülőágyat kényelmetlennek érzi és vissza akar menni, de a folyamatos megfigyelése a kórteremben nem megoldott. (BKKB, 1999.) (BKKB, 2001. Az alperes nem tudta bizonyítani, hogy a felperes a műtét utáni orvosi utasítást megszegte és ezzel közrehatott a szövődmény kialakulásában.)

A kármegosztásról a bíróság a jogalap meghatározásakor dönt, meghatározva a felelősségi arányokat. Tehát adott esetben a bekövetkezett káreseményből adódóan az alperes 70%-ban tartozik felelősséggel a bekövetkezett károkért. Ilyen esetekben a bíróság a nem vagyoni kártérítéseknel egy összeget határoz meg, amely már tartalmazza a károsult közrehatását is, de erre külön utalni nem kell.

A PKKB előtt két ügyben jelentkezett a kármegosztás problémája: az egyik ügyben a bíróság megállapította, hogy a gyermek betegsége folytán az anyát ért károkért a kórház 50%-os mértékben tartozik kártérítési felelősséggel (PKKB, 1995.). Egy másik ügyben a bíróság a körhinta üzemeltetőjének és a kórháznak az egyetemleges felelősségét állapította meg a néhai haláláért, mivel közrehatásuk aránya nem volt megállapítható (PKKB, 2000.).

### **A gyógyításnál használt, alkalmazott eszközök - veszélyes üzemi felelősség**

Az orvosi műhibaperekkel kapcsolatosan rendkívül ritka, hogy a felperesek veszélyes üzemi felelősségre hivatkoznak. Egy esetben, a másodfokú bíróság állapította meg a kórház vonatkozásában a veszélyes üzemi felelősséget. A tényállás szerint a néhai betegen szív műtét elvégzésére került volna sor, azonban a műtét közvetlen megkezdése előtt megállt a beteg szíve. A

műtét gyors megkezdéséhez a fertőtlenítő szer lemosását követően túlságosan rövid idővel került sor az elektromos fűrészes használatára, aminek következtében a maradék fertőtlenítőszer meggyulladt, és a beteg súlyos égési sérüléseket szenvedett.

### **Időszerűség az orvosi pereknél, a pertartam alakulása**

Egyértelműen megállapítható, hogy hosszú időtartamú perekről van szó, ritka, hogy egy per két éven belül befejeződik. Ennek egyik oka, hogy legalább 90 %-ban közbenső ítélet meghozatalára kerül sor a jogalap vonatkozásában, és csak ennek jogerőre emelkedését követően kerül sor az összecszerűséggel kapcsolatos bizonyítás lefolytatására, amely szintén hosszabb időt vesz igénybe.

A közbenső ítélet meghozataláig is hosszú idő telik el, mert nélkülözhetetlen a szakértői bizonyítás, annak kiegészítése, esetlegesen új szakértő bevezetése, és gyakran előfordul a felülvizsgálat elrendelése, az ellentétes szakértői vélemények közötti ellentmondások feloldása végett pedig elkerülhetetlen a szakértők tárgyaláson történő meghallgatása.

Gyakran előfordul, hogy egyes szakértők, szakértői intézetek leterheltségük miatt csak igen hosszú idő - átlagosan négy - öt hónap elteltével, de volt olyan ügy, ahol bírói felhívás ellenére több mint egy éven keresztül semmilyen nyilatkozatot sem tett a szakértői intézet (BKKB, 2003.) - után, a bíróság többszöri sürgetésére készítik el a szakértői véleményüket. Amennyiben a szakvélemény elkészítésén túl személyes vizsgálatokat is kell végeznie a szakértőnek, az tovább növelheti a szakvélemény elkészítésének az idejét.

További nehézséget jelent a szakértői bizonyítás körében, hogy egyre nehezebb olyan szakértői intézetet találni (négy szakértő adta vissza a kirendelését a BKKB ügyben (2000.)), amelyek a kirendelő végzésben foglalt feltételeknek eleget tesznek, egyre többször érkezik vissza a kirendelő végzés a bíróságra arra való hivatkozással, hogy az intézet túlterhelt. Jó esetben a szakértői intézet a kirendelő végzés visszaküldésével megnevezi azt a szakértőt, akinek kirendelését ajánlja. Ebben az esetben a felek nyilatkozattételre történő felhívása után a bíróság kirendeli az intézet által javasolt szakértőt. A szakértői bizonyításon túlmenően be kell szerezni valamennyi orvosi iratot, ami gyakran több intézményben fekszik el, a felek meghallgatását követően pedig sokszor merül fel a kezelőorvosok, ápolószemélyzet, stb., egyéb tanúk meghallgatásának szükségessége. A fentiek alapján nem ritka, hogy a pertartam akár a 4-5 évet is meghaladja.

Jelen tanulmány a 2006 - 2007. években - legalább rész- vagy közbenső ítélettel - befejezett eljárások alapulvételével, a korábbi bírói gyakorlatra is visszautalva készült, azonban megállapítható, hogy a bíróság gyakorlata, a nem vagyoni kártérítési összegek folyamatos emelkedésével, kiegyensúlyozottan azonos irányba mutat.

Budapest, 2011. április