

Pécsi Tudományegyetem
Állam- és Jogtudományi Kar
Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola

Dr. Decastello Alice

A KÖZVETÍTŐI ELJÁRÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

doktori értekezés

Kézirat lezárva: 2008.06.26.

Témavezető: Dr. Kengyel Miklós egyetemi tanár

Pécs, 2008

Tartalmi áttekintés

	oldal
Bevezetés	8
I. Az alternatív vitarendezés (ADR)	12
1. Történeti előzmények, alternatív vitarendezési formák	12
2. Az alternatív vitamegoldás fajtái	21
3. A mediáció megjelenése	32
4. A mediáció megjelenése a hazai jogrendszerben a kilencvenes években	34
II. Az alternatív vitarendezés szerepe a konfliktusok megoldásában	37
1. A konfliktusok és azok kialakulása	37
2. A konfliktusok okai és típusai	39
3. Az alternatív vitarendezés előnyei arbitráció és mediáció esetén	44
4. Az alternatív vitarendezés összehasonlítása a polgári perrel	49
III. A közvetítói eljárások gyakorlata Magyarországon	52
1. A közvetítói eljárások szabályozása és a jelenleg hatályos jogszabályok	52
2. A közvetítói eljárások gyakorlata, eredményei	72
IV. Nemzetközi kitekintés, működési és szervezeti formák	82
V. Az egészségügyi közvetítói eljárás Magyarországon	94
1. Konfliktusok az egészségügyben	94
2. Az egészségügyi közvetítói eljárás előzményei	116

3. Az egészségügyi közvetítói eljárás jogi szabályozása	117
4. Az egészségügyi közvetítói eljárás nemzetközi gyakorlata	136
5. Az egészségügyi közvetítói eljárás gyakorlata és eredménye	145
VI. Terápia	149
1. A jogi szabályozás módosítása	149
2. Az egészségügyi közvetítói eljárás szervezeti és működési rendjének korszerűsítése	154
VII. Esetelemzések	157
1. Beteg által elutasított mediációs kísérlet	157
2. Szolgáltató által elutasított mediációs kísérlet	161
3. Érdeemes lett volna a mediációt megkísérelni	193
4. Biztosító által elutasított mediáció	212
Irodalomjegyzék	227

Tartalomjegyzék

	oldal
Rövidítések jegyzéke	8
Bevezetés	9
I. Az alternatív vitarendezés (ADR)	12
1. Történeti előzmények, alternatív vitarendezési formák	12
1.1. Az alternatív vitarendezés története külföldön	12
1.2. Az alternatív vitarendezés története Magyarországon	17
2. Az alternatív vitamegoldás fajtái	21
2.1. Felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszer	21
2.2. Arbitrációs típusú vitarendezés	22
2.3. Mediációs típusú vitarendezés	26
2.3.1. Munkaügyi Közvetítő és Döntőbírói Szolgálat (MKDSZ)	27
2.3.2. Egészségügyi közvetítői eljárás	28
2.3.3. Közvetítői tevékenység	28
2.3.4. Büntetőügyekben alkalmazható közvetítői tevékenységek	31
2.3.5. Fogyasztóvédelem	32
3. A mediáció megjelenése	32
4. A mediáció megjelenése a hazai jogrendszerben a kilencvenes években	34
II. Az alternatív vitarendezés szerepe a konfliktusok megoldásában	37
1. A konfliktusok és azok kialakulása	37
2. A konfliktusok okai és típusai	39

3. Az alternatív vitarendezés előnyei arbitráció és mediáció esetén	44
4. Az alternatív vitarendezés összehasonlítása a polgári perrel	49
III. A közvetítói eljárások helyzete, gyakorlata Magyarországon	52
1. A közvetítói eljárások szabályozása és a jelenleg hatályos jogszabályok	52
1.1. Fogyasztóvédelmi szabályozás	52
1.2. Munkaügyi Közvetítói és Döntőbírói Szolgálat	56
1.3. Közvetítói tevékenység	63
1.4. Közvetítói eljárás alapelvei	65
1.5. Büntetőügyekben alkalmazható közvetítói tevékenység	66
1.6. Hatósági közvetítési eljárás	69
1.7. A Polgári perrendtartás módosítása	71
2. A közvetítói eljárások gyakorlata, eredményei	72
IV. Nemzetközi kitekintés, működési és szervezeti formák	82
V. Az egészségügyi közvetítói eljárás Magyarországon	94
1. Konfliktusok az egészségügyben	94
1.1. Betegjogok Európai Kartája	94
1.2. Betegjogok jogi alapja Magyarországon	96
1.3. Az 1997. évi CLIV. törvény megalkotásának előzményei	97
1.4. Betegjogok elemzése	99
1.5. A betegjogok sérülésének okai	112
2. Az egészségügyi közvetítói eljárás előzményei	116
3. Az egészségügyi közvetítói eljárás jogi szabályozása	117
3.1. Az egészségügyi közvetítói eljárás és a biztosító	120
3.2. A közvetítói folyamat áttekintése	123
3.3. A közvetítói ülés szakaszai	124
3.4. A közvetítói tanács, a közvetítő	127
3.5. A közvetítő jellemzői	128
3.6. A közvetítő feladata	128
3.7. A szakértő	129
3.7.1. A szakértő megbízása (felkérése) mediációs eljárásban	130

3.7.2. A szakértői vélemény tartalmi követelményei	130
3.7.3. A szakértőhöz intézhető kérdések	130
3.7.4. A szakértői vélemény szerkesztése	131
3.8. A közvetítói eljárások egyéb tényezői	133
3.8.1. Titoktartás	133
3.8.2. Költségek	134
3.8.3. Iratkezelés	134
3.9. A közvetítói képzés megszerzésének módja és követelményei	135
3.9.1. Névjegyzék	135
3.9.2. Alapképzés, továbbképzés	136
4. Az egészségügyi közvetítói eljárás nemzetközi gyakorlata	136
5. Az egészségügyi közvetítói eljárás gyakorlata és eredményei	145
VI. Terápia	149
1. A jogi szabályozás módosítása	149
1.1. A közvetítói eljárás felajánlása peres eljárás megindulása előtt	149
1.2. A felelősségbiztosítás módosítása, illetve új alapokra helyezése	150
1.3. A szakértői megbízás formai követelményeinek szabályozása	151
1.4. Törvény módosítása a jogalkotó részéről	152
1.5. Adatközlési kötelezettség bevezetése	152
1.6. A finanszírozás újraértékelése	153
2. Az egészségügyi közvetítói eljárás szervezeti és működési rendjének korszerűsítése	154
2.1. Az egészségügyi közvetítói eljárás szervezeti rendje	154
2.2. Az egészségügyi közvetítói eljárás működési rendje	155
VII. Esetelemzések	157
1. Beteg által elutasított mediációs kísérlet	157
1.1. Első eset	157
1.2. Második eset	161
2. Szolgáltató által elutasított mediációs kísérlet	161
2.1. Első eset	161
2.2. Második eset	170

2.3. Harmadik eset	177
2.4. Negyedik eset	188
3. Érdemes lett volna a mediációt megkísérelni	193
3.1. Első eset	193
3.2. Második eset	198
3.3. Harmadik eset	204
3.4. Negyedik eset	210
4. Biztosító által elutasított mediáció	212
4.1. Első eset	212
4.2. Második eset	218
Irodalomjegyzék	227
A felhasznált egyéb források jegyzéke	230
A felhasznált magyar jogszabályok jegyzéke	232

Rövidítések jegyzéke

ADR	Alternative Dispute Resolution
ETT IB	Egészségügyi Tudományos Tanács Igazságügyi Bizottsága
IBA	International Bar Association
ETT IB	Egészségügyi Tudományos Tanács Igazságügyi Bizottsága
FF	Fogyasztási Főfelügyelőség
FKZB	Föderációs Részvénypiaci Bizottság
Mediáció	közvetítés
Mintatörvény	1985. évi ENSZ Mintatörvény
MISZK	Magyar Igazságügyi Szakértői Kamara
MKDSZ	Munkaügyi Közvetítői és Döntőbíró Szolgáltatás
NAUFOR	Értékpia Szereplőinek Nemzeti Társulása
OF	Orosz Föderáció
OFE	Országos Fogyasztóvédelmi Egyesület
OME	Országos Mediációs Egyesület
OF DSZ	Orosz Föderációs Döntőbírószabályzat
OOSZI OB	Országos Orvossalakértői Intézet Orvosi Bizottsága
Pp	Polgári perrendtartás
TASZ	Társaság a Szabadságjogokért
TOA	Tater Opfer Ausgleich (vagy: Restorative Justice)
UNCITRAL	United Nations Commission on International Trade Law

Bevezetés

Az új társadalmi, politikai, piaci és intézményi struktúrák kialakulásával természetes módon együtt járó feszültségek, konfliktusok megelőzése feloldása, az ehhez szükséges technikák, eljárások széleskörű elterjesztése, valamint a változások menedzselése tette egyre sürgetőbbé, hogy a külföldön már elfogadott és jól bevált konfliktusmegoldó technikák Magyarországon is meginduljanak és elterjedjenek. A cél az, hogy olyan konstruktív konfliktuskezelési kultúra honosodjon meg hazánkban, amely legfájdalommentesebben oldja meg a problémákat, és amelyben megszelídülhet, illetve megszűnhet a perlekedési kultúránk lényege az aranyjánosi verssorral jellemezhető magatartásforma - „ha per, úgymond, hadd legyen per” (idézet Arany János: A fülemile c. verséből).

Az 1990-es években indult meg Magyarországon a konfliktuskezelés két típusának fejlődése azzal, hogy mintegy kétévi kodifikációs próbálkozás után megalkották a *választottbíráskodásról* szóló 1994. évi LXXI. törvényt. E törvény megjelenését nagy várakozás előzte meg, mivel a szocialista jogalkotás idején e törvényi háttér csaknem elsorvadt.

Az alternatív konfliktuskezelés másik típusát képviseli *a közvetítés - a mediáció*.

A mediáció első megjelenése a munkajog területén lelhető fel, ennek alapját a Munkatörvénykönyv (1992. évi XXII. törvény 119/A. §) adta meg. 1996. július 1-i hatállyal hozta létre az Érdekegyeztető Tanács a Munkaügyi Közvetítői és Döntőbírói Szolgálatot. Feladata a közvetítés és döntőbíráskodás, mint új tevékenységek, meghonosításának elősegítése.

Az Európai Unióhoz való csatlakozás magával hozta a fogyasztóvédelem területén a jogharmonizációs jogalkotás szükségességét, és erre tíz év állt rendelkezésre.

Az Európai Megállapodás szerint fennálló jogharmonizációs követelményeknek hatékonyan tudunk megfelelni egy átfogó, az Európai Unióban elismert fogyasztói jogokat egységesen szabályozó fogyasztóvédelmi törvény megalkotásával (1997. évi CLV. törvény a fogyasztóvédelemről).

A lakosság egészségi állapotának folyamatos romlása mellett, az egészségügyet a rendszerváltozás, a magyar társadalom felgyorsult változási üteme következtében is számos kihívás érte. A népegészségügyi helyzet javításának sürgető szüksége megkövetelte, hogy a törvény lefedtesse minden potenciális szereplő (az állam, az önkormányzatok, a civil társadalom, az egészségügyi szolgáltatások fogyasztói) felelősségének és kötelezettségének jogszabályi alapjait. Mindezeket figyelembevéve nagy lépést jelentett az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről szóló törvény megalkotása, amely tartalmazza a nagy fontossággal bíró betegjogokat és kötelezettségeket. A törvény 34. §-a teszi lehetővé a beteg és az egészségügyi szolgáltató között felmerülő jogviták peren kívüli megoldását. A felek együttesen kezdeményezhetik a jogvita közvetítői eljárás keretében történő rendezését.

Ezen jogszabály alapján került megalkotásra a 2000. évi CXVI. törvény az egészségügyi közvetítői eljárásról. A törvény legfontosabb alapelve, hogy a felek önkéntesen választják ez a lehetőséget, továbbá a bizalom, és a titoktartási kötelezettség vállalása. A közvetítő eljárás keretén belül a jogvita gyors megoldására kerülhet sor, ami mindkét fél érdekét szolgálja. A törvény alkalmazása kiegészül az egészségügyi miniszter és az igazságügy-miniszter 4/2001. EüM-IM együttes rendeletével.

A polgári jogviták bíróságon kívüli rendezésének szabályozása került előtérbe, mert az érdekelt felek ügyére az sokkal gyorsabb és olcsóbb megoldással szolgálhat, másrészt, mert a közismerten túlterhelt bíróságok tehermentesítését jelentheti. E gondolat jegyében készült el a közvetítői tevékenység szabályozásáról szóló 2002. évi LV. törvény. A törvény elsődleges szempontként annak perelhárító jellegére helyezi a hangsúlyt.

A közvetítői tevékenység vagy mediáció tehát a konfliktus megoldásának útja. Olyan eljárás, amelyben a semleges, kompetens és a konfliktussal nem érintett személy a közvetítő - kommunikációs stratégia felhasználásával - a vitában álló feleket olyan helyzetbe hozza, hogy a saját felelősségükre az általuk meghatározott célt, az egyezség létrehozásához vezető utat megtalálják, s így a mindenki számára elfogadható megoldás létrejöjjön.

Új jogintézményt vezetett be a közigazgatási eljárásjogba a 2004. évi CXL. törvény a közigazgatási eljárás és szolgáltatás általános szabályairól.

Világjelenség, hogy növekszik a sok ügyfél részvételével folyó eljárások száma. Ennek egyik oka a technikai fejlődés, a másik ok, hogy növekszik az állampolgárok közéleti aktivitása, egyre többen kívánnak beleszólni valamilyen módon környezetük helyzetét formáló döntésekbe.

Az ügyfelek természetes igénye, hogy közérthető megalapozott tájékoztatást kapjanak a tervekről, különös tekintettel az esetleges káros hatások minimalizálására irányuló intézkedésekről, és módjuk legyen észrevételeiket és javaslataikat megtenni még a döntés meghozatala előtt. A törvény a hatósági közvetítő kirendelésétől várja a vázolt célkitűzések megvalósulását.

Az Európai Unió jogának való megfelelést szolgálta a 2006. évi CXXIII. törvény, amely a büntető ügyekben alkalmazható közvetítői tevékenységről szól.

Azokban az ügyekben kell alkalmazni a törvényt, amelyeket az ügyész illetőleg a bíróság közvetítői eljárásra utalt. *Az eljárás csak a sértett és a terhelt önkéntes hozzájárulásával folytatható le, és az eljárásban a sértett és a terhelt egyenrangú felek.* A közvetítői eljárásban arra kell törekedni, hogy a sértett és a terhelt között a terhelt tevékeny megbánást tanúsítson. A közvetítőt titoktartási kötelezettség terheli, és ez a kötelezettség a közvetítői tevékenység megszűnése után is fennáll.

A disszertáció az alább felsorolt törvényeket taglalja, nemzetközi kitekintést ad a törvények gyakorlati alkalmazásáról. Részletesen tárgyalja az egészségüggyel kapcsolatos törvényt és az egészségügyi mediációt. Foglalkozik a törvényben megfogalmazott oktatással is. Önálló gondolatként javaslatot ad a terápia keretén belül az észlelt törvényi hiányosságokra, a törvény módosítására.

Végkövetkeztetésként majd levonható, az a tanulság, hogy még hosszú időnek kell eltelnie, hogy mentálisan is befogadja a társadalom az alternatív vitamegoldó módszereket, egyáltalán tudomást szerezzenek e vitarendező, perelkerülő módszerről, amelyet szerte a világban már régóta használnak.

I. Az alternatív vitarendezés (ADR) története

1. Történeti előzmények, alternatív vitarendezési formák.

1.1. Az alternatív vitarendezés története külföldön

Közismert, hogy az emberi személyiség alapvető mozgatóereje az ellentétek egysége és küzdelme. Gondoljunk csak költő óriásaink remekműveire, Madách Ádámja, Goethe Faust-jasem vívódik kevésbé magával, mint a világgal s benne embertársaival. Akár az adott személyiségjegyekből, akár az egyéb tényezőkből eredő konfliktusainkat azonban célszerű nem elkerülni, hanem elsősorban jó megoldásokat találni rájuk. A vitához legalább ketten kelljenek. A konfliktuskezelés története a konfliktusban álló két fél közvetlen vitájánál kezdődik. A Teremtés Könyve írja le Káin konfliktusmegoldását, aki a testvérét, Ábelt megöli, tehát a vitát a hatalom gyakorlásának legerősebb formájával, az erőszakkal zárja le. Eltekintve az erőszaktól, a konfliktuskezelés ősi, békés formája a felek közötti *tárgyalás*. Kézenfekvő, hogy egy bekapcsolódó vagy meghívott harmadik személy *közvetítsen*, még mielőtt a konfliktusos esetek *eldöntésére* a legkülönbözőbb struktúrák kialakultak volna.¹

A különböző vitarendezési megoldások az Alternatív dispute resolution (ADR) nagy csoportjába tartoznak, amelyek a modern jogfejlődés termékei, bár a békéltetés, évszázadok óta meglévő gyakorlat.² Alkalmazták Nyugaton, Keleten, Amerikában, Ausztráliában, Ázsiában, különösen Japánban és Kínában vannak erőteljes kulturális hagyományai.

¹ Stephan Breidenbach: Mediation, Köln, 1995, Verlag Dr. Otto Schmidt KG 7. o.

² Todd B. Carver, Albert A. Vondra: Alternative dispute resolution: Why it does not work and why it does? Harvard Business Review, 1994/3. Cit. Sáriné dr. Simkó Á. (szerk.): A mediáció. A közvetítői tevékenység. HVG-ORAC, Budapest, 2003, 121.o.

Az alternatív vitarendezési módok - a *közvetítés* vagy *mediáció*, és a *választottbíráskodás* mint a konfliktusmegoldási módszerek - már az őskorban ismertek voltak, gondoljunk csak a sámánizmusra, később a kánon-jog bevezetésére.

A *gyökerek* 2500 évvel ezelőtt az *ősi Kínában* szintén megtalálhatóak. Ezen eljárások alapjául a kínai filozófia szolgált, amely a harmóniára, az egyszerű megoldásokra törekedett. Ennek a felfogásnak felel meg az a gyakorlat, hogy egy harmadik személy az, aki a konfliktusmegoldásban jelentős szerepet játszik. Ne felejtsük a népi kultúrákban megjelenő bölcs kádi, illetve bölcs rabbi szerepét, akiket most mediátornak hívnak.

A történelemben számos példát találhatunk döntőbíráskodásra is, elég a háborúzó görög városállamokra gondolni, vagy a reneszánsz korában a pápák szerepére bizonyos államközi konfliktusokban. B. Gibbs a teljes és tartós konfliktusmegoldás példaként említi a Libériában élő rizstermeléssel foglalkozó nép (Kbelle) vitarendező gyűlését (németül: Palaver, angolul: *moot*) megvilágítva annak pszichoterápiás elemeit. Ezzel magyarázható a Kbelle gyűlés leírásának hatása az alternatív vitára.³ A moot-ra azonnal sor kerül a konfliktus kirobbanását, vagy a cselekmény elkövetését követően, nem úgy mint a bíróságon, ahol sokszor évek telnek el az ügyek tárgyalásáig. Ezért jelentős terápiás szerepe is van, mert a gyászt, haragot, és más érzéseket ki lehet fejezni, és fel is lehet oldani, nem kell hosszú ideig hurcolni és szenvedni tőlük. Noha a mediációban jó esetben nincs nyertes és vesztes, a *tradicionális mediációban a „vesztes” bocsánatot kért, és jelképes ajándékokat hozott a „nyertesnek”, valamint rumot vagy sört mindenkinek, aki jelen volt a közvetítői megbeszélésen. Érdekes elem, hogy a „nyertes” egy kisebb emléktárgyat ad viszonzásként, jó szándékát kimutatva. A társadalmilag elfogadott viselkedést és megoldásokat támogatja ez a tradicionális eljárás a mai mediációhoz hasonlatosan, vagy pszichológiai szakkifejezéssel élve a pszichológiai megerősítést.*⁴

Fabinyi „A választottbíráskodás” című művében megállapítja, hogy „a klasszikus római jognak a választottbírási szerződéssel és ítélettel szemben tanúsított azt a magatartását, hogy ezeknek közvetlen joghatályt nem tulajdonít, némelyek azzal magyarázzák, hogy eredetileg az arbiter feladata nem annyira az ítélezésében, a jogvita eldöntésében, mint inkább a vita megelőzésében, a felek békés kiegyeztetésében állott, amely hivatásának a compromissum közvetlen kötelező hatály nélkül, az arbiter pedig

³ Stephan Breidenbach: *Mediation*, Köln, 1995, Verlag Dr. Otto Schmidt KG 6. o.

⁴ Lovas Zs.-Herczog M.: *Mediáció, avagy a fájdalommentes konfliktuskezelés*: Budapest, 1999, Múzsák Kiadó 120. o.

kényszerű hatalom hiányában is megfelelhettek”. A *compromissumot* (választottbírósi szerződés) a felek egyedül vagy az arbiterrel együtt, vagy csak az utóbbi esküvel megerősítették, és a tényről okiratot vettek fel.⁵

A XI. században a vándorkereskedők egymás közötti jogvitáiban a „*poroslábúak bírósága*” (*court of piepowders*) az a fórum, ahol a kereskedők maguk közül választottak az ügghöz megfelelő szakértelemmel rendelkező kollégákat, és kérték fel azokat, hogy üzleti kapcsolataikból származó vitákat eldöntsék.⁶ A középkor és újkorból több választottbíráskodásról maradt ránk utalások, így a Year-Books 1374. évi évfolyama választottbíráskodásról szól.

A *mediációról* az 1400-as években tettek említést először. A *IV Henrik* (1399-1413) udvarából származó eset leírása szerint Sir William Gascoigne, a Királyi Ítélszék főbírája közvetítésével sikerült a vitát - a bocsánatkérést elfogadó fél számára rendezett, „igazi angol lakoma” keretében - lezárni, ahol két ökör, tizenkét birka és tengerenyi bor került terítékre. 1411-ben legeltetési és tőzegfejtési jog körüli vita alakult ki Robert Tirwhit, a Királyi Ítélszék újonnan kinevezett bírójával, és William, Lord de Roos bérlője között. A felek megegyeztek, hogy az ügyet Gascoigne döntésére bízzák, aki „*loveday*”-t tűzött ki a Melton Ross-ban tartandó békés tárgyalásra. Miután az első békeltetési kísérlet kudarcba fulladt, Tirwhit 500 fegyveressel megtámogatott cselvetése folytán, második összejövételre került sor Lord Roos birtokán, ahol is Tirwhit végül bocsánatot kért a lord bérlőtől, akik erre készek voltak megjelenni a lakomán.

Hasonló irodalmi adatokat találunk Chilében a XIII. századból, Brazíliában a XVI. századból, Dániában, és Svédországban a XVII. századból, így például 1734. évi svéd végrehajtási törvény rendelkezik először a választottbírósi ítéletek végrehajtásáról.

A XVIII. századig a céhekbe tömörült iparosok és kereskedők jogvitáikban nem a királyi bíróságoknál keresték az igazságukat, hanem maguk közül választottak tekintélyes kollégákat. A *céhmestereket kérték fel választottbírónak, akinek döntését elfogadták*. A történelmi áttekintés azt mutatja, hogy az alternatív vitarendezés, a közvetítés a konfliktusban lévő felek között egyáltalán nem új. A középkori „*loveday*” fogalma – azaz „*a nézeteltérések békés rendezésére kijelölt nap*” („a day appointed for the amicable settlement of differences”) - 1798-ból ered, s a meghatározás Gower *Confessio Amantis*

⁵ Fabinyi T.: A választottbíráskodás. A szerző saját kiadása. Budapest, 1926, 12. o.

⁶ Pirenne: A középkori gazdaság és társadalom története. Gondolat. Budapest, 1983. 105. o.

című művében olvasható a keresztényi magatartással és a testvéri szeretettel kapcsolatosan.⁷

Az Amerikai Egyesült Államokban a XVIII. századtól vált népszerűvé ez az eljárás, főleg az angolszász jogterületen. Egyének, vagy akár országok közötti ellentétek kiegyengetésére szolgáló hagyományos vitamegoldási mód volt, és jelenleg is az. Miután a vitás helyzet felmerült, a felek megegyezhetnek e folyamatok használatában, vagy előre bevonhatják szerződésük záradékaként mind a kinevezett közvetítőt, mind a döntőbíró. A döntőbíró kilétét vagy közös megegyezéssel állapítják meg a felek, vagy pedig egy döntőbírói iroda jelöli ki.

A szövetségi kormány *1887-es Államközi Kereskedelmi Törvény* (Interstate Commerce Act) óta támogatja a kereskedelmi döntőbíráskodást. A rendelet lehetővé tette a vasúti társaságok és dolgozóik *munkaügyi vitáinak döntőbíró*ság elé vitelét.

Azután *1925-ben* a Kongresszus elfogadta a *Szövetségi Döntőbíró*sági Törvényt, amely szabályozza a kereskedelemmel kapcsolatos szerződési vitákban alkalmazható döntőbíráskodást. Legújabbán a szövetségi bíróság döntőbíróság által eldönthetőnek ítélte a munkaügyi vitákat, a személyi jogok megsértésével kapcsolatos vitákat, a biztosítási csalásokat, a tröszt ellenes követeléseket. Arra is van példa, hogy a kormány kötelezte egy kereskedelmi vita résztvevőit, hogy döntőbírót alkalmazzanak, mivel nemzeti érdekek fűződtek a vita megoldásához. Más esetben az Egyesült Államok kormánya kötelezővé tette a döntőbíró alkalmazását egy, a vasúti dolgozók és a management közötti vitában, egy hosszadalmas 1963-as vasúti sztrájk után.⁸

1889 óta, *Angliában* az Angol Választottbírósági Törvény (English Arbitration Act) szerint a felek kötve vannak a korábban megkötött választottbírósági kikötésükhöz. *Franciaországban* 1925-ben, *Németországban* 1877-ben születik meg ez a törvényi szabályozás.⁹

1868-ban *Japánban* eltörölték a hűbériséget. Az ország átfogó modernizálására során *az európai, különösen a német jog recepciójára került sor*, melynek következtében a bírói igazságszolgáltatás sem maradt érintetlenül. Japán az európai jogok recepciójával

⁷ Stephan Breidenbach: Mediation, Köln, 1995, Verlag Dr. Otto Schmidt KG 7-8. o.

⁸ History of alternative dispute resolution. <http://www.gama.com/HTML/history.html> (2003.12.18.)

⁹ Sáriné dr. Simkó Ágnes (szerk.): A mediáció. A közvetítői tevékenység. HVG-ORAC 2003,16. o.

ugyan modern jogrendszerre tett szert, a jogi és társadalmi rend között mégis szakadék tátongott. Ez ahhoz vezetett, hogy az új jogrendszerre épülő peres eljárás helyett az *egyeztető bizottságok működését* részesítették előnyben, mivel a döntéseket társadalmi normákként tudták elfogadni. Az állampolgárok általában kevésbé kötődtek a peres eljáráshoz. Ez okból az ADR válfaját jelentő *egyeztető bizottságok* - az európai jogok recepciója után - különösen a haszonbérleti és bérleti vitákra vonatkozó egyeztetésről szóló törvény 1922. évi hatálybalépéseit követően, *a mai napig megmaradtak*.

Az elmúlt húsz évben az ADR számos, különféle új fajtáját vezették be, annak tudományos kutatása is az érdeklődés középpontjába került.

Ishikawa az ADR különösen lényeges jellemzőiként a *delegalizációt*, *deprofesszionalizációt* és a *deformalizációt* nevezte meg.

A *delegalizációt* tekintve két nézet áll egymással szemben.

- a.) Az *egyik nézet* szerint (és e nézet képviselői ezt követelik) a konfliktusmegoldás során *nem jogi normákat is figyelembe kell venni*. Ebben az esetben az egyeztetés tartalma kevésbé a törvényen alapul. Sokkal inkább a szociális konfliktusok tényleges, illetve átfogó megoldására törekednek.
- b.) A *másik nézet* szerint a konfliktusmegoldás *alapja* elsősorban a *törvény*. Ebben az értelemben az ADR-eljárások keretei közötti konfliktusmegoldásnak is a törvényen kell alapulnia, és csak jelentéktelen eltérések engedhetők meg, amennyiben az eset körülményei azt megkövetelik. Mivel a konfliktusmegoldásnál az első felfogás a fő figyelmet nem a törvénynek, mint jogi alapnak szenteli, így relatíve nagy elszakadást tesz lehetővé a törvénytől. A második nézet arra törekszik, hogy az ellentéteket a legkisebb mértékre csökkentse. Míg az elsőként említett felfogás a Japánban uralkodó nézetet képviseli, a szerző az utóbbiként említett nézetnek a híve. Az általános elvnek megfelel, hogy azon mindennapos viták, amelyek a társadalmi magatartási normák tekintetében a felek különböző értelmezésén nyugszanak, jogi normák alkalmazásával legyenek megoldva.

A szerző álláspontja szerint az ADR-eljárásnál is a jogi normáknak kell képezni a határozathozatal alapját. Mivel úgy tűnik, hogy a gyakorlat is a másodikként bemutatott felfogást támasztja alá, végül is a különböző japán ADR-intézmények vitarendezési bizottságaiban mindig gyakorlati vagy elméleti jogászok képviseltetik magukat.

A *deprofesszionalizáció* fogalma azt jelenti, hogy a konfliktusmegoldásban nem jogászok vesznek részt. Minden japán ADR-szervben – a bíróságokhoz tartozó egyeztetési eljárást vezető egyeztetési bizottságokat is beleértve - laikusok képviselik magukat. A laikusoknak a vitarendezési bizottságok tagjává való kinevezésekor különösen azok semlegességére kell súlyt fektetni. Az ADR végül is a felek egyetértése révén jön létre. Az ADR-eljárásban írásban megfogalmazott akaratbeli megegyezés a jogerős ítélet jogkövetkezményeivel nem rendelkezik, hanem csak magánjogi szerződésként minősíthető. A szerző felfogása szerint a vitarendezési bizottságok mind jogászokból, mind nem jogászokból kell, hogy összeálljanak.

A *deformalizáció* nem azt jelenti, hogy az ADR-eljárás minden szabályozástól mentesen lefolytatható. Még ha az ADR deformalizációja mellett is vannak, az eljárás nem hagyható teljesen magára, mivel az eredményes konfliktusmegoldáshoz egy minimális mértékű szabályozás szükséges. Ezzel összefüggésben a bírói egyeztetés során létezik néhány eljárási rendelkezés, mivel az ésszerű határozatok biztosítása és a méltányos eljárás garantálása érdekében egy minimális jogi szabályozás mindenképpen szükséges, és a továbbiakban az eljárás lefolytatása a vitarendezési bizottság belátására van bízva.¹⁰

1.2. Az alternatív vitarendezés története Magyarországon

A magyar jogrendszerben az alternatív vitarendezés intézményrendszere már az államalapítás óta ismert. *Szent István II. dekrétumának 16. cikkében* ez áll: „tíz aranypénz pedig adassék az arbitereknek és a mediátoroknak közösen [decem (pensae) autem arbitris et mediatoribus condonentur]”.¹¹ Törvényi szabályozással először a XII. században találkozunk. A XIII. században a felek ún. „fogott” bírák döntését fogadták el. A fogott bírák lényegében választott bírákat jelentettek.

A *középkori faluban* a vitás ügyek rendezésében hosszú ideig megtalálhatók a közösségi eredetek. Az 1400-as években létrejött *faluközösségek nemcsak termelési egységek voltak, hanem igazságszolgáltatási egységek is*. A falu elszigeteltsége, gazdasági társadalmi köteleke szükségessé tette a közösségi intézmények kialakulását, amelyekben a falu bírása foglalta el a legfontosabb helyet. Ebből az időből származó írásos történeti

¹⁰ Akira Ishikawa: Einige Denkanstöße zur Diskussion der Alternative Dispute Resolution – insbesondere deren Situation in Japan, National and Kapodistrian University of Athens Faculty of Law Research Institute of Procedural Studies, Athen, 2001, 1-13. o.

¹¹ Fabinyi T.; A választottbíráskodás. A szerző saját kiadása, Budapest, 1926, 23. o

források gyakran megemlékeztek a *falusi bírászkodásról*. A falun belüli pereket a közösség önállóan döntötte el; a döntéshozatalon az egész közösség részt vett. Minthogy ezek az ügyek a falu gyűlésén, *szóban zajlottak*, a középkorból csak közvetett utalásaink vannak a falusi bírászkodás meglétére.¹² Így például a kisvárdai uradalom azért íratta össze 1470 körül az uradalom falvainak szokásait, törvényeit, mert arra kívánt támaszkodni.

A Hármaskönyv is kiemeli, hogy a jobbágyoknak sokféle a szokásjoguk. Későbbiekben, a sokféle szokásjog lehetett az oka annak is, hogy a más településen lakó felperesnek, az alperes füstjén (bíróságán) kellett keresnie igazságát. Ebben az esetben az ítéletet meghozónak a helyi szokásokhoz kellett tartania magát.¹³

A XVII-XVIII. században a választottbíróági döntéseket a bírói ítélettel egyenrangúnak tekintették, így az 1662. évi 31. törvénycikk szerint „királyi kegyelemmel perújításnak (novum iudicium cum gratia) birtokon kívül minden ügyben van helye, kivéve mégis azokat az ügyeket, amelyekben a felek valamely egyezséggel maguk előtt minden perorvoslatot elzártak”.¹⁴

Köpeczi Béla a Rákóczi-szabadságharc kitörésének 300. évfordulójára írt munkája is tartalmaz mediációról szóló történetet. *A magyar történelemben a Habsburg-udvar 1704-1706-ig vette igénybe az angol és holland mediációt*. Az angol-holland közvetítésben Jan Hammel Bruyninx holland és George Stepney angol követ vettek részt. A holland követ már régen Bécsben élt, és jól ismerte a magyar viszonyokat. Az angol követ nemrég érkezett, de hamar meglátta, mi áll a bécsi udvar magatartása mögött. A nagyszombati béketárgyalásokon a bécsi udvar nem fogadja el a szabad királyválasztás jogát, az Aranybulla ellenállási záradékát, és főleg nem Rákóczi erdélyi fejedelemségét. Az angol és a holland közvetítők inkább a rendek jogait és privilégiumait akarták biztosítani, azonban ők is látták, hogy a bécsi udvar nem akar megegyezni.¹⁵

A XIX. században több szakírónál fellelhető a *választottbíróági szerződés meghatározása*. Ma is helytálló az a megfogalmazás, amely Georch Illéstől származik: „A peres felek önként lemondván azon bíróról, akit a közöttük fennforgó pernek elintézésére egyébiránt a törvény meghatározottan kirendelt, közakarattal megbírálnak

¹² Gönczi-Horváth J., Stipta-Zlinkszky J.: Egyetemes jogtörténet, I. Budapest, 2003, Nemzeti Tankönyvkiadó, 64-66. o.

¹³ A községi bírászkodás. mek.oszk.hu/02100/02152/html/08/278.html

¹⁴ Fabinyi T.; A választottbíráskodás. A szerző saját kiadása, Budapest, 1926, 27. o.

¹⁵ Köpeczi Béla: A Rákóczi-szabadságharc kitörésének 300. évfordulója. II. Rákóczi Ferenc külpolitikája, Magyar Tudomány, 2003/6, 8. o.

(compromittunt) - vagyis bírói hatalommal ruháznak fel - némely személyeket”.¹⁶ Az 1852. évi ideiglenes perrendtartásban a compromissumot magánjogi megállapodásként, egyezségként értékelik. Az 1868. évi LIV. törvénycikk mondja ki először, hogy a választottbírói ítélet végrehajtható. A 16. szakasz rendelkezik a választottbírói szerződésről, az eljárásról, a határozatok elleni jogorvoslatokról.

A választottbíráskodásra vonatkozó első jelentős átfogó szabályozást a polgári perrendtartásról szóló 1911. évi törvény Tizenhetedik címe jelentette. A 767-788. paragrafusokban megfogalmazottak európai színvonalon szabályozták a választottbírói eljárást, követvén a német és az osztrák mintát.¹⁷

A második világháború után ez a jogintézmény hanyatlásnak indult, és úgy kezelték, mint egy halódó félben lévő permegelőzési eljárást. Az államosítás, a tervgazdálkodás, a létrehozott egyeztető bizottságok is hozzájárultak a hanyatláshoz. A jogérvényesítés akadályai a felek részéről (a magas költségek, a jogi szakismeret hiánya - amelyek nem egyformán érintették a társadalom különböző rétegeit - a kommunikációs nehézségek, az információhiány) elsősorban az alsóbb rétegeket sújtotta, de magas ügyvédi munkadíj a középosztály tagjai számára is megnehezítette a jogérvényesítést. A joghoz jutás előmozdítására jelentős eredményeket értek el a jogsegély hálózatok kiszélesítésével, a hagyományos ügyvédi tevékenység átalakításával, a közösségi érdekek érvényesítésének előtérbe helyezésével, a polgári perek különböző alternatíváinak szabályozásával.

Ezen problémák feltérképezését a hetvenes években a világ számos országában elvégezték. Az ún. szocialista országok polgári perjogászai később kapcsolódtak be a kutatásokba. Politikai megfontolásokon túl, a téma iránti közömbösséggel is magyarázható, hogy a joghoz jutás ténylegességének vizsgálata mellett megelégedtek a törvényben található garanciák hangoztatásával. Ez azért is lehetséges volt, mert a szocialista polgári igazságszolgáltatás valóban sokat tett az egyszerű, gyors és olcsó polgári per megvalósításáért. A polgári pereket általában az alacsony költségek, a rövid pertartam, és a kiterjedten alkalmazott költségkedvezmények jellemezték. A kevésbé pozitív oldala az volt, hogy az eljárás minden szakaszában bírói túlsúly dominált, továbbá

¹⁶ Georch Illés: Honni törvény (1809) III. 13. Fabinyi: 29. o. 6. lábjegyzet

¹⁷ Kengyel Miklós: Magyar polgári eljárásjog, Budapest, 2004, Osiris, 599. o.

*lehetséges volt az ügyészi beavatkozás. Ez a felek rendelkezés jogainak korlátozásához, és az ügyvédi munka visszaszorításához vezetett.*¹⁸

Az 1952. évi Polgári Perrendtartás nem is rendelkezett a választottbíróági eljárásról. Néhány szabályt a Polgári Perrendtartás 360-364. §-ban helyeztek el. 1968-ban - az új gazdasági mechanizmus bevezetésével - megváltozott az erről a jogintézményről alkotott vélemény. A jogalkotást még mindig visszafogottság jellemezte. A jogalkotó a választottbíróági eljárásra vonatkozó rendelkezéseket ismét a Polgári Perrendtartás XXIV. fejezetében (360-364. §) helyezte el, és a 360. § (1) bekezdése szerint választottbíróági eljárásnak volt helye a gazdálkodó szervezet és külföldi fél, továbbá belföldi gazdálkodó szervezetek közötti jogviszonyból származó vitás ügyekben. A magyar állampolgárokat és jogi személyeket a törvény kizárta a választottbíróági eljárás köréből.

A kilencvenes évek elejétől számos jogszabály született, amely újraélesztette a választottbíráskodás igénybevételének lehetőségét. A gazdasági társaságokról szóló 1988. évi VI. törvény jelentős fordulatot hozott A 18. § megadta a lehetőséget, hogy a gazdasági társaság és tagjai, valamint a tagok egymás közötti jogvitáiban igénybe vehessék választottbíróági eljárást.

1992-ben a kodifikációs előmunkálatok során két alternatíva került egymással szembe.

- a.) Az egyik azt akarta, hogy a közép-európai jogfejlődés irányát kell követni, így a kibővített és megújított szabályokat továbbra is a Polgári Perrendtartás tartalmazná, és az új törvény csak a nemzetközi választottbíráskodás szabályait határozta volna meg.
- b.) A másik felfogás a legmodernebb szabályozást akarta, és a nemzetközi kereskedelmi választottbíráskodásra vonatkozó 1985. évi ENSZ Mintatörvény átvételét javasolta.

Végül kétévi előkészítő munka után ez utóbbit fogadták el, és követve a *Mintatörvény* szerkezetét, a belföldi és a nemzetközi választottbíráskodást egy törvényben foglalták össze, így a magyar törvényhozás elsők között tette magáévá azt. A Mintatörvény felépítését és szabályozási rendszerét követve a jogalkotó egy törvénybe foglalta össze a

¹⁸ Kengyel Miklós: A polgári bíráskodás hétköznapijai, Budapest, 1990, Közgazdasági és Jogi könyvkiadó, 9-10. o.

belföldi és a nemzetközi választottbíráskodást. Ezzel az 1994. évi LXXI. törvény a választottbíráskodásról „jogtörténeti jelentőségű”.¹⁹

A Polgári Törvénykönyv 7. § (2) bekezdésének hatályos szövege szerint bírósági peres eljárás helyett a felek választottbírói eljárást köthetnek ki, ha legalább a felek egyike gazdasági tevékenységgel hivatásszerűen foglalkozó személy, a jogvita e tevékenységével kapcsolatos, és a felek az eljárás tárgyáról szabadon rendelkezhetnek. Így a Polgári Perrendtartás 360. § (1) bekezdésben foglalt megszorítások elvesztették jelentőségüket.

2. Az alternatív vitamegoldás fajtái

Az egészségügyi kártérítési eljárások számának emelkedése egyre nagyobb gazdasági terhet jelentett az egészségügyi szolgáltatók és a kereseteket elbíráló bíróságok számára. Felvetődött a kérdés, hogy milyen változásokat lehetne bevezetni, amelyek a bírósági eljárásnál hatékonyabb vitarendezési formák, olcsóbb megoldásokat biztosítanak, illetve valamilyen módon korlátoznák az egészségügyi szolgáltatók felelősségét. A kártérítési felelősség korlátozása az Egyesült Államokban, míg az alternatív vitarendezési eljárások Európában és az USA-ban egyaránt megjelentek

Az alternatív vitarendezési megoldásoknak három típusa terjedt el, úgymint: a felróhatóságot nem vizsgáló biztosítási alapon történő vitarendezési mód, a választottbírói eljárás egészségügyi jogvitákra specializálódott formája, és végül a közvetítői (mediációs) típusú eljárás.

2.1. Felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszer (no fault compensation system) - biztosítási alapon történő vitarendezési mód.

Ez a peren kívüli vitarendezési lehetőség a skandináv országokban és Új-Zélandon terjedt el, de ennek a modellnek átvételéről Németországban, és az USA-ban tudományos és szakmai vitákat folytattak.

¹⁹ Kengyel Miklós: Választottbíráskodás, Pécs, 1995, IV. o.

Svédországban, ebben a rendszerben a károkozónak csak a társadalombiztosítási ellátások által nem finanszírozott károkat kell megtérítenie.

A betegbiztosítási rendszer (Patient Insurance Scheme) kezdetben teljesen önkéntesen szerveződött, és ez a rendszer rendezi a mai napig az egészségügyi ellátással kapcsolatosan felmerült és okozati összefüggésben keletkező károkat.

Az egészségügyi szolgáltatók szerződést kötnek a biztosítóval. A szerződésben a biztosító vállalja, hogy az egészségügyi ellátás során kárt szenvedett beteg részére az előre meghatározott összeget kifizeti. A kompenzálható károk körét a biztosító írásos szabályzata rögzíti, amelyet meghatározott időközönként felülvizsgálják. A felülvizsgálat alkalmával sokszor elsősorban gazdaságossági, költségtakarékossági szempontok érvényesülnek. A kártérítés összegét kártípusokhoz kapcsolva meghatározott séma alapján állapítják meg. A biztosító nem vizsgálja, hogy az egészségügyi szolgáltató a kárt felrőhatóan okozta-e, csupán azt vizsgálja, hogy a kár tényleg bekövetkezett-e, és ez összefüggésben áll-e az ellátással? A beavatkozással járó szokásos kockázatokért azonban a biztosító nem fizet. Ha a károsult nem elégedett a biztosító döntésével, akkor peres úton érvényesítheti az igényét.²⁰

2.2. Arbitrációs típusú vitarendezés

Az arbitráció egy olyan permegelőző, perelhárító eljárás, melynek – a törvény megfogalmazása szerint - akkor van helye, ha legalább a felek egyike gazdasági tevékenységgel hivatásszerűen foglalkozó személy, és a jogvita e tevékenységgel kapcsolatos. A felek az eljárás tárgyáról szabadon rendelkeznek, amennyiben a felek az eljárást választottbírói szerződésben kikötötték.²¹

A választottbírók között különbséget szoktak tenni aszerint, hogy milyen jellegű ügyet tárgyalnak, illetve eljárásukban kik szerepelnek félként. Eszerint beszélhetünk:

- államigazgatási jellegű választottbírókokról, (megtalálható Németországban, ahol az élelmiszer és közszükségleti cikkekre vonatkozó törvény alapján megtett adminisztratív intézkedések ellen választottbíróshoz lehet fordulni)*

²⁰ Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége. HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., 2004, 32-36. o.

²¹ Kengyel Miklós: Választottbíráskodás, Pécs, 1995, 103. o.

- *nemzetközi* választottbíróóságokról (például az 1979-es teheráni tús-ügy megoldására alakult nemzetközi választottbíróóság, amely az Algériai Szerződések alapján jött létre)
- *magánjogi* választottbíróóságokról. Ide tartoznak a nemzeti és nemzetközi kereskedelmi választottbíróóságok.

Attól függően, hogy milyen szervezeti keretek között zajlik a választottbíróósági eljárás, lehet *állandó* választottbíróóság és eseti ún. *ad hoc* választottbíróóság. Ez utóbbi csak egy-egy jogvita eldöntésére jön létre, és a székhely szerinti ország törvényi szabályozása határozza meg az eljárást.²² A felek által választott választottbíróónak (arbitrátor) függetlennek, pártatlannak kell lennie, nem képviselője egyik félnek sem, az eljárás folyamán utasítást nem fogadhat el, teljes titoktartásra kötelezett. A vitában a választottbíró elnököl, és döntése a felekre nézve kötelező.

A gazdasági életben, a kereskedelemben felmerülő viták eldöntésére szolgáló *választottbíráskodás* nagy múltra tekint vissza világszerte és hazánkban egyaránt.

A nemzetközi gazdasági kapcsolatokban a választottbíráskodást a felek gyakran előnyben részesítik valamely nemzeti bírósággal szemben. Ennek egyik oka az, hogy a választottbíróóság ítéletét könnyebb külföldön végrehajtani, mint a nemzeti bíróságét.

Magyarország számos nemzetközi egyezményben vállalta, hogy támogatja a nemzetközi kereskedelmi viták választottbíróósági úton történő elbírálását.

A kereskedelmi jog és a választottbíráskodás területén *jogegységesítési* törekvések figyelhetők meg több évtizede. Ennek eredményeként nem csak nemzetközi egyezmények, hanem mintaszabályzatok és mintatörvények is létrejöttek. A jogegységesítés első eredményei a választottbíróósági kikötésekről szóló *Genfi Jegyzőkönyv (1923)*, a külföldi választottbíróósági határozatok végrehajtását szabályozó *Genfi Egyezmény (1927)*. Nagy jelentőséggel bírt a 140 ország által ratifikált, a külföldi választottbíróósági ítéletek elismeréséről és végrehajtásáról szóló, az ENSZ keretében létrejött *1958. évi New York-i Egyezmény (1962. évi 25. tvr.)*, a nemzetközi kereskedelmi választottbíráskodásról szóló *Genfi Európai Egyezmény (1961)* és a volt KGST országokban fontos szerepet betöltő *Moszkvai Konvenció (1972)*. Utóbbit Magyarország mondta fel elsőként - 1994-ben.

1966-ban - magyar kezdeményezésre - a Közgyűlés, az ENSZ szervezeteként, a jogegységesítés előmozdítására hozta létre a *Nemzetközi Kereskedelmi Joggal*

²² Sáriné dr. Simkó Ágnes (szerk.): A mediáció. A közvetítői tevékenység, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., 2003, 20. o.

Foglalkozó Bizottságot (United Nations Commission on International Trade Law), közismert nevén az *UNCITRAL*-t.²³ Az egyezségi eljárás fogalma megtalálható az *UNCITRAL* békéltetéssel kapcsolatos előírásaiban, amelyet az ENSZ Közgyűlése²⁴ 1980. december 04-én a 35/52 sz. határozattal fogadott el. Feladata a nemzetközi kereskedelmi jog fejlesztése és egységesítése, mintatörvények és egységes törvények kidolgozása.

A választottbíráskodás területén végbemenő jogegységesítés mintájául világszerte az *UNCITRAL* által kidolgozott *Mintatörvény*²⁵ szolgált. Voltak olyan országok, amelyek szószerinti fordításban átvették, és saját jogi hagyományaikkal bővítették ki azt. A külföldi választottbírói döntések elismerése és érvényesítése tekintetében a Svédországban folyó gyakorlat modellértékű lehet más országok nemzeti bíróságai számára, mivel Svédország modellszabályozást kínál. Ez nemcsak annak az eredménye, hogy Svédország egy az egyben ültette át saját arbitrációs törvényébe az 1958. évi New York-i Egyezmény²⁶ rendelkezéseit, hanem következetesen alkalmazza az érvényesítést támogató irányelvet az egyes végrehajtási ügyek megítélésénél.

Az 1958. évi New York-i Egyezmény törekvése az volt, hogy globális szabályrendszert alkosson, elsődlegesen a külföldi választottbírói döntések végrehajtására. Az egyezmény általános jellemzője, hogy a választottbírói döntést érvénytelenítő okok tekintetében a bizonyítási terhet egyértelműen a döntéssel elmarasztalt félre rója. Más szavakkal: a végrehajtásért folyamodó féltől nem várható el, hogy ő bizonyítsa, hogy a választottbírói döntés érvényességéhez szükséges minden követelmény teljesült, ezzel szemben a döntéssel elmarasztalt fél köteles bizonyítani a döntést érvénytelenítő lényegi hiba vagy hiányosság meglétét.

Az 1958. évi New York-i Egyezmény másik fontos eleme, hogy az V. cikkelyében kifejezetten meghatározza azokat az eseteket, amikor a *végrehajtás megtagadható*. Tehát az itt felsoroltakon kívül egyéb ok nem vehető figyelembe hivatkozási alapként a választottbírói döntés végrehajthatatlanságára.

Fontos megjegyezni, hogy *az egyezmény a végrehajtási irányelv minimumát rögzíti, melyhez az aláíró államok kötelesek tartani magukat*. Azonban semmi akadályja nincsen

²³ Sáriné dr. Simkó Ágnes (szerk.): A mediáció. A közvetítői tevékenység. HVG-ORAC 2003.26. o.

²⁴ www.uncitral.org/english/texts/arbitration/conc-rules.htm

²⁵ www.uncitral.org/english/texts/arbitration/ml-cone-e.pdf

²⁶ www.uncitral.org/english/texts/arbitration/NY-conv.htm

annak, hogy az egyes országok a végrehajtás támogatása érdekében ennél kiterjedtebb szabályozást alkalmazzanak.²⁷

Dániában néhány éve vita folyik a választottbírók és a rendes bíróságok viszonyáról. A vita, érinti egyrészt azt a kérdést, mennyire célszerű, hogy bírók elnököljenek a választottbírói testületben, másrészt azt az alapvető kérdést, hogy milyen helyet foglal el a rendes bírósági rendszer a konfliktuskezelő intézmények teljes palettáján a modern társadalomban. Mindmáig az arbitráció jogi szabályozásának alapja az 1972. évi Választottbírói Törvény.²⁸ E törvény csupán 13 paragrafusból áll. Ám mai szemmel nézve a törvény túl tömörnek tűnik. A szakirodalom számos alapvető kérdést vetett fel, melyről a törvény nem rendelkezett, és *jogrendjébe nem építette be a különböző nemzetközi modelltörvényeket, azaz az UNCITRAL²⁹ és az IBA³⁰ jogszabályait.*

Mivel a közigazgatás nem adta jelét a holtpontról való elmozdulásának, a *Dán Ügyvédi Kamara 2002-ben hozzálatott egy korszerű választottbírói törvény tervezetének kidolgozásához.* A munka eredményeként született jelentést 2003-ban tették közzé. Miután a jelentést nyilvános vitára bocsátották, a törvényjavaslatot az Országgyűlés elé terjesztették, és *a törvény 2005. július 1-én hatályba lépett.*

A fő célkitűzés az volt, hogy a dán törvény a lehető legjobban igazodjon a nemzetközi standardhoz, mindenekelőtt az UNCITRAL modelltörvényéhez. Ez azt jelentette, hogy a törvény hasonlít a svéd, angol és német jogszabályhoz, de valószínűleg még a norvég törvénytervezethez is.³¹

Az egészségügyre specializálódott választottbírókat az Egyesült Államokban és Németországban is létrehoztak.

²⁷ Christer Söderlund: Recognition of Foreign Arbitral Judgements: the Practice in Sweden , Alexander Trunk, Ari-Matti Nuutila, Vytautas Nekrošius (Hrsg.): Schiedsgerichtsbarkeit und andere Formen alternativer Streitbeilegung. Erfahrungen und Tendenzen im Ostseeraum, Berlin, 2006, BWV Berliner Wissenschafts-Verlag GmbH, 78. o.

²⁸ www.logir.fi/foldb/lov/1972/0000181.htm

²⁹ www.uncitral.org/english/texts/arbitratio/arb-rules.htm.

³⁰ www.ibanet.org

³¹ Lars Lindencrone Petersen: Danish Legislation on Arbitration. Alexander Trunk, Ari-Matti Nuutila, Vytautas Nekrošius (Hrsg.): Schiedsgerichtsbarkeit und andere Formen alternativer Streitbeilegung. Erfahrungen und Tendenzen im Ostseeraum, Berlin, 2006, BWV Berliner Wissenschafts-Verlag GmbH, 71-72. o.

- Az Egyesült Államokban tizenhárom államban vezették be az önkéntes választottbíróági eljárást, amely megelőzi, vagy helyettesíti a bírósági eljárást. A testület döntése végrehajtható.
- Németországban az orvosi kamara által működtetett testület előtt folyó eljárás nem felel meg teljes egészében a hagyományos értelemben vett választottbíróági eljárásnak, mégis ahhoz áll közelebb.

1989-ben Magyarországon is felmerült a választottbíráskodás korszerű szabályozásának szükségessége, de rövid idő alatt eldőlt, hogy semmi nem indokolja a belföldi és a nemzetközi választottbíráskodás szabályainak külön törvénybe foglalását, hiszen mindkét eljárás alapelvei azonosak. Így került kodifikálásra, hogy az 1994. évi LXXI. törvény hatálya mind a belföldi, mind a nemzetközi kereskedelmi választottbíráskodásra kiterjed.³² A törvény hazai jogi hátterét a Polgári Törvénykönyv adta, amely az előző fejezetben részletesebben került kifejtésre.³³

2.3 Mediációs típusú vitarendezés

Az alternatív vitamegoldás legelterjedtebb formája a közvetítés, vagy ahogyan a külföldi szakirodalomban nevezik: a mediáció. Ez egy olyan konfliktuskezelő módszer, amelynek során a konfliktusban álló felek között egy pártatlan, a *konfliktuskezelésben jártas személy (a mediátor) irányít*, akinek az a feladata, hogy a konfliktusban álló felek egymás között megtalálják a számukra kölcsönösen elfogadható megoldásokat.

*A mediátor nem dönt, a döntés joga és felelőssége a résztvevők kezében van, akik érdekeiket szem előtt tartva jutnak el a megegyezéshez.*³⁴ Az így létrejött megállapodás a feleket nem korlátozza abban, hogy a vitás ügyükkel a bírósághoz forduljanak.

Amíg a választottbíráskodás általában sokkal formálisabb procedúra, addig a közvetítői eljárás, a mediáció, egy lényegesen informálisabb eljárás.³⁵ A mediációnak elsősorban az Egyesült Államokban vannak nagy hagyományai, de egyre inkább

³² Sáriné dr. Simkó Ágnes: Mediáció. A közvetítői tevékenység, Budapest, 2003, HVGORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., 25-27. o.

³³ Lásd 19. oldal

³⁴ Lovas Zsuzsa, Herczog Mária: Mediáció avagy a fájdalommentes konfliktuskezelés, Budapest, 1999, MúzsákMúzsák Kiadó, 24. o.

³⁵ Mathews, Rod, Zimmerman: Healthcare alternative dispute resolution, 2003, CPA Journal, 73, 12. o.

elterjed Nyugat-Európában is. Az utóbbi időben ezt a konfliktusrendezési formát az Európa Tanács is felkarolta.³⁶

Leggyakrabban a környezetvédelemben, a munkaügyi vitákban, a családjogban, a fogyasztóvédelem területén alkalmazzák.

A mediáció nem más, mint a pozitív gondolkodásra serkentés, melynek segítségével legyőzhetjük a konfliktusokat.

2.3.1. Munkaügyi Közvetítői és Döntőbírói Szolgálat (MKDSZ)

Magyarországon a békéltető- és közvetítő eljárások hagyományos területe a munkajog és a családjog volt. A szocialista korszak jellegzetes intézményei a munkaügyi döntőbizottságok voltak, amelynek az igénybevétele jogszabály kötelező előírásán alapult.

1967. évi Munka Törvénykönyve kötelezővé tette a munkavállalók számára, hogy a munkaadó sérelmes határozatával szemben munkaügyi döntőbizottsághoz forduljanak. Ezek a döntőbizottságok a munkáltatótól szervezetileg nem voltak függetlenek, azonban a döntőbizottság határozatát mindkét érintett fél keresettel megtámadhatta a bíróság előtt. A rendszerváltás után megszűnt a kötelező döntőbizottsági eljárás, és a szervezett döntőbizottsági hálózat is.

*Az 1992-ben megjelent az új Munka Törvénykönyve 195. §-a már rögzítette a közvetítés lehetőségét és a 196. § a döntőbíráskodás választását is lehetővé tette a kollektív munkaügyi viták esetén.*³⁷

A lehetőségek tehát már adottak voltak, azonban a vitás ügyekkel még nem volt hová fordulni. Csak négyévi tervezés után, 1996-ban hozta létre az Érdekegyeztető Tanács a *Munkaügyi Közvetítői és Döntőbírói Szolgálatot* (MKDSZ). 2000-ben 63 közvetítő tag volt. Az ország különböző területeiről pályázó egyetemi tanárok, köztisztviselők, szakszervezeti tisztségviselők és vállalkozók töltötték be a fenti tisztséget. 1996-tól 2000-ig 144 esetben keresték meg az MKDSZ-t, ebből 101 munkaügyi vita, 31 pedig nagyobb egyéni jogvita volt. Az esetek többségében az MKDSZ ajánl fel segítséget a feleknek, de sokszor a vitázó felek keresik fel a szervezetet.

³⁶ Recommendation No. R (98)1 of the Committee of Ministers to Member States on Family Mediation,

³⁷ Kengyel Miklós: Magyar polgári eljárásjog, 8. kiadás, Budapest, 2006, Osiris, 638. o.

A nyolc napnál rövidebb ideig tartó közvetítésért a feleknek nem kell fizetniük, a munkáltatót csupán a költségek terhelik.

2.3.2. Egészségügyi közvetítői eljárás

Az első valódi mediációt az *egészségügyi közvetítői eljárásról szóló 2000. évi CXVI. törvény* teremtette meg. Az ügyben érintett felek önkéntesen, saját akaratukból választják ezt az alternatív vitamegoldást, amelyben *közvetítő vagy közvetítő tanács segíti*, hogy a felek saját megoldásukhoz minél hamarabb eljussanak, külső kényszer nélkül. A közvetítő vagy közvetítő tanács nem dönt, nem adhat jogi tanácsot, az eljárást bizalom övezi, és vonzó lehet mindenki számára a kötelező titoktartás.

A közvetítői eljárás során a jogvita gyors megoldására kerülhet sor, amely mindkét fél érdeke.³⁸ Ez az eljárás a későbbiekben részletesen kerül tárgyalásra, ezért itt csak a legjellegzetesebb ismérvek kerültek kiemelésre.

2.3.3. Közvetítői tevékenység

A közvetítői tevékenységről szóló törvény előkészítésénél az alternatív vitarendezési módok vizsgálata során a mediációs típusú eljárás és annak bevezetése azért került előtérbe, mert a külföldi tapasztalatok azt támasztották alá, hogy ez a vitarendezési mód igen hatékony szerepet tölthet be a jogvita lezárásában, valamint ezen túlmenően hozzájárulhat a hazai konfliktuskezelő kultúra kialakításához.

Hazánkban az *Országgyűlés 2002. december 3-ai ülésnapján fogadta el a közvetítői tevékenységről szóló 2002. évi LV. törvényt, amely 2003. március 17-én lépett hatályba.*

A törvény megalkotásával az Országgyűlésnek az volt a célja, hogy a polgári jogviták bíróságon kívüli rendezésének lehetőségét biztosítsa. Ennek azért nagy a jelentősége, mert a bíróságok előtt folyó pereskedés rendkívül időigényes, költséges, a felek egymás közötti viszonyát sokszor a végletekig elmérgesíti, lehetetlenné téve későbbi esetleges együttműködésüket.

Magyarországon az utóbbi időszakban évente több mint egy millió új ügy kerül a bíróságok elé, amelyek nem ritkán 3-5 év után nyernek jogerős befejezést, és válnak

³⁸ Kengyel Miklós: A mediáció Magyarországon, (kézirat) Pécs, 2003, 2. o.

végrehajthatóvá. Ilyen hosszadalmas eljárásokat az üzleti élet nem könnyen visel el. Annak a vállalkozásnak, amely például az általa leszállított áru ellenértékét szeretné megkapni, nemcsak az a fontos, hogy egyszer majd a pénzét megkapja, hanem az is, hogy mikor és milyen költséggel kerül erre sor.

Az új jogintézmény bevezetése nem volt uniós követelmény, de a törvény megalkotásánál több nemzetközi ajánlást, az Egyesült Nemzetek Szövetségének Nemzetközi Kereskedelmi Jogi Bizottsága által kidolgozott ún. *modelltörvényt* és az *Európai Unió Bizottsága által 2002-ben kiadott, ún. Zöld Könyv ajánlásait is figyelembe vették.*

Az alternatív vitarendezés hívei számára nagy segítséget jelentett a Brüsszelben kidolgozott vitairat, az úgynevezett „Zöld Könyv”, amely *a polgári jog és a kereskedelmi jog területén alkalmazható eljárásokról* szól. A „Zöld Könyv” lehetőséget biztosít, hogy mindenki számára ismertebbé váljék az *alternatív vitarendezés*, és világos kép alakuljon ki a tagországok és a Közösség szintjén az e területen indított kezdeményezésekről és munkálatokról.³⁹

Célja volt továbbá az is, hogy széleskörű ismeretekre épülő konzultációt indítson az érintettek között. A vitairat egyúttal önmaga is olyan kérdéseket vet fel, amelyek - fontosságukat és gyakorlati értéküket tekintve - olyan jelentősek, hogy ezeket összefoglalva az irat befejezéseként megismétli. Ezek a kérdések főként jogi természetűek, és az alternatív vitamegoldási eljárások lényeges sajátosságait érintik. Az igazságszolgáltatáshoz való hozzáférés igen megnehezült, a bíróság elé vitt viták mennyisége növekedett, az eljárások ideje egyre hosszabbá vált, az eljárások költségei egyre növekedtek. Nőtt a jogszabályok mennyisége, komplexitása és technikai átláthatatlansága is. A 16. cikk meghatározza: „a jogi segílyt olyan esetekben kell folyósítani, ahol a vita, bíróságon kívüli eljárás mentén zajlik, amennyiben a törvény rendelkezésre bocsát efféle eljárást, vagy ha a vitázó feleket a törvényszék ilyen eljárásra rendeli”.

Az alternatív vitarendezés alapként szolgált az Európai Unióban a fogyasztóvédelem, a családjog és a munkajog területén.

Az Európai Parlamenti és Tanácsi Irányelv a polgári és kereskedelmi ügyekben végzett közvetítés egyes szempontjairól szóló 2004/0251 (COD) javaslat (14) bekezdése

³⁹Zöld Könyv a polgár,-és kereskedelmi jogi alternatív vitarendezési lehetőségről, előterjesztő a Bizottság, Európai Közösségek Bizottsága, Brüsszel, 2002. 04. 19. COM(2002) 196 final 5-15. o.

szerint a fogyasztóvédelem területén a Bizottság 2001-ben hivatalos ajánlást fogadott el, amely megállapítja azokat a minőségi minimumkritériumokat, amelyeket a fogyasztói jogviták közös megegyezésen alapuló rendelkezésében eljáró bíróságon kívüli testületeknek felhasználóik részére kínálniuk kell. Tanácsos, hogy valamennyi közvetítő vagy az ajánlásban érintett szervezet tartsa tiszteletben annak alapelveit. Az ezekre a testületekre vonatkozó információk terjesztésének biztosítása érdekében a Bizottság létrehoz egy adatbázist azokról a bíróságon kívüli rendszerekről, amelyek a tagállamok szerint tiszteletben tartják az ajánlás elveit.

A 2005. június 8-9-én megtartott 418. plenáris ülésén az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság elfogadta azt a véleményt, amely „javaslat európai parlamenti és tanácsi irányelvre a polgári és kereskedelmi ügyekben végzett közvetítés egyes szempontjairól” szólt. Tanácsi rendelet született a polgári és kereskedelmi ügyekben a joghatóságról, valamint a határozatok elismeréséről és végrehajtásáról. Rendelkezik többek közt a határozatok végrehajtását megkönnyítő óvintézkedések módosításáról, valamint egy európai hatállyal bíró végrehajtható okirat elismeréséről.⁴⁰

A legfrissebb adatok szerint az *Európai Unió Tanácsa 2008. február 28-án a közös álláspontot elfogadta* a polgári és kereskedelmi ügyekben végzett közvetítés egyes szempontjairól szóló európai parlamenti és tanácsi irányelvekre vonatkozó javaslatot. A javaslat a Bizottság által 2002-ben az alternatív vitarendezésre vonatkozóan benyújtott zöld könyv egyik utólagos intézkedését képezi, a másik intézkedés, az érdekelt felek egy csoportja által a Bizottság közreműködésével kidolgozott és 2004 júliusában életbe léptetett „közvetítők európai magatartási kódexe” volt. A Bizottság javaslata szintén kiterjedt a közvetítés határokon átnyúló, illetve belső jogviták esetén történő igénybevételére, mivel véleménye szerint nem lenne megvalósítható vagy kívánatos a közvetítésnek csupán a határokon átnyúló elemet magukban foglaló jogviták vonatkozásában történő előmozdítása.⁴¹

Különleges helyet foglalt el a fogyasztóvédelmen belül az Online Vitarendezés az „eEurópa Működési Terv”-ben, az elektronikus kereskedelem területén lévő fogyasztói vitás ügyek kapcsán. A Bizottság egy tárgyalási és információcseréről szóló fórumot

⁴⁰ Európai Gazdasági és Szociális Bizottság 418. plenáris ülése, az Európai Unió Hivatalos Lapja C 286/1 (2005. 11. 17.)

⁴¹ http://www.europarl.europa.eu/commonpositions/2008/pdf/c6-0132-08_hu.pdf

állított fel az Internettel (e-bizalom) kapcsolatos fogyasztói bizalom témájában.⁴² Ebben a Bizottság támogatja az érdekeltek általi előrelépést, kereskedelmi szokások magas színvonalán képviselve szakmabelieket és fogyasztókat a kereskedelmi szokások magas színvonalán. Bizottsági szinten jelentős erőfeszítéseket tettek az alternatív vitarendezés fejlődésének erősítésére az elektronikus kereskedelem területén. Például, Bizottsági pénzügyi támogatást hoztak létre online kezdeményezésekért, minőségellenőrző projekteket kereskedelmi helyeknek, továbbá egyetemi tanulmányokat és képzési programokat az alternatív vitarendezéssel kapcsolatban.⁴³

2.3.4. Büntető ügyekben alkalmazható közvetítői tevékenység

Magyarország európai uniós tagságából fakadó kötelezettségének eleget téve döntött a kormány a közvetítői eljárás bevezetéséről a büntetőügyekben. „Minden tagállam megfelelő intézkedéseket tesz annak érdekében, hogy ösztönözze az elkövetőt a sértettet megillető megfelelő kártérítés nyújtására” - olvasható az Európai Unió 2001. március 15-i, a sértettnek a büntetőeljárásban való jogállásáról szóló kerethatározatában. Ennek egyik lehetséges eszköze a közvetítői eljárás bevezetése.

*A kerethatározat pedig kötelező, ezért a tagállamoknak legkésőbb 2006. március 22-ig hatályba kell léptetniük az annak végrehajtásához szükséges belső jogszabályaikat.*⁴⁴

Ezen előzményt követően született meg a legújabb közvetítői törvény a 2006. évi CXXIII. törvény a büntető ügyekben alkalmazható közvetítői tevékenységről, amely 2007. január 1-én lépett hatályba. Ez lehetővé teszi, hogy ha a tettes megbánást tanúsít, és megtéríti a kárt, vagy a sértett félnek más módon elégtételt nyújt, elkerülheti a felelősségre vonást. Az ilyen eljárást a sértett és az elkövető önkéntes hozzájárulásával, beleegyezésük esetén az ügyészség, illetve a bíróság kezdeményezheti, bár egyelőre a bíróságok az aktívabbak, az ügyek kétharmadát ott indítványozták. Az új jogintézmény egyik célja a jóvátétel mellett éppen az, hogy kevesebb ügy kerüljön bíróság elé.

⁴² Interneten történő vásárlás zavartalan lehetőségét jelenti az e-bizalom, vírusmentességet feltételez, de Magyarország az e-biztonság tekintetében internetbűnözéssel fertőzött ország.

⁴³ Zöld Könyv a polgár,-és kereskedelmi jogi alternatív vitarendezési lehetőségről, előterjesztő a Bizottság, Európai Közösségek Bizottsága, Brüsszel, 2002. 04. 19. COM(2002) 196 final 20. o.

⁴⁴ IRM archívum: Közvetítői eljárás büntetőügyekben - a helyreállító igazságszolgáltatás új eszköze. 2006. 01. 13.

2.3.5. Fogyasztóvédelem

Az arbitrációs és mediációs típusú vitarendezési megoldások közötti határvonal nem húzható meg élesen. A két ADR fajta között átmeneti kategóriát képez a fogyasztóvédelmi törvény, amelyben erőteljesebben érvényesül az arbitrációs jelleg, ugyanakkor a mediáció jellegzetességei is megtalálhatók.

A fogyasztóvédelmi *békéltető testületek* felállítása európai uniós követelmény volt, így az Országgyűlés megalkotta a *fogyasztóvédelmi törvényt (1977. évi CLV. törvény)*, amely úgy rendelkezett, hogy 1999. január elsejétől létre kell hozni a fogyasztóvédelmi békéltető testületeket.

A testületek tagjait a területi gazdasági kamarák és a helyi fogyasztóvédelmi szervezetek delegálják (a legnagyobb közülük az Országos Fogyasztóvédelmi Egyesület - OFE). *A testület által hozott döntés kötelező érvényű, ha a felek előzetesen megállapodtak ebben.* Gyakoriak az utazási irodákkal és lakásfelújító cégekkel kapcsolatos panaszok. A békéltető eljárás megindításának a feltétele, hogy a felek előbb megpróbáljanak megegyezni. Ha ez nem sikerült, akkor a panaszos fogyasztóvédelmi eljárást kezdeményezhet, s ha befizette az eljárási díjat, a testület értesíti a bepanaszolt céget az eljárás megkezdéséről. A tapasztalat az, hogy minél nagyobb a cég, annál valószínűbb, hogy komolyan veszi az ügyet. 1999-2000 között 400 ügyel foglalkoztak, és sok esetben a békéltető eljárás megkezdése után megegyeztek, s a panaszost szinte azonnal kárpótolták. *A békéltető testület döntése jogerős*, bírósághoz az ügyel csak akkor lehet fordulni, ha a békéltető testület nem a törvényi előírások szerint járt el.

3. A mediáció megjelenése

A rendszerváltozás után kialakuló demokráciák támogatására, a civil szektor megszilárdítására létesített központokat a kelet-közép európai régió több országában - így hazánkban is - egy amerikai nonprofit szervezet, a Partners for Democratic Change. Az 1994-ben létrehozott Partners Hungary Alapítvány - független értékelők szerint - az ország négy legjobb civil szervezetének egyike. 1996 óta foglalkoznak mediációval, mint fontos demokrácia-technikával, annak elméleti háttérével és gyakorlati megvalósításával.

Rövid időn belül különböző szakterületekről érkeztek érdeklődők, e szemlélettel azonosulók, a módszert elsajátítani és alkalmazni vágyók.

Alapvető célkitűzése: a demokrácia mindennapi gyakorlatával, az új társadalmi, politikai, piaci és intézményi struktúrák kialakulásával természetes módon együtt járó feszültségek, konfliktusok megelőzése, feloldása, az ehhez szükséges technikák, eljárások széles körű elterjesztése, valamint a változások menedzselése. Ahhoz, hogy kultúraltabban tudjuk megoldani konfliktusainkat, többek között ez a fontos elem hiányzik, és ennek beépítése nagyon régi terv, és talán előbb-utóbb megvalósul.

Oktatási és gyakorlati munkájuk során azt tapasztalták, hogy a mediáció - mint szemlélet, módszer és eszköz - számos területen hasznosítható. Így pl. nemzetközi konfliktusok, politikai konfliktusok, munkahelyi konfliktusok, etnikai konfliktusok, környezetvédelmi viták, munkaügyi viták, családi konfliktusok, ifjúsági kriminalitás, gazdasági ügyek, üzleti viták stb. Ezekben a területeken mediációt használnak azok, akik a továbblépési lehetőségeket egyénenként vagy intézményi háttérrel próbálták megkeresni. Ez a hazai fejlődés és érdeklődés készítette arra a mediációval foglalkozó, különböző szakterületekről érkező szakembereket, hogy együtt, együttesen teremtsék meg a békés úton történő konfliktusrendezés hazai kultúráját. Szervezett keretek között fogják össze a különböző szakterületeken jelentkező ilyen jellegű feladatokat, találjanak kapcsolódási pontokat, osszák meg tapasztalataikat egymással.

Az együttműködésnek és kommunikációnak az egyesületi forma bizonyult megfelelőnek, ezért *2000. október 27-én 82 alapító taggal megalakult az Országos Mediációs Egyesület (OME)*, amelynek célja, hogy a mediációt - mint alternatív konfliktuskezelési módszert - alkalmazza és elterjessze Magyarországon, összehangolja a mediáció oktatásával és gyakorlásával foglalkozó szakemberek munkáját.⁴⁵

Feladatai közé tartozik még a mediáció alkalmazóinak összefogása, támogatása, érdekvédelme, továbbképzése, munkájuk koordinálása, a módszer alkalmazásához szükséges jogi háttér kialakítása, konferenciák szervezése, információs szolgálat létrehozása, tanácsadás, etikai kódex szerkesztése.

Célja továbbá az, hogy a *mediáció módszerének tanítását bevigye az oktatásba*, hogy felnövekedjen egy olyan generáció, amelyiknek iskolán belül oktatják ezt a

⁴⁵ A Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Kara és az Országos Mediációs Egyesület 2008. februárjától közvetítő/mediátor szakirányú továbbképzést ídított egyetemi/főiskolai végzettségűek számára, képzés időtartama 4 félév havonta kétszer

módszert, hogy ha valamilyen konfliktusa van az osztálytársával, akkor azt hogyan érdemes megoldani. Amerikában már teljesen beépült a köztudatba a konfliktuskezelés nyelve, gondolkodásmódja. Ez persze nem azt jelenti, hogy minden probléma megoldódik, hiszen ettől még van bűnözés, és vannak konfliktusok, de mindenesetre tanítják az iskolákban azt, hogy nincs szükségszerűen vesztes, hanem *mindenki lehet nyertes*.⁴⁶

4. A mediáció megjelenése a hazai jogrendszerben a kilencvenes években

A magyar jogrendszer egészen végig vonul a békés rendezésre való törekvés, a kötelező együttműködés, a megegyezésre való felszólítás, a jóhiszeműség és a tisztesség követelményeivel. Ezen alapelvek és elvárások alapján kijelenthető, hogy a bírói út mellett törvényeink más vitarendezési módokra is lehetőséget adnak, nevezetesen a békéltetés, a választottbíróóság intézménye jól beilleszthető jogunk egészébe.⁴⁷ Fontos továbbá, hogy megengedi azt, hogy a felek közös megegyezéssel (és ezen van a hangsúly) módosíthatják a szerződés tartalmát, vagy megváltoztathatják kötelezettség-vállalásuk jogcímét, valamint azt, hogy a szerződést egyezséggel is lehet módosítani. Utal arra is, hogy az egyezés esetén a felek a szerződésből eredő vitás vagy bizonytalan kérdéseket közös megegyezéssel úgy rendezik, hogy kölcsönösen engednek egymásnak (világosan látható, hogy mediáció sarkalatos pontja ez az alapelv, mivel ha nincs közös akarat, nincs mediáció sem).

Az ügyvédekről szóló 1998. évi XI. törvény elsőként fogalmazta meg, hogy az ügyvéd elsőrendű kötelezettsége az ellenérdekelt felek közötti megegyezéssel rendezés elősegítése.⁴⁸

⁴⁶ Az Egyesült Államokban a *gyermek-mediátor képzés* nagyon hasonló a mediátor oktatáshoz. A gyerekeket megtanítják a konfliktuskezelés alapelveire: vitás esetekben - konfliktushelyzetben - lehetséges a győztes-győztes kimenetel, amihez egy speciális kommunikációs módszer tartozik. Tehát mindenki elmondja, hogy mire van szüksége és az miért fontos neki, és akkor együtt lehet azon gondolkodni, hogy mi a jó megoldás. A gyermek-mediátorok a képzés után kapnak egy kötetet, amire rá van írva, hogy viselőjük mediátor. Ha a mediátor látja, hogy valami konfliktus van a szünetben, akkor odamegy és megkérdezi a feleket, hogy nem akartok-e félrevonulni, ülünk le és beszéljük meg, mi is a probléma? A módszer - az esetek túlnyomó többségében - tényleg működik. Természetesen a tanárok is részesei a rendszernek. Ha tanárra van szükség, a tanár se tekintélyelvűen dönt, hanem ha beavatkozik, akkor azt mediátor-szerűen teszi. Mi még ettől messze vagyunk, de elgondolkodni érdemes azon, hogy nem csökkentené-e ennek a módszernek a tanítása a fiatalok agresszivitást?

⁴⁷ Somogyi Árpád: *Mi fán terem a mediáció?* Jogtudományi Közlöny, 2000, január, 23. o.

⁴⁸ 1998. évi XI. törvény az ügyvédekről 1. §

A családjogi esetek körében a házasság és a család egységének megőrzése és a kiskorú gyermek érdekeinek védelme érdekében a családjogi törvény több ponton felhív a megegyezés keresésére. Ilyenek például a házasság felbontása (közös megegyezéssel), a közös vagyonmegosztás, a lakáshasználat, a gyermekelhelyezés, a szülői felügyelet gyakorlása, valamint a tartási kötelezettség teljesítése kapcsán lehetséges megegyezés. Hasonló célt szolgált a válóperek első szakaszában az ún. békéltető tárgyalás, amelytől a bontóperek számának csökkenését várták. Sajnos a prognózis hibásnak bizonyult, mivel az ilyen perek száma nem csökkent, ugyanakkor a bíróságok munkaterhe a meghallgatások miatt megnőtt.

A Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint 1980-ban 80 331, 1990-ben 66 405, 2000-ben 48 000, 2001-ben már csak 43 500 volt a házasságkötések száma Magyarországon. 2001-ben 43 500 házasságkötés mellett 24 000 házasságot bontottak fel a bíróságon.⁴⁹

Az együttműködés elve érvényesül a nemzetközi kétoldalú államközi szerződéseinkben is, miszerint (Svájccal, Svédországgal) esetleges vitás kérdéseinket békéltető fórumokon oldjuk meg.

*Az államigazgatási eljárás általános szabályairól szóló 1957. évi IV. törvény 38. § (1) bekezdése az egyezséget lehetővé teszi. Ennek értelmében további pontosításokra, az egyezségkötés módjának meghatározására nincs feltétlenül szükség, mert az alapfelhatalmazás rendelkezésre áll, és nem kívánja a felek megegyezésre jutását befolyásolni.*⁵⁰

A választottbíráskodásról szóló törvény 39. § (1)-(3) bekezdései szerint, ha az eljárás során a felek a jogvitában egyezséget kötnek, a választottbíró az eljárást végzéssel megszünteti. Ha a felek kérik, a választottbíró az egyezséget a megállapodásban rögzített feltételekkel ítéletbe foglalja, feltéve, hogy megítélése szerint az egyezség megfelel a jogszabályoknak. A választottbírói ítéletbe foglalt egyezség hatálya azonos a választottbíró által hozott ítélet hatályával.

A bányászatról szóló 1993. évi XLVIII. törvény több ponton utal megegyezés megkísérlésének kötelezettségére, a tevékenységével vagyoni kárt okozó bányatulajdonos és a károsult között [37. § (5) bekezdés].

⁴⁹ Somfai Balázs: A családjog jövője. Bontás és közvetítés, Családi jog, 2003, 1. évf., 2. szám, 1. o.

⁵⁰ Bándi Gyula: A közvetítés (mediáció) jogi szabályozásának továbbfejlesztése, Jogtudományi közlöny, 2000, január, 13. o.

A kisajátításról szóló törvényerejű rendelet rendelkezése szerint a kisajátítás csak végső eszköz lehet, előbb meg kell kísérelni a megegyezést az érintett ingatlan tulajdonosaival.

Az 1995. évi LIII. törvény a környezetvédelemről. A 10. §. (1) bekezdése az együttműködés kötelezettségét a törvény kiterjeszti a jogalanyok teljes körére, valamint a környezetvédelemmel kapcsolatos mindenfajta tevékenységre.

Az 1992. évi XXII. törvény - a Munka Törvénykönyvéről - egy szervezetileg nem körülhatárolt békéltető fórum, illetve békéltetőként bevont harmadik személy segítségül hívását támogatja⁵¹. Részletesebben a közvetítői eljárások szabályozása és a jelenleg hatályos jogszabályok fejezete alatt kerül tárgyalásra.

⁵¹ Somogyi Árpád: Mi fán terem a mediáció? Jogtudományi Közlöny, 2000, január, 23-24. o.

II. Az alternatív vitarendezés szerepe a konfliktusok megoldásában

1. A konfliktusok és azok kialakulása

A mediáció - vagy más néven közvetítői tevékenység - a 2002. évi LV. törvény értelmében „olyan sajátos permegelőző, konfliktuskezelő, vitarendező eljárás, amelynek célja – összhangban az I. § (1) bekezdésében foglaltakkal - a vitában érdekelt felek kölcsönös megegyezése alapján, a vitában nem érintett harmadik személy (a továbbiakban: közvetítő), bevonása mellett a felek közötti vita rendezésének megoldását tartalmazó írásbeli megállapodás létrehozása”. Az alternatív vitarendezés - mint módszer - célja az, hogy hozzáértő szakemberek segítséget nyújtsanak az egymással perben vagy haragban még nem álló feleknek konfliktusos kapcsolatuk lezárására, elkerülve ezzel a további vitákat, ellentéteket. A fentiek alapján az is belátható, hogy a mediáció tulajdonképpen egy „demokráciatechnika”.⁵²

Ezen törvényi megfogalmazáson kívül, ha mélyebben tanulmányozzuk e fogalmat, akkor meg kell vizsgálni a mediáció konfliktusszociológiai környezetét: nevezetesen mit is jelent a konfliktus, hogyan alakul ki, hol helyezkedik el a formalitás skáláján?

A *konfliktusok kialakulása* minden emberi kapcsolatban elkerülhetetlen. Az üzleti életben különösen így van ez. A szembenálló felek természetesen eltérő módon ítélik meg lehetőségeiket, a vita elmérgesedésével egyre csökken a hűvös, racionális mérlegelés szerepe és növekszik a másik fél legyőzésének motivációja, ”kerül, amibe kerül” alapon.⁵³ Társadalmunk vitakultúrája eléggé fejletlen, konfliktustűrő képessége alacsony. Az ember életében nap, mint nap keletkeznek konfliktusok, amelyekre jól vagy rosszul válaszol. Ez a reakció sokban függ az egyén vagy egyének *személyiség-típusaitól*. Ezek szangvinikus, melankolikus, kolerikus vagy flegmatikus típusok lehetnek. A

⁵² Eörsi Mátyás - Ábrahám Zita: Pereskedni rossz! Minerva Kiadó Kft. é.n. 9. o.

⁵³ Somfai Balázs: A mediáció, mint alternatív konfliktuskezelés. Pécs, 2001, 1-3.o.

személyiségtípusok nem élesen elkülönült formában jelentkeznek. (Ez a felosztás természetesen a beteg emberre is igaz.)

A konfliktusok eredetének vizsgálatakor és kezelésük kialakításakor, az emberek viselkedésformáit és várható reakcióit is figyelembe kell venni.⁵⁴

A konfliktus eredete lehet:

- érdek alapú – „nekem jobb, ha másként történik”;
- érték alapú – „engem annyi kár ért, hogy már kérem megtéríteni”;
- érzelmi alapú – „megbántott, ezért nem szeretem, nem bírom látni”.

A konfliktusszociológia megkülönbözteti a konfliktushelyzetet és a konfliktust. A konfliktushelyzetek az *érdekellentétek kiéleződésének* kialakulásával keletkeznek. A *jogi konfliktushelyzet* alapja a jog által védett érdekek sérülése, amelyeknek ab start már jogilag megfogalmazható vonatkozásai vannak. A konfliktushelyzetet az is megkülönbözteti a valódi konfliktustól, hogy az előbbi még magában hordozza az *informális* - formakényszer nélküli – konfliktuselhárítás lehetőségét, míg a manifesztálódott jogi konfliktus esetében rendszerint csak *formális* jogi megoldásról lehet szó. Ez lehet választottbírói eljárás, egyeztetés, nemperes eljárás, polgári per.⁵⁵

A *társadalmi konfliktus* kölcsönhatás két szereplő között (egyének, csoportok, szervezetek, stb.), ahol legalább az egyik szereplő gondolkodás/elképzelés/felfogásbeli és/vagy érzelmi és/vagy akarati ellentétet vagy összeegyeztethetlenséget érzékel a másik szereplővel (szereplőkkel) szemben oly módon, hogy a sérelem érzetét a másik szereplő (szereplők) cselekedete váltja ki.⁵⁶

Társadalmi konfliktushelyzet - nap, mint nap - számtalan adódik, ami lehet jogi konfliktushelyzet is; de mi lenne velünk, ha minden jogi konfliktushelyzet valódi jogi konfliktussá válna? Könnyen átlátható, hogy a bírói igazságszolgáltatási rendszer pillanatokon belül összeomlana, hiszen ma sem képes a tetemes és elhúzódó peres ügyek végére pontot tenni.

Tehát, visszatérve az előző kérdésfeltevéshez és kiindulva abból a megállapításból, miszerint sokkal több a konfliktushelyzetek és a konfliktusok száma, mint a perek száma, a konfliktusok formalizált megoldásának mennyisége közelít - a jogszociológiában

⁵⁴ Ole Halesby: Személyiségtípusok, 1997, Harmat Kiadó,

⁵⁵ Kengyel Miklós: Magyar polgári eljárásjog, 8. kiadás, Budapest, 2006, Osiris, 635-636. o.

⁵⁶ Stephan Breidenbach: Mediation, Köln, 1995, Verlag, Dr. Otto Schmidt KG 5. o.

használatos igen szemléletes - az ún. *Rottleuthner féle „berlini tölcser”* szerinti formulához.⁵⁷ Ez azt mondja, hogy a konfliktushelyzet és a konfliktus minden társadalomban nagyszámú (alapjában véve ezek jelennek meg a tölcser bemenetén). A tölcser szükületét követve azonban egy része nem jut el a formalizált konfliktusmegoldáshoz, és a végén a tölcser bemenetéhez képest lényegesen kisebb átmérőjű csúcsi végen jelennek meg a formalizált megoldási formák: a polgári perek.

Összefoglalva tehát, a *konfliktushelyzet* tulajdonképpen az *érdekellentétek kiéleződését jelenti, vélt vagy valós sérelmek, okok alapján*, míg a *konfliktus az érdekek sérelmét és az érdekellentétek összeütközését* fogalmazza meg. A polgári perek mellett kedvező jelenség is megjelent, amelynek során a formális bizonyítékok megkövetelése háttérbe szorul, és a bíróságok a konfliktusok tényleges megoldására összpontosítanak. Ezek a megoldások a nemperes eljárások csoportjába tartozó alternatív konfliktuskezelési formák: az *Alternative Dispute Resolution /ADR/*, amelybe beletartozik a döntőbíráskodás vagy választottbíráskodás és a közvetítői eljárás a mediáció.

2. A konfliktusok okai és típusai

A mediáció - szemléletét és módszerét tekintve - régóta létező eljárás, amely együttműködésen alapuló, békés konfliktusrendezést és ebből születő megegyezést, stabilitást eredményez, ha sikeres volt az ezen eljárást akaró felek és a közvetítő erőfeszítése.

Konfliktusokkal mindannyian találkozunk - mind érintettként, mind kívülállóként - és hiába vágyódunk hogy a nehézségek előbb-utóbb megoldódjanak maguktól; megmaradnak, a felszín alatt izzanak, és csak egy adandó pillanatra várnak hogy kirobbanjanak. Tehát olyan megoldást kell keresni, amelynek során a felek közötti kommunikációs kapcsolat javul és a megoldással mindenki elégedett. Ez a megoldás a *nyertes-nyertes forma*, azaz mindenki elégedett, nincs legyőzött. Ha ezt nem sikerül elérni, a felszínre törő konfliktusok még jobban elmélyülnek az eredmény az, hogy lesz vesztes és lesz győztes. Ez a tipikus *győztes-vesztes forma*, amely a mediáció

⁵⁷ Rottleuthner, Hubert: Probleme der Beobachtung von Arbeitsgerichtsverfahren. In Interaktion vor Gericht. Baden-Baden, 1978, 129. o.

szempontjából nem támogatható. Az elfogadható megoldás csak az, amely mindegyik félnek előnyösebb, mint a bírósági vagy hatósági döntés.⁵⁸

A konfliktusok lehetséges okai

1. Kapcsolati konfliktusok, amelyeket
 - erős érzelmek,
 - téves észlelések, sztereotípiák,
 - kommunikációs zavarok,
 - sorozatos negatív viselkedések okoznak.

2. Értékkonfliktusok, amelyek azon alapulnak, hogy:
 - gondolatokat és viselkedéseket más-más kritériumok alapján ítélik meg a szereplők,
 - különböző a szereplők életfelfogása, vallása, értékrendszere, stb.

3. Egyenlőtlenségből adódó (strukturális) konfliktusok, amelyek okai
 - a források egyenlőtlen eloszlása,
 - az egyenlőtlen hatalmi viszonyok,
 - a földrajzi, fizikai, környezeti tényezők, amelyek gátolják az együttműködést,
 - az időhiány.

4. Információs eredetű konfliktusok, amelyek alapja:
 - az információhiány vagy információtöbblet,
 - a téves információk,
 - különböző vélemények arról, hogy mi a fontos információ,
 - az információ eltérő értelmezése,
 - eltérő helyzetértékelés.

5. Érdekkonfliktusok, amelyek oka:
 - az egymással ténylegesen szemben álló,

⁵⁸ Eörsi Mátyás - Ábrahám Zita: Pereskedni rossz! Minerva Kiadó Kft. é.n. 12. o. cit. Moore, C. W.: The mediation process: Practical Strategies for Resolving Conflict, San Francisco, CA, Jossey-Boss, 25. o.

- vagy csak a szereplők felfogása szerint ellentétben álló érdekek.

A konfliktus kezelésének két *alaptípusát* szokás megkülönböztetni:

1. Kizárólag az egyik fél szempontjait tartja szem előtt

- alkalmazkodás* – egyik fél elfogadja a másik fél szempontjait;
- erőszakkal való fenyegetés* (megverlek, megsemmisítelek);
- hatalommal való fenyegetés* (elbocsátalak, tönkre tudlak tenni).
/ezekben az esetekben, az egyik fél kényszerből alkalmazkodik./

2. Mindkét fél szempontjait figyelembe veszi

- elkerülés* – találkozáskor a problémáról nem beszélnek;
- szembesítés* – kibeszélés;
- megbeszélés* – a konfliktus megoldása céljából tárgyalnak;
- tárgyalás* – erre az egyeztetésre eljönnek a jogi képviselők is;
- mediáció (közvetítés)* – harmadik személy segítségét veszik igénybe a tárgyaláson, de a felek a maguk aktív közreműködésével saját akaratukból jutnak egyezsége (itt nagyon fontos elem, hogy a közvetítési eljárásban résztvevő felek egyenlő elbánásban részesüljenek);
- betegjogi képviselő (kórházi ombudsman)* – speciálisan az egészségügy területén.

A konfliktusok megoldási folyamatának áttekintéséhez el kell képzelni azt a virtuális skálát, amelyet *Marc Galanter* már szemléletesen megalkotott.⁵⁹

E szerint:

- a skála *kezdő pontján* helyezkedik el az *informális megoldás*, vagyis az, amikor nincs kijelölve a közvetítő személye, nincs a problémára még megoldás, de már az „üljünk le és beszéljük meg” szakaszt jelenti, és még nincs igazán kiélezett konfliktus;
- a skála másik pontján - a végponton - helyezhető el az abszolút formalizált megoldás: *a polgári per*, amelyben bírósági szervezet van, eljárásjogi szabályok vannak, és a bírói döntést legitimáló hatású;

⁵⁹ Galanter, Marc: The Emergence of the Judge as a Mediator in Civil Cases, 69. Judicature, 1986. 256. o.

- középen helyezkedik el a döntőbíró, illetve a választottbíró, amely formalizált ugyan, a felek által választható a bíró személye, de az ítélet ellen fellebbezésnek helye nincs.

Hol helyezkedik el akkor a *mediáció* ebben a konfliktusmegoldási rendszerben a skála melyik részén? A mediációnak van ugyan eljárási rendje, de mégsem abszolút formalizált, tehát ennek alapján az *informális kezdőponthoz áll a legközelebb*. A mediációnak - mint a konfliktuskezelés legkevésbé formalizált módjának - a gyors elterjedése az állami igazságszolgáltatással szembeni elégedetlenségben, az elhúzódó és költséges perekben, alacsony hatékonyságban, bizalmatlanságban és tekintélyvesztésben keresendő.

A polgári per és az egyes nemperes eljárások között sajátos kölcsönhatás van. Míg az egyik "védőgyűrűként" "övezi a pert, miszerint a polgári per megindítása előtt kötelező igénybevitelükkel elzárják a polgári per megindításának lehetőségét; addig a másik csoport inkább „szűrő” szerepét tölti be, a peren kívüli megoldási kísérlet sikertelensége esetén lehetséges csak a polgári per megindítása. *Stephan Breidenbach* szerint, a mediáció a bírói eljárás számára nem „filter”-t, hanem egy kiegészítő, önálló fejleményt jelent, amely bizonyos esetekben átgondolásra készlet.

A bírósághoz fordulást szubjektív és objektív tényezők határozzák meg. Befolyásoló tényező a felek részéről a konfliktus tárgya és mértéke, a jogi ismeretek és a jogi kultúráltság; objektív részről a polgári perek költsége és a bírósági procedúra és annak időtartama is. Ez utóbbi mindenütt problémát jelent; nálunk a kilencvenes évek közepére társadalmi ügyé vált és látnunk kell, hogy ez sem emelte többek között a bíróságok tekintélyét, és az igazságszolgáltatással szembeni kritika egyik legfőbb forrása lett.⁶⁰

A vitarendezés alternatív formájának fejlődésdinamikájában a konfliktuskezelés fejlődésének evolúciós magyarázata csak úgy tűnik lehetségesnek, hogy ha a konfliktuskezelés változásának belső logikáját megértjük az *evolúciós alapmodelleken* keresztül.

1. A szociális evolúció megértésénél alapvető, hogy *minden egész egy nagyobb egész része* (pl. az atomok, mint egészek egyidejűleg a molekulák részei). A polgári

⁶⁰ Kengyel Miklós: Die Perspektiven der Mediation in Ungarn. In Sascha Ferz (HRSG.): Rechtskultur-Atreitkultur – Mediation. Studien zur Rechtswissenschaft, Band 127. Graz, 2003, Verlag Dr.Kovač, 87-92. o.

eljárás egy integrált egész és ugyanakkor a konfliktuskezelés társadalmi rendszerének része.

2. Az egyre nagyobb, átfogóbb, szervezettebb egészek létrehozására irányuló tendenciát nevezzük *evolúciónak*.
3. Minden egyes lépés a fejlődés lépcsőjén egy magasabb szintet jelent, és minden további fejlődés egyre integráltabb és átfogóbb. Transzcendentálják az előző lépcsőfokot, mint egy újabb egészet, de egyidejűleg belefoglalják is azt. Az előző példával élve a molekulák például újabb egységeket képeznek, azonban a bennük lévő atomokat eredeti formájukban foglalják magukba.
4. Az evolúció, ezért minden egyes lépésnél nagyobb komplexitást jelent. Minden egyes fejlődési lépcsőfok egyúttal több lehetőséget, több kreativitást rejt magában.
5. Mint minden növekedési folyamat, ez a magasabb szintre való fejlődés is *differenciálódáson (új sokféleség kialakulása)* és *integrálódáson (új egész kifejlődése)* keresztül történik. A legcsodálatosabb példa, hogy a tojás - amely egy sejt, egy óriás petesejt - hogyan integrálódik egy komplex organizmussá. Ez a folyamat *a természet legfantasztikusabb „csodája” ahogy egy sejt kettő, három, négy stb. sejté osztódik, és különböző funkciókra differenciálódik*, hogy majd, mint funkcionális egységként szervekké, szervrendszerekké, végül egy önálló organizmussá integrálódjon. (Na persze ne felejtsük el arról a nem elhanyagolható tényről sem, hogy kell ehhez még egy nem akármilyen sejt is.)
6. *Ami nem differenciálódik az integrálódni sem tud.* Egy példa a szociális evolúcióra: ha egy társadalomban a munkamegosztás még nem differenciált, a családok nagyobb társadalmi rendszerbe való integrálódása egyszerűen nem lehetséges.
7. Minél nagyobb komplexitás alakul ki az evolúció során, annál több hibalehetőség jelentkezhet. A rendszereknek minél nagyobb az organizációs és integrációs foka az integráció révén, egyidejűleg a rendellenességek teljesen új lehetőségeit hozza napvilágra.
8. A differenciálódásnál és integrálódásnál ezeken belül is minden lépcsőfokon léphetnek fel zavarok.
 - a.) *differenciálódási zavarok:*
 - amennyiben nincs további differenciálódás, a *rögzülés* következik be.
 - amennyiben a növekedés a fejlődés egy bizonyos fokon megáll, ez az *állandósulás*.

- amikor a differenciálódás túl sokáig tart, az *disszociációhoz* vezet.
- túl sok integrálódásra képtelen rész megléte *széttagoltságot* generál.
- amennyiben a kóros disszociáció alapján minden differenciálódás tagadásra kerül, ez nagy hiba. Az eredmény a *regresszió*. (Így például az USA-ban az ADR-mozgalom gyökereinek egy része regresszív vonulatot mutatott, mert az amerikai nagyvárosokban a peremvárosi igazságszolgáltatási központ számára példaképpül szolgált a törzsi társadalom idealizált konfliktuskezelése.)

A mediációs tendenciákban a jog jelentősége általánosan tagadásra kerül. A következmény: széttagoltság és elfojtás, a jog és érdekek szerinti konfliktuskezelés integrációja helyett.

b.) *Integrációs zavar*: amennyiben az integrálódás túl sokáig tart, annak következménye az *elnyomás* lehet, amelynek során a nagyobb integrált egész elnyomja a differenciálódott részrendszereket. A konfliktuskezelés evolúciójában alapvető lépés volt a jog differenciálódása, a konfliktusok hatalmi erőszakkal való eldöntése helyett a vitát egy harmadik személyre *delegálják*, aki jog szerint dönt.

Az érdekek alapján történő konfliktuskezelés mediáció útján való differenciálódása az alternatív vitakezelés központi kérdése és egyidejűleg a szerző nézete szerint a társadalmi konfliktuskezelés fejlődésében éppúgy fontos lépés.⁶¹ Mind a jog szerinti, mind az érdekek szerinti konfliktuskezelésben a bírósághoz kötött és magánszerveződésű modellek egyaránt megjelentek.

3. Az alternatív vitarendezés előnyei arbitráció és mediáció esetén

A választottbíráskodás előnyei:

1. Gyorsaság

A hosszú; akár évekig elhúzódó bírósági eljárással szemben a választottbíráskodás szabályzata lényegesen egyszerűbb, mint a rendes bírósági

⁶¹ Breidenbach, Stephaen: Auszsergerichtliche Streiterledigung – Sinn, Grenzen, Ausgestaltung, Zusammenspiel mit den Gerichtsverfahren. Europa-Universität Viadrina, Frankfurt/Oder, Athen, 2001, 1-2. o.

eljárásban, ezért az eljárások *gyorsabbak* is. Az időtényező a jogérvényesítés elemi jelentőségű komponense. A választottbírói eljárás gyorsaságának oka elsősorban az, hogy az eljárás egyfokú, fellebbezésre nincs lehetőség, csak igen kivételes esetben. A gyors eljárás lehetősége teremődik meg azáltal, hogy a felek az eljárási rendben szabadon állapodnak meg. A választottbírói eljárás esetében nem jellemző a rendes bíróságokra jellemző túlterheltség, mivel a választottbírói eljárás mindig adott ügy elbírálására létesül.

2. *A felek szabadon választják meg az eljáró tanácsot*

A választottbírói eljárás egyik jellemzője, hogy a felek *szabadon választják meg az eljáró tanácsot*, és a bírók megválasztásának nincsenek speciális feltételei, azaz választottbíró bárki lehet, kivéve a választottbíráskodásról szóló 1994. évi LXXI. törvény 12. §-ában felsorolt kivételeket.

A *választottbírói eljárás* a felektől *függetlennek és pártatlannak* kell lennie, *akit titoktartás kötelez*, amely rendelkezések egyaránt vonatkoznak több tagból álló választottbírói eljárásra illetve az egyesbíróra.

3. *Különleges szakértelem*

Az állami bíróságok bírái igen magas szintű jogi képesítéssel rendelkező szakemberek, de ők sem értenek mindenhez egyformán, és ők sem ismerhetik részletesen különböző szakágak szokásait, más országok jogszabályait, más ország nyelvét, ezért olyan szakembereknek, jogászoknak kell a választottbíráskodásban részt venniük, akiknek *különleges szakértelmük van* a kereskedelmi vonatkozású perekben. A felek jogvitájuk tárgyának jellegzetességei ismeretében választják ki bírójukat, így egyéni érdekük és felelősségük, hogy az ügyben kellő hozzáértéssel rendelkező bíró járhatson el, annál is inkább mivel a törvény gyakorlatilag nem tartalmaz érdemi korlátozásokat jelentő személyi feltételeket. A különleges szakértelemre tekintettel jogászokon kívül mérnökök, gazdasági szakemberek is láthatnak el választottbírói feladatokat.

4. *Olcsó*

A választottbírói eljárás *olcsó*. Ennek oka nem csak a választottbírói eljárás tiszteletdíjának szerény mértékében rejlik, hanem abban is, hogy a gyors eljárás költségkímélő.

Tekintettel arra, hogy a választottbíróági eljárás lefolytatása rövidebb ideig tart, mint az állami bírósági eljárás, így csökken a felek kiadása, a perlő fél hamarabb hozzájut a jogosan követelt pénzéhez, és így jelentős kártól is megóvhatja. Vannak azonban olyan választottbíróóságok, amelyek drágán dolgoznak, mivel eljárásukban olyan lépéseket iktatnak be, amelyek az eljárást meghosszabbítják.

5. *Nem nyilvános tárgyalás*

A magánjogi viszonyok mechanizmusának nyilvánosság elé tárása csak a felek akarat-elhatározásán alapulhat, ezért a választottbíróági eljárás a felek eltérő rendelkezése hiányában *nem nyilvános*.

A nyilvános tárgyalás sérti az üzleti titkot, az üzletemberek, cégek érdekeit, és rontják hírnevüket. A választottbíróági eljárás hallatlan előnye a felsoroltakon kívül, hogy a jelenlévőkön kívül (eljáró tanács tagjai, felek, azok képviselői, jegyzőkönyvvezető, szükség esetén tolmács, szakértők, illetve tanúk) senki nem szerez tudomást a tárgyaláson elhangzottakról, valamint a választottbírói döntésről. Így nincs presztízsveszteség, ami az üzleti életben előre nem látható hátrány jelent. A választottbíróági eljárást gyakran „barátságos” eljárásként is emlegetik. Az eljárás barátságos jellegére természetesen befolyással bír a jogvita jellege, a felek, képviselőik és a bírák személyisége. Az eljárás célja a megoldás keresése, s nem a szigorú igazságosztás.⁶²

6. *Végrehajtása egyszerű*

A választottbíróági ítélet csaknem mindig végleges és azonnal *végrehajtható*, és ha azt az elmarasztalt fél önkéntesen nem teljesíti, úgy végrehajtási eljárásra kerül sor. A külföldi választottbíróági döntések elismeréséről és végrehajtásáról szóló *New York-i Egyezményt* - amelynek Magyarország is tagja - ratifikáló országok arra vállaltak kötelezettséget, hogy külföldön hozott választottbíróági döntéseket saját állami bíróság segítségével végrehajtsák. Ez az Egyezmény azért fontos, mert más

⁶² Wallacher Lajos: Előkészítő tanulmány a választottbíráskodásról szóló 1994. évi LXXI. törvény tervezetéhez, Választottbíráskodás, 1995, Kommentátor, 103-105. o.

ország állami bírósági döntésének végrehajtására egyébként csak kétoldalú jogsegélyegyezmény megléte esetén van mód.⁶³

Az választottbírósági eljárás sok tekintetben hasonlít a bírósági eljáráshoz, hiszen a választottbíróság is bizonyítást folytat le, vizsgálja a jogellenességet, felróhatóságot, és megállapítja a kártérítés összegét.

A mediációs módszer előnyei

1. Időtényező

A bírósághoz érkező ügyek száma tetemes. Az ügyforgalmi adatok szerint 2007. I. félévében érkezett ügyek száma összesen 689 781 volt. Ugyanezen időszakot tekintve a beérkezett peres ügyek száma 193 615 volt. 2007. I. félévében befejezett ügyek száma 715 765. 2007. év végén folyamatban maradt ügyek száma 279 824.⁶⁴

A bírósági eljárás hosszú évekig is elhúzódhat. A mediálás körültekintő, és ha mégsem vezet eredményre, a felek még mindig fordulhatnak bírósághoz, vagyis a mediálás nem jelent joglemondást egy esetleges per lehetőségéről. Szakszerű döntés-előkészítés után biztosítja a jogvita gyors - maximum 120 napon belüli - lezárását. A mediálás gyorsasága következtében rövid idő alatt pénzügyileg tiszta helyzet keletkezik mindkét fél számára.

2. Költségek

A közvetítői tevékenységről szóló törvénytervezet előkészítése során *elsőként* inkább a *kötött díjszabás elve tükröződött* a jogszabály tervezetben, - nem előzmény nélkül - hiszen az egészségügyi közvetítői eljárással kapcsolatos díjszabásról a 4/2001. (II. 20.) EüM-IM együttes rendelet már tételesen meghatározta a közvetítői díjat.

A Parlamenthez 2001-ben benyújtott törvényjavaslat nem határozott meg tételes díjakat, csupán a díjak legmagasabb mértékének rögzítését, ezen összeghatár alatt pedig megegyezés tárgyát képezhetne volna a díjazás összege. Ehhez képest az elfogadott közvetítői eljárásról szóló 2002. évi LV. törvény 27. §-a szerint „a

⁶³ Sáriné dr. Simkó Ágnes: Mediáció. A közvetítői tevékenység, Budapest, 2003, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., 22-24. o.

⁶⁴ Összeállította az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium Igazságügyi Kodifikációs és Szolgáltatási Főosztálya

közvetítői tevékenységért díj jár, és igényt tarthat a felmerült és igazolt költségei megtérítésére, továbbá a díj és költségek előlegezésére is. *Az egyes ügyekben felszámítandó díj összegében a természetes személy vagy jogi személy és a felek szabadon állapodnak meg*”.

3. A felek kontrollja

A felek nem kényszeríthetők mediálásra. A közvetítői eljárás csak akkor indul el, ha valamennyi fél egyetért abban, hogy mediálás útján rendezik vitájukat.

A mediálás során az eljárás végig a jogvitában érintett felek ellenőrzése alatt marad, *semmi olyasmi nem történik, amivel az összes érintett fél ne értene egyet*.

A mediálás eredményeképpen *létrejött egyezséget* a felek *jogilag kötelező írásbeli szerződésbe foglalják*, szükség esetén biztosítékokkal megerősítik annak érdekében, hogy az egyezségben foglaltak teljesítésében minden érintett kellőképpen megbízhatson. A mediációt lehet bírósági eljárás előtt és/vagy helyette végezni. A döntés előtt mindenképpen figyelembe kell venni a mediálás előnyeit.

4. Elégedettség

A sok évig tartó pereskedés végén a legjobb esetben is csak az egyik fél hagyja el elégedetlen a bíróság épületét, gyakoribb azonban, hogy az esetek túlnyomó részében mindkét fél elégedetlen a bíróság ítéletével. *A pereskedés és a vele együttjáró harc nyomán a peres felek között az esetek túlnyomó többségében visszafordíthatatlanul megromlik a jó viszony, az üzleti kapcsolatok a per után nem folytathatók*.

Egyezség nem jöhet létre a résztvevők egyetértése nélkül. Ez garantálja, hogy a mediálás eredményeként létrejövő egyezség a jogvita minden résztvevőjének sikert és *elégedettséget* nyújt.

A mediálás a két fél egymással kölcsönös empátiájára is alapozott egyezséget eredményez, és ez megteremti alapjait annak, hogy a felek között fennmaradjon a jó viszony. Ez garantálja, hogy a mediálás eredményeként létrejövő egyezség a jogvita minden résztvevőjének sikert és *elégedettséget* nyújt.

5. Nincsenek lekötött pénzeszközök

A bíróság előtt folyó per esetében az alperes gyakran tisztában van azzal, hogy a jogerős ítélet - legalábbis részben - elmarasztalja. A jóhiszemű alperesnek, minthogy készségesen eleget kíván tenni az ítéletnek, erre a célra pénzt kell tartalékolnia,

amelyet így nem használ fel más célra. Egy hosszú évekig tartó eljárás esetén ez a pénz értelmetlenül hever használatlanul. Minthogy a mediálás legfeljebb négy hónapot vesz igénybe, az *eljárás nem köti le tartósan egyik fél pénzeszközeit sem*. Nincs bizonytalanság, a mediálás gyorsasága következtében rövid idő alatt *pénzügyileg tiszta helyzet keletkezik mindkét fél számára*.

6. Teljes diszkréció

A bírósági eljárás a nyilvánosság előtt zajlik. A hosszan tartó per - ha a média tudósít róla - rossz színben tünteti fel a vállalatot a közvélemény előtt. A perről szóló híreknek csak a versenytársak örülnek, akik egyben igyekeznek kihasználni a perlekedő fél helyzetét és a piaci pozíciókat elhódítani tőle.

A mediálás a nyilvánosság teljes kizárásával történik, így a közvélemény és a versenytársak nem értesülnek sem a jogvitáról, sem annak kimeneteléről. Mindaz, ami a mediálás során elhangzik, zárt körben marad. A mediátor a felek összes üzleti titkát köteles megőrizni. A törvény értelmében - ha a törvény másként nem rendelkezik - titoktartási kötelezettség terhel minden olyan tényt és adatot, amelyről a közvetítői tevékenységével összefüggésben szerzett tudomást. A közvetítő *titoktartási kötelezettsége* a közvetítői tevékenység megszűnése után is fennáll. A mediátort perbe tanúként megidéztetni nem lehet. Ha valamelyik fél mégis megtenné, a mediátor köteles megtagadni a vallomástételt azokról a tényekről, amelyekről a mediálás során szerzett tudomást.

4. Az alternatív vitarendezés összehasonlítása a polgári perrel

A peres eljárásban a felek szemben állnak egymással és a per végén valamelyik fél vesztésként hagyja el a tárgyalótermet, de a hosszan elnyúló perben a nyertes valójában szintén vesztésként élheti meg győzelmét. A per során úgy elmérgesedhet a résztvevők között a viszony, hogy a későbbiekben nem várható egymás közötti együttműködés. A per fullánkos megoldás, a felek elégedetlenek, és egy kívülálló (bíró) akarata szerint születik meg a döntés. *A per lassú, elhúzódó eljárás nem ritkán évekig kell várni az ítéletre*. *Nyilvános*, nem bizalmas, ezért a feleknek kellemetlen és méltánytalan lehet. Előfordul

ugyan az eljárás közbeni egyezség, de általában csak későn. A per *nem önkéntes*, a felek kötelesek a bíróság előtt megjelenni és ott tényeket, iratokat feltárni. Az ügy a profi jogászok irányításába csúszhat, jogászkodássá válhat. A per a jogszerűt kutatja, a bíróság célja az, hogy felderítse az „igazságot” ami gyakorta nem esik egybe a jogszerűséggel, s mindezt nagyon lassan és körülményesen teszi. A magas eljárási és adminisztratív költségek valamint ügyvédi költségek nem elhanyagolható momentumok. Azt összehasonlítást az 1. táblázat tartalmazza.

<u>Bírói eljárás</u>	<u>Mediáció- közvetítés</u>
<p>A hivatal jelöli az eljáró személyt A bíróság elnöke az iroda rendje szerint választja a rendelkezésre álló bírák közül az adott ügyben eljáró bíró személyét</p>	<p>Őn választja a közvetítőt Más, mint akiben személyében a felek megegyeznek, nem is közvetíthet közöttük, tehát szükségszerűen bírnia kell mindkettőjük bizalmát.</p>
<p>A bíró önállóan dönt A bírót a felek csak a bizonyítási eljárás során és az ott leírt módon befolyásolhatják, döntéséért nem felelős.</p>	<p>A felek irányítják Az eredmény nem lehet más, mint amit maguk a felek is elfogadnak.</p>
<p>Lassú Sokszor évekig tart.</p>	<p>Gyors Az eljárás időtartama a felek döntésétől függ.</p>
<p>Drága A peres illeték 6% (ami persze lehet hatalmas összeg), amihez hozzájárulnak az eljárás egyéb költségei (képviselő, szakértő, utazás, stb.)</p>	<p>Költségtakarékos Kizárólag a közvetítő díját kell megfizetni, amiben a felek előzetesen megállapodnak, mértéke pedig előzetesen kalkulálható.</p>
<p>Kockázatos A bírósági eljárás mindig magában rejti annak lehetőségét, hogy a magát győztesnek vélő fél veszít.</p>	<p>Kiszámítható Csak a felek által közösen elfogadott megoldás jöhet létre.</p>
<p>Egysíkú, jogi megoldás A bíróság nem dönthet másképp, mint amire a jogszabályok lehetőséget adnak.</p>	<p>Tág megoldási lehetőség Bármilyen, az ügy résztvevői számára közösen elfogadható jogszabályban leírt megoldás születhet (pl. térden állva bocsánatkérés, közös üzlet, stb.)</p>
<p>Mindkét fél veszít A befektetett költségeknek csak egy része térül meg a pernyertesség arányában, vagy a bíróság állásfoglalása alapján (pl. az ügyvédi költségeket csak kivételesen ítélik meg maradéktalanul) óhatatlanul megromlik a kapcsolata felek között, ami a további életükre kihathat (pl. szomszéd, vagy rokoni perek).</p>	<p>Nincs vesztes A költségek kiszámíthatóak, és az egyezség kiterjed ezek teljes viselésére a megegyezés következtében egyik fél sem kell vesztesnek érezze magát, az emberi és üzleti kapcsolatok megmarad(hat)nak.</p>

1. táblázat

*A bírósági és a mediációs eljárás táblázatos összehasonlítása*⁶⁵

⁶⁵ www.megegyezes.hu/osszefoglalo.htm (2008.04.12)

Az alternatív vitamegoldás kapcsán a felek érdeke, hogy együttműködjenek; a felek részére saját akaratuk szerinti megegyezés jön létre, amely megnyugtató, végleges megoldáshoz vezet. A feleknek teljes kontrolljuk van a másik fél vagy a közvetítő számára feltárni kívánt tények, dokumentumok felett és tetszés szerint, bármikor kiléphetnek az eljárásból.

Levezeti a feszültségeket, gyakran a korábbiaknál is jobb együttműködés alapjául szolgál; a kötelező titoktartás révén a felek számára diszkrét megoldást jelent. Az ügy ura az érintett marad, tartalmi kérdések állnak a középpontban, és az egyezés általában rövid időn belül (1-2 nap) megszületik, ezáltal költségkímélő, olcsóbb az eljárás. A megegyezést kötő felek mindegyike megőrzi a méltóságát, és mindketten nyertesként távoznak, tehát a nyertes-nyertes formula érvényesül.

III. A közvetítói eljárások gyakorlata Magyarországon

1. A közvetítói eljárások jogi szabályozása és a jelenleg hatályos jogszabályok

1.1. Fogyasztóvédelmi szabályozás

Kronológiai sorrendben vizsgálva a joganyag fejlődését, a mediációt érintő szabályozás először a gazdasági életben, a kereskedelemben felmerülő viták eldöntésére, megoldására jelent meg. A fogyasztóvédelemről szóló 1997. évi CLV. törvényt az Országgyűlés annak érdekében alkotta meg, hogy biztosítsa a fogyasztói érdekek érvényesülését, és hozzájáruljon az áruk és a szolgáltatások forgalmának biztosításához, a vagyoni érdekek védelméhez, a megfelelő tájékoztatáshoz és oktatáshoz, a hatékony jogorvoslathoz.⁶⁶ Ez az eljárási forma, a fogyasztói jogok érvényesítését a békéltető testületeken keresztül valósítja meg. Ez a törvény arbitrációs típusú eljárás, amely magán viseli a mediáció jegyeit is. A törvény 1998. március 1-jével lépett hatályba és a preambulumban fogalmazta meg a fogyasztók alapvető érdekeit és azok biztosítását. Meghatározza a fogyasztó, az áru, a szolgáltatás, a fogyasztói forgalom fogalmát, a fogyasztók életének, egészségének és biztonságának védelmét (általános termékbiztonság), fogyasztók tájékoztatását (kezelési használati útmutatót, címkézést, árfeltüntetést, csomagolás szabályait, a megfelelőség tanúsítását), a fogyasztóvédelem állami, önkormányzati és érdekképviselői intézmény-rendszerét, a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőség (FF) és a területi fogyasztóvédelmi felügyelőségek eljárását. Ennek a szabályozásnak alapvető célja, hogy a szabályozásnak és az intézményrendszernek biztosítani kell a fogyasztók egészségének és biztonságának, vagyoni érdekeinek védelmét, valamint hatékony érdekképviselőt.

⁶⁶ 1997. évi CLV. törvény indokolása a fogyasztóvédelemről

A Magyar Köztársaság és az Európai Közösség, valamint azok tagállamai közötti társulás létesítéséről szóló, 1991. december 16-án Brüsszelben aláírt, és az 1994. évi I. törvénnyel kihirdetett Európai Megállapodás 68. cikke meghatározza a jogszabályok harmonizációjának kiemelt területeit, amelyek között szerepel a fogyasztói érdekvédelemmel kapcsolatos szabályozás is. Az Európai Megállapodás alapján a fogyasztóvédelemmel kapcsolatos magyar jogszabályoknak a közösségi normákhoz való közelítésére, illetve a fogyasztóvédelmi szabályoknak a közösségi mércének megfelelő továbbfejlesztésére Magyarországnak tíz év áll rendelkezésére. A Megállapodás azonban ezen a területen hazánk számára egyéb kötelezettséget nem ír elő.

Az Európai Bizottság az EU-tagállamok állam-, illetve kormányfőiből álló Európa Tanács 1995. júniusi Cannes-i ülésére elkészítette a közép-, és kelet-európai társult országok számára az egységes belső piaci közösségi jogszabályok átvételéhez iránymutatást adó ún. *Fehér Könyvet*.

Az Európai Unió Bizottságának 2002-ben kiadott, a fent már megemlített ún. *Zöld Könyv* ajánlásait is figyelembe vették. Nagy segítséget jelentett ez a Brüsszelben kidolgozott vitairat – az Európai Közösség tagállamainak ajánlva –, amely a polgári jog és a kereskedelmi jog területén alkalmazható eljárásokról szól.

A Fehér Könyv mellékletének 23. fejezete határozza meg a *fogyasztóvédelmi szabályozás* területén szükséges jogharmonizációs feladatokat. A tagállamok saját nemzeti jogalkotásukon keresztül, eltérő jogforrási szinten vezetik be a közösségi előírásokat. Ennek megfelelően nem minden EU tagállamban fogadtak el fogyasztóvédelmi törvényt. Az EU azon tagállamai azonban, amelyek önálló fogyasztóvédelmi törvényt alkottak, a törvények szabályozási tárgyát és körét illetően eltérő megoldásokat alkalmaznak.

Az osztrák fogyasztóvédelmi törvény sajátos polgári jogi szabályokat tartalmaz, a belga fogyasztóvédelmi törvény átfogó.

A legátfogóbb törvény a görög, amely rendezi a tisztességtelen szerződési feltételekre, a házaló kereskedésre, a csomagküldő tevékenységre, a javító-, és karbantartó-szolgáltatásokra, reklámra, bíróságon kívüli egyeztetésre, a fogyasztói érdekképviselőre vonatkozó szabályozási területeket is.

A fogyasztóvédelmi törvény megalkotását megelőzte az 1993. évi X. törvény, amely a házaló kereskedésről szóló 17/1994. (VI. 30.) IKM rendelet, a nemzeti szabványosításról szóló 1995. évi XXVIII. törvény, valamint a laboratóriumok, a tanúsító és az ellenőrző

szervezetek akkreditálásáról szóló 1995. évi XXIX. törvény, továbbá a fogyasztóvédelem hatékonyságának javításáról szóló 2192/1995. (VII. 6.) Kormányhatározat elfogadása is. A fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértésével összefüggő szankciókat a szabálysértési törvény rendezi, illetve egyes tényállások a Büntető Törvénykönyvben jelennek meg. A Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőség (FF) mellett több más hatóság rendelkezik a fogyasztóvédelmet érintő hatáskörrel, így az ÁNTSZ, Biztosításfelügyelet, Magyar Energia Hivatal, Közlekedésfelügyelet, Hírközlési Felügyelet, Állami Pénz- és Tőkepiaci Felügyelet.

A fogyasztóvédelmi szabályozás és intézményrendszerének fejlesztése - a jogharmonizációs kötelezettségünknek megfelelően - időszerűvé vált. Ennek egyik oka, hogy az intézményrendszer elavult, mivel még ma is csak a kereskedelmi tevékenységek, és az egyes szolgáltatások ellenőrzésére korlátozódik, és ezért nem felel meg a korszerű fogyasztóvédelmi feladatok követelményeinek. Ezt felismerve a Kormány úgy döntött, hogy a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőség feladat és hatáskörét bővíteni szükséges, feljogosítja a Fogyasztóvédelmi Főfelügyelőséget, hogy közérdekű keresetet nyújthasson be a fogyasztók érdekeinek védelmében.

A hatósági eszközök továbbfejlesztését az indokolta, hogy a fogyasztóvédelmi hatóságok csekély szankciórendszerrel rendelkeznek, szükséges szigorúbb jogkövetkezmények alkalmazását lehetővé tenni a fogyasztóvédelmi hatóságok részére. Mivel nem volt megoldott a fogyasztói igények - peren kívüli gyors, olcsó és hatékony - érvényesítése, ezért a kormányhatározat *békéltető testületek* létrehozásának szükségességéről rendelkezett. Fontos a fogyasztók oktatásának szabályozása, és ennek az elvárásnak felel meg az olyan elképzelés, amely szerint az iskolai fogyasztóvédelmi oktatás a jövőben a Nemzeti Alaptanterv részét fogja képezni.

Az intézményrendszer továbbfejlesztése a *békéltető testület* létrehozásával és az FF feladat- és hatáskörének bővítésével valósult meg. A Fehér Könyv mellékletének 23. fejezetében előírja a hatékony igényérvényesítési eljárások kidolgozását, és olyan igényérvényesítési eljárások megfogalmazását, amely előtérbe helyezi a *békéltetést*, és a területi gazdasági kamarák feladatává tette ennek a fórumnak a létrehozását, úgy, hogy a fogyasztó és az eladó, illetve a szolgáltató közötti vitás ügyben az egyezséget meg kell kísérelni.

A fogyasztóvédelmi vitás ügyekben a „békéltető testületek” járnak el. Az *eljárás célja* a fogyasztó és a gazdálkodó szervezet közötti vitás ügy (fogyasztói jogvita) egyezségeen alapuló rendelkezésének megkísérlése, ennek eredménytelensége esetén az ügy eldöntése, a fogyasztói jogok gyors, hatékony és egyszerű érvényesítésének biztosítása érdekében.⁶⁷

A békéltető testület döntése a felekre nézve nem kötelező, az csak ajánlás, és csak abban az esetben lehet kötelező a gazdasági tevékenységet végzőre, ha az a döntés kötelező jellegét magára nézve előzetesen elfogadta. A FF országos hatáskörű szerv, a fogyasztók jogainak érvényesítése, a fogyasztók tájékoztatása, és oktatása a feladata, egy központi hivatal, amely a Kormány által kijelölt miniszter irányítása alatt áll. A hatáskör azonban korlátozott, mivel csak a kereskedelmi tevékenységek és egyes szolgáltatások ellenőrzésére jogosult, valamint az áruk és szolgáltatások minőségére, biztonságosságára, termékfelelősségre, szerződések megkötésével és teljesítésével kapcsolatos fogyasztói jogviták bírósági eljárásokon kívüli rendezésére terjed ki.

A fogyasztók védelme érdekében feladat és hatáskör-bővítésre lenne szükség. A törvény feljogosítja a Főfelügyelőséget, hogy a fogyasztóvédelmi rendelkezések megsértése esetén fogyasztóvédelmi bírságot szabjon ki. A helyi önkormányzatok feladata a fogyasztóvédelem terén az, hogy segítsék a fogyasztók önszerveződését, a társadalmi szervezetek helyi érdekérvényesítő tevékenységét; önkéntesen részt vállalhatnak a békéltető testület működtetésének feladataiból, valamint fogyasztóvédelmi tanácsadó irodát működtessenek, ha a lakosság részéről igény mutatkozik.

A törvény a fogyasztói jogok hatékonyabb érvényesítése céljából a területi gazdasági kamarák mellett békéltető testület felállítását írja elő, amely az azonos területen működő kereskedelmi és iparkamara, kézműves kamara és agrárkamara közösen működtet.⁶⁸ A törvény 34. §-ának (1-2) bekezdése alapján a békéltető eljáró tanács határozata nem zárja ki a fogyasztónak azt a jogát, hogy bírósághoz forduljon, azonban a tanács határozata ellen fellebbezésnek nincs helye, csak a határozat érvénytelenítése kérhető a bíróságtól a törvényben meghatározott okok alapján. A területi felügyelőség határozata ellen az FF-nél, az FF határozata ellen a bíróságnál lehet jogorvoslattal élni.

⁶⁷ 1997. évi CLV. törvény a fogyasztóvédelemről 18. § (1)

⁶⁸ 1997. évi CLV. törvény a fogyasztóvédelemről, 18. § (1-5)

1.2. Munkaügyi Közvetítői és Döntőbírói Szolgálat

Az 1992. évi XXII. törvény a Munka Törvénykönyvéről egy szervezetileg nem körülhatárolt békéltető fórum, illetve békéltetőként bevont harmadik személy segítségül hívását támogatja.

A 199/A. § lehetővé teszi a feleknek, hogy esetleges későbbi jogviták esetén egy személyében előre meghatározott békéltetőre bízzák vitájuk rendezését. Ez a modell áll legközelebb a klasszikus mediátori tevékenységhez illetve annak szabályozásához. Kétség kívül a későbbiekben megalakult *Munkaügyi Közvetítői és Döntőbírói Szolgálat (MKDSZ)* megfogalmazott feladatai között a döntőbíráskodást is megemlíti. A Szolgálatról a Munka Törvénykönyve 195-196. §-ai és 199/A. §-ai rendelkeznek.

Ezen törvényi háttér után az Érdekegyeztető Tanács 1996. július 1-jei hatállyal hozta létre a Munkaügyi Közvetítői és Döntőbírói Szolgálatot (MKDSZ, a továbbiakban Szolgálat). A Szolgálat működése feletti társadalmi kontroll az *Országos Érdekegyeztető Tanácson* keresztül valósul meg, anélkül, hogy a Tanács a Szolgálat önállóságát működése során korlátozná. A Szolgálat működési és eljárási szabályzata szerint a *Szolgalat célja*, hozzájárulni a munkahelyi, az ágazati, illetve az ágazatközi szociális béke megteremtéséhez. *Feladata*, hogy közreműködjön a munkaügyi érdekviták hatékony rendezésében, és a konfliktusok lehető leggyorsabb megoldásában, valamint szolgálja a munkaügyi kapcsolatok kultúrájának fejlesztését.

A Szolgálat *alapelve* és értéke az, hogy a közvetítés igénybevétele *önkéntes*, a vitában álló felek *szabad akaratán* nyugszik

A *közvetítő*/döntőbírók *függetlenek* és *pártatlanok*, nem képviselői a feleknek, teljes titoktartásra kötelezettek. A tudomásukra jutott információk tekintetében a megbízólevelük átvételekor és az eljárás megszűnése után is, írásbeli nyilatkozatot kötelesek tenni erre vonatkozóan.

A Szolgálat hatásköre minden olyan munkaügyi érdekvitára, kollektív jogvitára kiterjed, amelyek rendezése érdekében a vitában állók békéltetésre, közvetítésre, illetve döntőbíráskodásra felkérték. A Szolgálat jogi tanácsadással nem foglalkozik.

A békéltetés, közvetítés, általános szabályai szerint a vitában álló felek kérése alapján a Szolgálat ajánl hivatásos közvetítőt/döntőbíró, illetve a felek a kihirdetett listáról közösen választanak közvetítőt/döntőbíró. A közvetítő/döntőbíró alapvető célja a felek között a bizalom helyreállítása, a konfliktushelyzet megszüntetése, de nem célja a felmerülő javaslatok értékelése, az általános jónak vélt megoldás preferálása. A vitában álló felek a

közvetítő által kidolgozott javaslatokkal kötelesek érdemben foglalkozni, de nem kötelesek elfogadni azt, arról a felek szabadon döntenek. A döntőbíró - a tényállás alapján - végleges döntést hoz. Ez a határozat kollektív szerződéses megállapodásnak minősül.

A *Szolgálat* - társadalmi igényt kielégítve - *állami feladatot lát el*, tevékenységi körébe tartozó szolgáltatásai - a döntőbíráskodás kivételével - ingyenesek, azaz a költségeket az állam viseli. A tanácsadás is e körbe tartozó tevékenység, azaz ingyenes, és széles körben igénybe vehető. Minden érdekelt számíthat a közvetítő szakmailag megalapozott, pártatlan, elfogulatlan tanácsaira.

Az MKDSZ közvetítők/döntőbírók listáját a Magyar Közlönyben és a Munkaügyi Közlönyben kell megjelentetni. Kérésre a Szolgálat az érdekeltek rendelkezésére bocsátja a listát. Az MKDSZ szolgáltatásait a vitában álló felek - köztük a szakszervezetek - egyező akaratuk kinyilvánításával kérhetik, és a listán szereplő közvetítők/döntőbírók közül a szakszervezetek is választhatnak, vagy kérhetik a Szolgálat vezetőit, hogy ajánljanak közvetítőt, illetve döntőbíró. A Szolgálat tudomására jutott konfliktus, vagy munkaügyi vita esetén a Szolgálat felajánlja segítségét a vita rendezésére, vagy a szakszervezetet is megkeresi.

A munkavállalók és a munkáltatók egyaránt érdekeltek a munkaügyi viták megelőzésében, illetve megszüntetésében, a bizalom és a kommunikáció helyreállításában. A megelőzésben jelentős szerepet tölthet be a szakmai tanácsadás, és tájékoztatás a munkaügyi kapcsolatok körébe tartozó kérdésekben.

Mikor javasolt a Szolgálathoz fordulni?

- munkaügyi viták megelőzése érdekében tanácsadást, tájékoztatást igénylő esetekben,
- a szakszervezet, a közalkalmazotti tanács működését érintő vita esetében,
- a csoportos létszámcsökkentés egyeztetési szakaszában,
- a kollektív szerződés, megalkotásakor, módosításakor, végrehatásakor felvetődő vitatott kérdésekben,
- sztrájk előtti kötelező egyeztetéskor,
- egyéni munkaügyi jogviták kialakulásakor,
- a döntőbíráskodást igénylő esetekben.

A *szakszervezeteknek* célszerű igénybe venniük az MKDSZ segítségét, mivel a szakszervezetek a listán lévő, a konfliktusok kezelésében járatos, felkészült 49 szakember

közül választhatnak; tárgyalási pozíciójukat, munkaügyi ismeretüket megerősíthetik, objektív helyzetelemzéshez kapnak segítséget.

Számolhatnak azzal, hogy a munkáltatók - elismerve a közvetítők/döntőbírók függetlenségét és pártatlanságát – maguk is keresik a konfliktus megoldását, ami így a munkahely „belső ügye” maradhat, nem kell jogi utat választani. A közszféra munkáltatói kölcsönösen érzékenyek arra, hogy az esetleg hiányos munkajogi ismereteiket (ami az érdekvitákat kiválthatja) ne a munkaügyi konfliktus keretében kelljen elismerniük, hanem a közvetítői, tanácsadó tevékenység adjon erre módot.

Tekintettel arra, hogy a Szolgálat állami feladatot lát el, a közérdekűség és a társadalmi igény vitathatatlan, így a közszféra munkáltatói alapvető szervezeti rendeltetésükkel összhangban járnak el, ha törekednek az eredményes munkavégzés feltételeinek megteremtését szolgáló szociális béke kialakítására, a konfliktusok elkerülésére, illetve megszüntetésére. *A szakszervezetek érdekérvényesítő és érdekképviseleti tevékenységük eredményes ellátásához a Szolgálattól sokoldalú támogatást kaphatnak*, ezzel erősíthetik fellépésük szakmai tartalmát, objektív véleményt várhatnak a konfliktusok elkerülését illetve feloldását szolgáló munkájukhoz. A közvetítés, tanácsadás és oktatás költségeit a Szolgálat viseli, így a szakszervezetek anyagi alapjait erre nem kell felhasználni, szemben a más csatornákon megjelenő szakmai, munkajogi vagy konfliktuskezelő tevékenységgel, amely jelentős kiadással terheli a munkahelyi szakszervezeteket.

Annak érdekében, hogy a Szolgálat listáján szereplő közvetítők, döntőbírók (továbbiakban: a Szolgálat tagjai) meg tudjanak felelni a *Szolgálat Szervezeti, Működési és Eljárási Szabályzatában* foglalt magatartási követelményeknek, a Szolgálat olyan elvárásokat fogalmaz meg, amelyek a szakmai tevékenységének egyöntetűségét biztosítva lehetővé teszik a Szolgálat tagjai számára az egységes magatartást, valamint tevékenységük egységes elbírálását.

Az *Etikai Kódex* összefoglalja és rendszerezi a Szolgálat tagjaitól – mind a Szolgálaton belül, mind a külső kapcsolattartásban – elvárt magatartási normákat. Az etikai kódex hatálya kiterjed a Szolgálat listáján szereplő közvetítőkre, döntőbírókra. Az Etikai Kódex attól az időponttól lép életbe, amikor a személyi hatály szerint érintettek megismerték, és aláírásukkal azt igazolták. Az Etikai Kódex elvárásai érvényesek minden olyan helyen, ahol a Szolgálat tagja a Szolgálat nevében tárgyal, szerepel, illetve közvetítői, döntőbírói feladatokat lát el.

A Szolgálat tagjaitól *magatartási követelményeket* várnak el. Így:

- a Szolgálat minden tagjától elvárja a pártatlan, lelkiismeretes, következetes, szakmailag megalapozott közvetítést, döntőbíráskodást;
- elvárja, hogy meggyőzően és eredményesen képviseljék a Szolgálat céljait és érdekeit;
- a *Szolgálat tagjai* tevékenységük során őrizzék meg a Szolgálat *függetlenségét, pártatlanságát*, és igyekezzenek bizalmat kelteni, mind a Szolgálat, mind saját személyük iránt;
- a *Szolgálat tagjai legyenek felkészültek az adott témában, őrizzék meg tárgyilagosságukat, higgadtságukat, türelmüket*, és kerüljenek minden olyan helyzetet, vagy annak látszatát, amelyben az összeférhetetlenség vagy a megvesztegethetőség gyanúja felmerülhet.⁶⁹

Az Etikai Kódex tartalmaz tilalmi szabályokat is, amelyek a hozzájutott információkra, a sajtónak való nyilatkozásra vonatkozik. Tilos a felekre illetve képviselőikre nyomást gyakorolni vagy bennük a fenyegetettség érzetét kelteni. A *tilalmi szabályok* mellett az *összeférhetetlenségre* vonatkozó kitételeket is tartalmaz a Kódex.

Az Etikai Kódex normáinak és a Szolgálat Szervezeti, Működési és Eljárási Szabályzatában megfogalmazott magatartási szabályok megsértése etikai vétségnek minősül, és az *etikai vétségek* elbírálására a Szolgálat által létrehozott *Etikai Bizottság* jogosult. Az eljárást írásban kezdeményezhetik a Szolgálatot igénybe vevő felek és a Szolgálat tagjai, az okok és a bizonyítékok pontos megjelölésével. A bejelentés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül megkezdődik az ügy kivizsgálását.⁷⁰

Az MKDSZ 11 éves működése alatt 90 esetben járt el közvetítőként vagy döntőbíróként és 59 esetben történt tanácsadás az igazgatónak írásban megküldött felkérés alapján. A szervezet a tanácsadáshoz azt a szolgáltatást sorolja, mikor csak az egyik fél kéri a szervezet segítségét, így konfliktuskezelési tanácsokat, javaslatokat szolgáltat. A tanácsadás másik fajtája, amikor a felek a szervezet tagjainak a szakértelmét veszik igénybe, vagyis mikor pl. szakértői feladatra irányul a felkérés.

Az esetszámot látva a laikus olvasó azt gondolhatja, hogy a szervezet működésével problémák lehetnek, hiszen a több mint tízéves működés alatt jóval több munkaügyi

⁶⁹ A Munkaügyi Közvetítői és Döntőbírói Szolgálat Szervezeti, Működési és Eljárási Szabályzata (az Országos Érdekegyeztető Tanács 2007. január 26-án jóváhagyta)

⁷⁰ Az MKDSZ Etikai kódexe

konfliktussal számolunk. Mielőtt az esetszám számbeli alakulásának lehetséges okaira kitérünk, érdemes egy pillantást vetni a statisztika táblázatos bontására.

Az 2. táblázatban külön láthatóak a *közvetítések*, a *tanácsadások* éves bontása. A közvetítések közé sorolták a döntőbíráskodást is.⁷¹ A táblázatból kitűnik, hogy a megalakulást követő években a felkérések száma 6 és 12 között ingadozott.

A regisztrált tanácsadások száma 2005-től emelkedett jelentős mértékben. Ez azt mutatja, hogy 2005-től kezdődően a szervezet egyre nagyobb hangsúlyt helyez a tanácsadói szolgáltatási tevékenység megerősítésére. A számok alapján megállapítható, hogy bár az esetszám alacsony, de a szervezet által nyújtott szolgáltatások hatékonyak.

Összességében, a 11 éves működést figyelembe véve *93%-os megegyezési arányt* mutatnak a statisztikák.

Ez az arány a nemzetközi hasonló profilú szervezetek között is jónak mondható, hiszen az ADR-rel foglalkozó szervezetek általában 70-85%-os eredményességi százalékkal dolgoznak. Így elmondható, hogy a vizsgált szervezet - nemzetközi összehasonlításban - az eredményes szervezetek közé sorolható.

A 93%-os mutató rávilágít arra is, hogy az alacsony esetszám nem indokolható pl. a profizmus hiányával, vagyis nem a tagok konfliktuskezelői kompetenciájával van probléma. Tanácsadást döntően a szakszervezeti oldal igényelt. Ez arra utal, hogy a szakszervezeti oldal kezdeményezi inkább harmadik fél bevonását a vitába és főként a munkáltatói oldal zárkózik el előle.

A statisztikai elemzéseknél kitűnik, hogy közvetítői eljárás során a kezelt viták a gazdaság mely ágazatához kötődnek. Ezt mutatja a 3. táblázat.

Az ágazati szempontú elemzés rámutat arra, hogy jelenleg Magyarországon mely munkaügyi viták alkalmasak alternatív vitamegoldásra, vagyis melyek azok a viták, ahol meg lehet - és a felek meg akarnak - állapodni egymással. Az elemzés kapcsán látható, hogy hány eset kötődik a versenyszférához és hány a közsférához. Az esetek harmadában a vita a közsférához kötődik. A közsférában kirobbanó konfliktusokról ugyanakkor tudjuk, hogy politikai kérdéseket is érinthet, így a munkáltatónak vagy tulajdonosnak nem érdeke a vita eszkalációja.

⁷¹ Bár a két módszer különbözik egymástól, mégis a nagyon alacsony számú döntőbíráskodást nem tartották érdemesnek külön oszlopba sorolni.

év	közvetítés esetszám	közvetítés		tanácsadás esetszám	tanácsadást kezdeményező fél MT: munkáltató MV: munkavállaló KÖ: közös	saját felajánlás esetszám	saját felajánlás	
		megállapodás született	megállapodás nem született				közvetítói eljárás indult	közvetítói eljárás nem indult
1996	2	2	–	–	–	2		2
1997	8	8	–	2	MV: 2	14	1	13
1998	10	9 döntőbíráskodás: 1	–	4	MT: 1 MV: 3	17	3	14
1999	12	11	1	3	MV: 2 KÖ: 1	9	1	8
2000	9	7 döntőbíráskodás: 2	–	5	MT: 1 MV: 4	1		1
2001	6	5 döntőbíráskodás: 1	–	3	MT: 1 MV: 2	6		6
2002	6	5	1	2	MT: 1 MV: 1	2		2
2003	10	10	–	5	MT: 2 MV: 3	9	2 (+1 tanácsadás indult)	6
2004	10	9	1	4	MT: 2 MV: 2	11	2	9
2005	3	3	–	10	MT: 3 MV: 6 K: 1	11	2	9
2006	7	5	2	9	MT: 1 MV: 8	12	3	9
2007 I.félév	7	5 döntőbíráskodás: 1	1	12	MT: 3 MV: 9	6	2	4
össze- sen	90	84	6	59	MT: 15 MV: 42 KÖ: 2 Σ: 59	101	17	84
% arány	100%	93%	7%	100%	MT: 25,4% MV: 71,0% KÖ: 3,3%	100%	17%	83%

A Rézler Gyula Mediációs Intézet engedélyével

2. táblázat

Közvetítések és tanácsadások – éves bontásban

(az MKDSZ által kezelt ügyek statisztikai elemzése, az adatbázis alapján készült)

Ágazat	esetszám	összes ügy %		Összesített rangsor az összes ügghöz viszonyítva - ágazatonként
Közsféra	30	33 %		1. közsféra 2. közlekedési ágazat 3. villamosipar és élelmiszeripar 4. acélipar
Versenyszféra	60	67 %	Versenyszféra=100	
Multinacionális vállalat	3	3,3%	5%	
Élelmiszeripar	1			
Informatika	1			
Acélipar	1			
Nem multinacionális vállalat	57	63,3%	95%	
Villamosipari ágazat	11		18%	
Közlekedési ágazat	17		28%	
Élelmiszeripar	11		18%	
Acélipar	7		12%	
Szállodaipar	3		5%	
Vegyipar	2		3%	
Egyéb	6		10%	
Összesen:	90		100%	

A Rézler Gyula Mediációs Intézet engedélyével

3. táblázat Közvetítői eljárások – ágazati bontásban

Megállapítható, hogy jelenleg Magyarországon az alternatív eljárások alkalmazásában az állam érdekelt lehet, hiszen neki politikai érdeke a megegyezés és a vita gyors lezárása. A versenyszférához kötődik az esetek 67%-a, amely az összes ügy kétharmada. Ez a szám kb. összhangban áll a nemzetközi tapasztalatokkal, ahol a munkaügyi viták racionális mederben való tartása konkrét gazdasági érdek.

Az alternatív vitarendezést leginkább alkalmazó terület a közsféra, majd ezt követi a közlekedési ágazat (légi és földi közlekedés), majd élelmiszeripar és a villamosipar,

végül az acélipar. Azok az ágazatok érdekeltek leginkább az alternatív vitarendezésben, melyekben az államnak valamilyen szerepe vagy felelőssége van, vagy ahol hagyományosan erősebb a szakszervezet, vagyis ahol az érdekérvényesítés erős és ezért valószínűleg a károkozás a munkáltatónál reális veszélyként merül fel.

Összefoglalva, az adatok alapján a hazai munkaügyi területű alternatív vitarendezésben két nagyobb érdekeltséget tudunk megkülönböztetni: az állami presztízsveszteség és a makrogazdasági károk elkerülése; illetve a károkozás reális veszélye jelentős lehet, a szakszervezeti oldal ereje miatt. Az MKDSZ eseteinek a statisztikai elemzése alapján megállapítható, hogy a szervezet alacsony esetszámmal dolgozik, ám ennek valószínűleg nem a kompetencia hiánya, hanem - rajta kívül álló egyéb, a hazai munkaügyi kapcsolatokra sajátosan jellemző - gazdasági és kulturális okai lehetnek. Megállapítható továbbá hogy a hazai gazdaságban léteznek olyan munkaügyi konfliktusok, ahol az alternatív vitarendezés előnyeinek kihasználásával kapcsolatos érdekeltség fennáll. A Szolgálat erre az érdekeltségre a 93%-os eredményességi statisztikájával hatékonyan tud válaszolni, jól tudja kielégíteni.⁷²

1.3. Közvetítői tevékenység

Az egészségügyi közvetítői eljárásról szóló törvény megjelenését követő két év elteltével, az Országos Ítéltábla székhelyének és illetékességének megállapításáról, valamint az igazságszolgáltatás működését érintő egyes törvények módosításáról szóló 1999. évi CX. törvényhez kapcsolódó feladatokat meghatározó, 102/1999. (XII. 18.) országgyűlési határozat felkérte a Kormányt, hogy vizsgálja meg a polgári jogviták bíróságon kívüli rendezésének lehetőségét, a permegelőző egyeztetések fórumai kialakításának lehetőségét, és a vizsgálat eredményének megfelelően dolgozza ki az erre vonatkozó jogi szabályozást. A polgári jogviták bíróságon kívüli rendezésének szabályozása elsősorban azért került előtérbe, mert az - egyrészt az érdekelt felek ügyére - sokkal gyorsabb és olcsóbb megoldással szolgálhat, másrészt, mert a közismerten túlterhelt bíróságok teher-mentesítését jelentheti. Ennek jegyében készült el a közvetítői tevékenységet szabályozó törvény.⁷³

⁷² Kutatási beszámoló. A Munkaügyi Közvetítői és Döntőbírói Szolgálat tevékenységének társadalmi hasznossága című kutatás, Rézler Gyula Mediációs Intézet Budapest, 2007, 57-63. o.

⁷³ 2002. évi LV. törvény indokolása a közvetítői tevékenységről.

A közvetítói tevékenység bevezetésével összefüggésben nem áll fenn kifejezett jogharmonizációs kötelezettség az Európai Közösségek joganyagával. A tárgykörnek ugyanakkor nagy szerepe van a hatékonyan működő igazságszolgáltatás feltételeinek biztosításában, mely követelmény teljesítése európai integrációs szempontból is kiemelkedő jelentőséggel bír. Az Európai Unióhoz történő csatlakozás egyik kritériuma, továbbá az unió tagállamai közti igazságügyi együttműködés alapfeltétele az, hogy a tagállami igazságszolgáltatás hatékonyan működő szervezetrendszer legyen.

A közvetítói eljárásról szóló törvényt, a *2002. évi. LV. törvény a közvetítói tevékenységről* az Országgyűlés 2002. december 3-ai ülésnapján fogadta el, és 2003. március 17-én lépett hatályba. A törvény 44. §-a alapján a hatálybalépést követő két év elteltével a közvetítói működés gyakorlati tapasztalatairól, a bevezetésének hatásairól, a közvetítói tanfolyam szükségességéről készült hatástanulmány megállapításait tartalmazó jelentést a Kormánynak az Országgyűléshez kellett benyújtania.

A közvetítói tevékenységről szóló törvény megalkotásával a cél az volt, hogy a polgári jogviták bíróságon kívüli rendezését biztosítsa. Célja volt még, hogy elősegítse a természetes személyek és más személyek személyi és vagyoni jogaival kapcsolatban felmerült azon polgári jogviták rendezését, amelyekben a felek rendelkezési jogát törvény nem korlátozza

E törvény hatálya nem terjed ki a külön törvényben szabályozott más közvetítói vagy békéltetői eljárásra, továbbá a választottbírói eljárás során lefolytatandó közvetítésre. Ennek azért nagy a jelentősége, mert a bíróságok előtt folyó pereskedés rendkívül időigényes, költséges, a felek egymás közötti viszonyát sokszor a végletekig elmergesíti - lehetlenné téve a későbbi esetleges együttműködésüket.⁷⁴

A közvetítés - mint sajátos permegelőző, konfliktuskezelő, vitarendező eljárás - a vitában érdekelt felek kölcsönös megegyezése alapján a vitában nem érintett harmadik személy, a közvetítő bevonása mellett teremti meg azt a lehetőséget, hogy a felek közötti vita az annak megoldását tartalmazó írásbeli megállapodással zárulhasson le. Közvetítói tevékenység szükségessége esetén a felek közös megegyezés alapján az általuk választott természetes személy vagy jogi személy közvetítőként történő felkérését írásban

⁷⁴ 2002. évi LV. törvény a közvetítói tevékenységről, 1. § (1-2)

kezdeményezhetik, egyidejűleg több természetes személy vagy jogi személy felkérésére is van lehetőség.

A közvetítő pártatlansága garantálhatja a távolságtartást, de egyben a megteremtett bizalomteli légkör szükséges ahhoz, hogy a felek őszintén feltárják valódi érdekeiket, szükségleteiket, és az igazán fontos információkat. Ezáltal egymásnak megfelelő tárgyalási formát alakítsanak ki, és nem egy kívülálló személytől (pl. bíró, ügyvéd, közjegyző vagy más döntéshozatalra felkért személy) várják a megoldást. A közvetítői tevékenység esetében a szakértő részvételére vonatkozó szabályok csaknem megegyeznek az egészségügyi közvetítésben lefektetett szabályokkal.

Közvetítői eljárásnál a mediátor tevékenységéért közvetítői díj és költségtérítés jár. A díj mértékében a felek szabadon állapodnak meg.⁷⁵

1.4. A közvetítői eljárás alapelvei

Az alapelvek korrekt módon, tételesen csak a választottbíróági eljárás alapelveinél található, és *minden eljárási formára érvényesek!*

Az egyenlő elbánás elve

Feltétlenül érvényesülő szabály, amely kimondja, hogy a feleket az eljárás során *egyenlő elbánásban* kell részesíteni. A felek ezzel ellentétes hatású szabályokban nem állapodhatnak meg.

A kétoldali meghallgatás elve

Az előző elv csak akkor érvényesülhet, ha mindegyik fél előadhatja ügyét.⁷⁶ Ez biztosítja a felek autonómiáját. Például az egészségügyi közvetítői eljárásról szóló törvény 8. §. (1-2) bekezdése fogalmazza meg a meghallgatás elvét, mely szerint a tanács a feleket részletesen meghallgatja. Ennek során a felek kifejtik érdekeik alapján kialakított álláspontjukat, tehát az érdemi munka a felek meghallgatásával kezdődik

A feleknek külön – külön, lehetőleg azonos tartamú időt kell biztosítani arra, hogy személyesen kifejtsék álláspontjukat.

⁷⁵ 2002. évi LV. törvény a közvetítői tevékenységről, 27. §

⁷⁶ 1994. évi LXXI. törvény a választottbíráskodásról, 27. §

A nyilvánosság kizárásának elve

Akár a választottbíróági, akár a közvetítői eljárás, valamint az egészségügyi közvetítői eljárás során számos olyan tény- vagy körülmény merülhet fel, amely a résztvevők gazdasági érdekét vagy személyiségi jogát érintheti. Választottbíróági eljárás a felek - ellenkező megállapodása hiányában – nem nyilvános.⁷⁷

A költséghatékonyság elve

A költséghatékonyság azt a törekvést fejezi ki, hogy a közvetítői eljárások olcsóbbak legyenek a bírósági eljárásoknál. Ez összességében csak az egészségügyi közvetítői eljárás során érhető tetten – itt ugyanis tételes árjegyzék alapján történik a közvetítés díjazása, amelyet külön rendelet szabályoz.⁷⁸

Ugyanakkor a fogyasztóvédelem esetében az eljárás költségét – amelyről a határozat rendelkezik – az a fél viseli, akinek terhére a tanács az ügyet eldöntötte.⁷⁹

A közvetítői tevékenység keretében az egyes ügyekben felszámítandó díj összegében a felek szabadon állapodnak meg.⁸⁰

A titoktartás kötelezettségének elve

A titoktartás mindegyik eljárásnál követendő magatartás. Ez alól az eseti nyilvános eljárások, vagy a felek külön megállapodása ad felmentést. Az egészségügyi közvetítői eljárás szigorú, a törvény 10. § (1-2) bekezdése szerint a közvetítőket, szakértőket a feleket és a biztosítót titoktartási kötelezettség terheli az eljárás folyamán.

A felkért közvetítő(k)nek – csakúgy, mint az egészségügyi közvetítői eljárás esetén – nyolc napon belül írásban kell nyilatkozni, a felkérés elfogadásáról (visszautasításáról) illetve összeférhetetlenségről.⁸¹

1.5 Büntető ügyekben alkalmazható közvetítői tevékenység

Magyarország európai uniós tagságából fakadó kötelezettségének eleget téve döntött a kormány a közvetítői eljárás bevezetéséről a büntetőügyekben. Ez a kötelezettség azt jelenti, hogy „minden tagállam megfelelő intézkedéseket tesz annak érdekében, hogy

⁷⁷ 1994. évi LXXI. törvény a választottbíráskodásról, 29. §

⁷⁸ 4/2001. (II.20.) EüM-IM együttes rendelete az egészségügyi eljárással kapcsolatos egyes kérdésekről, 4-5. §

⁷⁹ 1997. évi CLV. törvény a fogyasztóvédelemről, 33. § (2)

⁸⁰ 2002. évi LV. törvény a közvetítői tevékenységről, 27. § (2)

⁸¹ 2002. évi LV. törvény a közvetítői tevékenységről, 23, 24, 25. §

ösztönözze az elkövetőt, a sértettet megillető megfelelő kártérítés nyújtására”. Ez a kívánalom olvasható az Európai Unió 2001. március 15-i, a sértettnek a büntetőeljárásban való jogállásáról szóló kerethatározatában. Ennek egyik lehetséges eszköze a közvetítői eljárás bevezetése. A kerethatározat pedig kötelező, ezért a tagállamoknak legkésőbb 2006. március 22-ig hatályba kell léptetniük azokat a belső jogszabályokat, amelyek a kerethatározat végrehajtásához szükségesek.⁸²

Ezen előzményt követően született meg a legfiatalabb közvetítői törvény a „2006. évi CXXIII. törvény a büntető ügyekben alkalmazható közvetítői tevékenységről” szóló, amely 2007. január 1-én lépett hatályba.

Az ügyész vagy a bíróság a bűncselekmény miatt megindult büntetőeljárást felfüggeszti, és az ügyet közvetítői eljárásra utalja az ügyet.

Az 1978. évi IV. törvény a Büntető Törvénykönyvről 36. § (1) bekezdése szerint *nem büntethető, aki a személy elleni, közlekedési vagy vagyon elleni, háromévi szabadságvesztésnél nem súlyosabban büntetendő bűncselekménnyel okozott kárt a sértettnek közvetítői eljárás keretében megtérítette* vagy a bűncselekmény káros következményeit egyéb módon jóvátette.

Az 1998. évi XIX. törvény a büntetőeljárásról 221/A. § (1) bekezdése szerint a *közvetítői eljárás a személy elleni, a közlekedési, illetőleg a vagyon elleni, ötévi szabadságvesztésnél nem súlyosabban büntetendő bűncselekmény miatt indult büntetőeljárás tartama alatt, a gyanúsított vagy a sértett indítványára, illetőleg önkéntes hozzájárulásukkal alkalmazható eljárás. A Btk. 36. § (2) bekezdésében fogalmazódik meg az a lehetőség, hogy a büntetés korlátlanul enyhíthető az (1) bekezdésben említett bűncselekmények esetében, ha az elkövető az ötévi szabadságvesztésnél nem súlyosabban büntetendő bűncselekménnyel okozott kárt a sértettnek közvetítői eljárás keretében megtérítette, vagy a bűncselekmény káros következményeit egyéb módon jóvátette.*

*Nem alkalmazható a mediáció, ha a bűncselekményt bünszövetkezetben követte el, a bűncselekmény halált okozott, szabadságvesztés próbaideje alatt történik a bűncselekmény, vagy szándékos bűncselekmény elkövetése miatt ítélték az elkövetőt szabadságvesztésre.*⁸³

A mediációs eljárás tette lehetővé, hogy ha a tettes megbánást tanúsít és megtéríti a kárt, vagy a sértett félnek más módon nyújt elégtételt, ezáltal elkerüli a felelősségre

⁸² IRM archivum: Közvetítői eljárás büntető ügyekben –a helyreállító igazságszolgáltatás új eszköze. 2006. 01.13.

⁸³ 1978.évi IV. törvény a Büntető Törvénykönyvről III. fejezett a büntetőjogi felelősségre vonás akadályai, II. Cím a büntethetőséget megszüntető okok 36. § (1) (3)

vonást. Az ilyen eljárást a sértett és az elkövető önkéntes hozzájárulásával, beleegyezésük esetén az ügyészség, illetve a bíróság kezdeményezheti.⁸⁴ Bár egyelőre a bíróságok az aktívabbak: az ügyek kétharmadát ott indítványozták.

Az új jogintézmény *egyik célja* a jóvátétel mellett éppen az, hogy kevesebb ügy kerüljön bíróság elé. A *másik cél* - és társadalmilag ez a fontosabb -, hogy a bűncselekmény következményeinek jóvátételét és a gyanúsított jövőbeni jogkövető magatartását elősegítse.

A büntető ügyekben folytatott közvetítői eljárásban az *Igazságügyi Hivatal Pártfogó Felügyelői Szolgálatának* e feladatra kiképzett munkatársai járnak el mediátorként. Tehát akkor kérheti a sértett és a terhelt a mediációt, ha a konkrét cselekmény legfőbb öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. Ide tartoznak személy-, és vagyon elleni, valamint a közlekedési bűncselekmények. Az ötéves határba elvileg az emberölés kísérlete, a maradandó fogyatékoságot okozó súlyos testi sértés és a legfeljebb ötvenmillió kárt okozó lopás egyaránt belefér. Ezek persze extrém példák.

Az új jogintézmény elsősorban a kisebb kárral vagy sérelemmel járó esetekben jelenthet megoldást. A kártérítés mellett nem kevésbé fontos, hogy a terhelt a mediációs ülésen őszinte megbánást tanúsítson. Az eljárásban a sértett és a terhelt egyenrangú felek, az eljárás során bármikor visszavonhatják a részvételre vonatkozó hozzájárulásukat. A sértett és a terhelt jogosult arra, hogy jogi képviselőt hatalmazzon meg, aki az eljárásban részt vehet, és az általa képviselt érdekében felszólalhat.⁸⁵

A közvetítői megbeszélésről a közvetítő feljegyzést készít. A feljegyzésben röviden ismertetni kell az eljárás menetét akként, hogy a jogok gyakorlása és a kötelezettségek teljesítése, valamint az eljárási szabályok megtartása nyomon követhető legyen. A megállapodás akkor jön létre, ha a sértett és a terhelt között a bűncselekménnyel okozott kár megtérítésében vagy a bűncselekmény káros következményeinek egyéb módon való jóvátételében azonos álláspont alakul ki. A megállapodásnak tartalmaznia kell, hogy a terhelt a bűncselekménnyel okozott kárt a büntetőeljárás felfüggesztésének tartama alatt egy összegben, vagy meghatározott rendszerességgel részletekben fizeti-e meg, vagy más módon nyújt jóvátételt, valamint, hogy ki viseli az eljárás költségeit. A megállapodásban

⁸⁴ 2006. évi CXXIII. törvény a büntető ügyekben alkalmazható közvetítői tevékenységről 1. § (1)

⁸⁵ 2006. évi CXXIII. törvény a büntető ügyekben alkalmazható közvetítői tevékenységről 7. § (1, 2)

vállalt kötelezettségeknek meg kell felelniük a jogszabályoknak, ésszerűnek kell lenniük, és nem ütközhetnek a jó erkölcsbe.⁸⁶

A közvetítők minden esetben törekednek arra, hogy a vétkes feleket szembesítsék tettükkel, s elvárják, az elkövető adjon erkölcsi elégtételt is áldozatának. A közvetítői eljárást a büntetőügyekben eljáró bíróság, illetve ügyészség székhelye szerint illetékes pártfogó felügyelői szolgálat közvetítői tevékenységet végző pártfogó felügyelője folytatja le.

A közvetítői eljárás akkor fejeződik be, amikor a terhelt a bűncselekménnyel okozott kárt a sértettnek megtérítette, vagy a bűncselekmény káros következményeit egyéb módon jóvátette, vagy a terhelt a közvetítői eljárás eredményeként létrejött megállapodás teljesítését megkezdte, vagy a sértett, vagy a terhelt kijelenti a közvetítő előtt, hogy kéri a közvetítői eljárás befejezését; vagy akkor is, ha az első közvetítői megbeszéléstől számított három hónap eredménytelenül telt el.

Ha a terhelt nem teljesít, vagy a megállapodás a sértett magatartása miatt nem teljesíthető, a pártfogó felügyelői szolgálat erről tájékoztatja az ügyészt, illetve a bíróságot. A közvetítői eljárás befejezését követő tizenöt napon belül a közvetítő a közvetítői eljárásról jelentést készít, amelyet az eljárás befejezésére alapot adó okirattal együtt megküld az ügyésznek, illetve a bíróságnak, valamint a sértettnek, a terheltnek és képviselőiknek.

A közvetítői eljárás során felmerült költség nem bűnügyi költség, azt a terhelt viseli, ha nem állapodtak meg másként. Ha a bíróság illetve az ügyész - mielőtt megkezdődne a közvetítői eljárás - költségmentességet engedélyezett, a kirendelt ügyvéd díját és költségét az állam viseli. Ha a terhelt süket, néma, vak illetve nem ismeri a magyar nyelvet, szintén az állam viseli a költségeket.

Ezen törvényt az Országgyűlés 2006. december 18-i ülésnapján fogadta el, és az Európai Unió jogának való megfelelést szolgálja.

1.6. Hatósági közvetítési eljárás

Új jogintézményt vezetett be a közigazgatási eljárásjogba a 2004. évi CXL. törvény a közigazgatási eljárás és szolgáltatás általános szabályairól.

⁸⁶ 2006. évi CXXIII. törvény a büntető ügyekben alkalmazható közvetítői tevékenységről 12. §, 13. § 15.§

Világjelenség, hogy növekszik a sok ügyfél részvételével folyó eljárások száma. Ennek egyik oka a *technikai fejlődés*, a másik ok, hogy növekszik az *állampolgárok közéleti aktivitása*, egyre többen kívánnak beleszólni valamilyen módon környezetük helyzetét formáló döntésekbe.

Az ügyfelek természetes igénye, hogy közérthető megalapozott tájékoztatást kapjanak a tervekről, különös tekintettel az esetleges káros hatások minimalizálására irányuló intézkedésekről, és módjuk legyen észrevételeiket és javaslataikat megtenni még a döntés meghozatala előtt. A törvény a hatósági közvetítő kirendelésétől várja a vázolt célkitűzések megvalósulását.

A hatósági közvetítő a közigazgatási hatósági ügyek sajátosságaihoz igazodó mediátor.⁸⁷

A *törvény 41. §-a* részletesen felsorolja a hatósági közvetítő szerepét, miszerint a felsőfokú végzettséggel rendelkező hatósági közvetítő lehetőleg *jártas legyen* az ügyben, és őt a hatóság veszi igénybe sok ügyfelet érintő eljárásban.

Nem lehet hatósági közvetítő a hatósággal szerződéssel munkaviszonyban álló személy, az ügyfélként résztvevő alkalmazottja, a szervezet tulajdonosa, tisztségviselője, aki hozzátartozója révén érintett az ügyben vagy más okból elfogult.

A hatósági közvetítő feladata:

- gondoskodjon arról, hogy az ügyfél közérthető tájékoztatást kapjon az eljárás céljáról, a várható következményekről, az esetlegesen létrejövő kedvezőtlen változások megelőzésére irányuló intézkedésekről;
- tájékoztassa az ügyfelet az ügyben irányadó jogszabályokról és a jogszabályokban meghatározott jogairól;
- közvetítsen a hatóság és az ügyfelek között, hogy kölcsönös, mindkettőjük számára elfogadható megoldást találjanak;
- összegyűjti az ügyfelektől kapott, a tárgyra vonatkozó észrevételeket;
- betekinthesse az ügyiratokba, ha a törvény ezt nem zárja ki, vagy nem korlátozza;
- titoktartási kötelelem vonatkozik a tudomására jutott védett adatokra vonatkozóan és a személyes adatokat védeni köteles.

A hatósági közvetítő bírságható, a felmerült költségek viselésére kötelezhető, ha neki felrhatóan feladatát nem teljesíti.

⁸⁷ 2004. évi CXL. törvény indokolása a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól 11.o.

Munkadíj illeti meg, költségeinek megtérítésére tarthat igényt. A közigazgatási hivatal olyan nyilvántartásba veszi a hatósági közvetítőt, amely tartalmazza a közvetítő személyes adatait, elérhetőségét, és tevékenységi körét, amelyben közvetítőként eljárhat. A közvetítő ezen adatai nyilvánosak.

1.7. A Polgári perrendtartás módosítása

A Polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény módosítását az Országgyűlés 2008. június 9-i ülésnapján fogadta el.⁸⁸ A közvetítői eljárással kapcsolatban több új rendelkezés került a törvény szövegébe. Ez tartalmazza már a közvetítői eljárásra vonatkozó törvényi kiegészítő rendelkezést. A 130. § (1) bekezdés i) pontja a jogi személy gazdálkodó szervezetek közötti kötelező egyeztetésre való utalással (121/A. §), a 121. § pedig a következő (4) bekezdéssel egészül ki: „Ha a felek közötti jogvitában közvetítői eljárás volt folyamatban, a keresetlevélben erre utalni kell.”

Ez szoros kapcsolatban áll azokkal a változtatásokkal, amelyet a 121. §-t követően a 121/A. kiegészítő paragrafus bekezdései tartalmaznak:

- (1) *A jogi személy gazdálkodó szervezetek egymás közötti jogvitáiban a keresetlevél benyújtása előtt e feleknek meg kell kísérelniük a jogvita peren kívül elintézését.*
- (2) *Ha a felek jogvitájukat peren kívül nem rendezik, és a felperes keresetet indít, a keresetlevélhez csatolnia kell:*
 - a) az (1) bekezdés alapján a felperes és az alperes által tett írásbeli nyilatkozatokat tartalmazó okiratokat (levelezés, jegyzőkönyv), vagy
 - b) *azt az iratot, amellyel a felperes igazolja, hogy a jogvita peren kívüli elintézését megkísérelte.*

A Pp. a perbeli egyezséget jelenleg a tárgyalás szabályai között, a 148. §-ban szabályozza, kimondva, hogy „a bíróság a per bármely szakában megkísérelheti, hogy a felek a jogvitát vagy a vitás kérdések egy részét egyezséggel rendezzék”. Ez a rendelkezés is *kibővült* a közvetítői eljárásra való utalással [148. § (2) bek.].

A Pp. ezen túlmenően a 127. § (2) bekezdésében lehetővé teszi, hogy a fél ellenfelét egyezségi kísérletre idézze. Ha az egyezés nem jön létre, az eljárás perként folytatódik.

⁸⁸ 2008. évi XXX. törvény a Polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény és egyes kapcsolódó törvények módosításáról

A hatályos Pp. tehát lehetőséget biztosít arra, hogy a felek jogvitájukat egyezséggel rendezzék, s erre az illetékekről szóló 1990. évi XCIII. törvény mérsékelt és kedvezményes mértékű illetékek alkalmazásával kívánja ösztönözni a feleket.⁸⁹

Az egyezés szabályainál a törvény most már kimondja, hogy *a bíróság indokolt esetben tájékoztatja a felet a közvetítés (mediáció) lehetőségéről*. Ez a rendelkezés mindenképpen előmozdítja a közvetítői eljárás szélesebb körben való megismerését. Annak érdekében, hogy ez ne egy formális és éppen ezért hatástalan figyelmeztetés legyen, csak olyan esetben kell a bírónak a feleket kioktatnia, amikor maga is lát esélyt arra, hogy a jogvita békés úton, közvetítő igénybevételével rendezhető. Ha a felek igénybe veszik a közvetítőt, a pert nem felfüggeszteni, hanem szüneteltetni kell.⁹⁰

2. A közvetítői eljárások gyakorlata, eredményei

A közvetítői tevékenységgel egy *új szakma jelent meg* a foglalkozások körében, és ennek folyományaként a közvetítői tevékenységről szóló törvény hatálybalépését követően közel 1000 természetes személy, jogi személy, jogi személyiség nélküli gazdasági társaság kérte felvételét a közvetítői névjegyzékbe (a közvetítői névjegyzék vezetése, a felvételek elbírálása az Igazságügyi Minisztérium feladatkörébe tartozik), és több mint 200 alkalommal kértek tájékoztatást az ügyfelek a közvetítői eljárásról, valamint arról, hogy hogyan lehet igénybe venni azt. A jelentkezők kiugróan magas száma az új jogintézmény iránti érdeklődéssel indokolható, így 2003-ban 592 természetes személy és 172 szervezet bejegyzésére került sor.

2004-ben csökkent a jelentkezők száma 700 kérelem érkezett ebből 302 természetes személy és 115 szervezet nyert felvételt. Ennek a csökkenésnek egyik oka az volt, hogy kevesen vették még igénybe a közvetítési eljárást, így ez nem tűnt olyan foglalkozásnak, amely mindennapi megélhetést adhatna a közvetítést vállaló személynek. A korábban felvételt nyertek közül többen jelezték, hogy nem kaptak felkérést közvetítésre, és négy fő

⁸⁹ 1990. évi XCIII. törvény az illetékekről

⁹⁰ A 2008. évi XXX. törvény indokolása a Polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény és egyes kapcsolódó törvények módosításáról

ezen indok alapján kérte a névjegyzékből való törlését is. A közvetítói tevékenység folytatására jelentkezők száma tovább csökkent annak ellenére, hogy 2005. november 1-ig 99 természetes személy és 28 szervezet kérte felvételét a közvetítói névjegyzékbe.

A közvetítők és szervezetek megyénkénti megoszlása rendkívül aránytalan. Igen magas a közvetítő személyek és szervezetek száma Budapesten és Pest megyében, több megyében viszont közel azonos arányban vannak jelen. Biztató az a tény, hogy 2003-ban nem mindegyik, de 2004-ben már valamennyi megyében található közvetítő. A közvetítói törvény lehetővé teszi, hogy nem magyar állampolgár is kérhesse felvételét a közvetítói névjegyzékbe, mint ahogyan a vizsgált időszakban két, nem magyar állampolgár ezt meg is tette, eleget téve a felvételi követelményeknek és jelenleg is közvetítőként működnek.

24 esetben utasították el a benyújtott kérelmeket felsőfokú végzettség hiánya miatt, és igen nagy számban maguk a kérelmezők vonták vissza kérelmüket hasonló okból, illetve a megfelelő szakmai gyakorlat - ami minimum 5 év - hiánya miatt. Az elutasító határozatokat a kérelmezők tudomásul vették, három esetben bírósági felülvizsgálatra került sor. A Fővárosi Bíróság mindhárom esetben helyt adott az igazságügy-miniszter döntésének.

A közvetítők végzettsége szerinti megoszlásáról elmondható, hogy igen széles a felsőfokú végzettséghez kötött szakmák képviselőinek jelenléte. Nagy számban a jogászok képviselik magukat 51 %-ban, majd egyenlő arányban 17-17%-ban vannak jelen a műszaki és a pedagógusi végzettségű közvetítők. Orvos, pszichológus, közgazdász és egyéb szakma képviselőinek száma lényesen alacsonyabb együttesen 17 %. Annak ellenére, hogy jogvégzettek képviselik a közvetítőket, több mint felét, számukra mindenképpen kihívást jelenthet e tevékenység végzése, mivel a jogtanácsosi, ügyvédi, vagy közjegyzői munka, annak stílusa és mibenléte különbözik a közvetítővel szemben támasztott követelményektől.

A közvetítők szakterületeinek közzététele az Igazságügyi Minisztérium által vezetett közvetítói névjegyzékben igen hasznosnak bizonyuló szolgáltatás, mivel a szakterületek közzététele a felek elvárásaival találkozik, és ezen információ segíti az ügyfeleket abban, hogy kiválasszák az ügyüknek legjobbnak vélt közvetítőt. Jelenleg a névjegyzékben feltüntetett szakterületek száma 859.

A közvetítői eljárásokat tekintve, *ügytípusok* szerint jelentős emelkedés mutatkozik az eredményes közvetítői eljárások számában, különösen a családjogi és munkaügyi jogviták körében. 2003-ban családjogi közvetítői eljárás 2004-ben 48-ról 248-re, a munkaügyi jogviták esetén a közvetítői eljárás 8-ról 34-re; egyéb polgári jogviták közvetítői eljárás esetén 328-ról 423-ra emelkedett. Ez a tendencia megfelel a nemzetközi tapasztalatoknak.

A 2003. és 2006. évek között a közvetítői eljárásokat, a vita jellege szerint – ezen belül pedig eredményesség szerinti bontását - az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium Igazságügyi Kodifikációs és Szolgáltatási Főosztálya foglalta össze (4. táblázat).

A közvetítés térhódítása a családjogi viták körében kézzelfogható, amely részben a peres eljárás és közvetítés közötti különbségekből fakad. A felek magatartását erős érzelmi hatások befolyásolhatják, és a bírósági eljárás során szinte lehetetlen a felek közötti konfliktushelyzetet feloldani, hiszen nem is áll rendelkezésre annyi idő, amely a konfliktushelyzet feloldását lehetővé tenné.⁹¹

A nemzetközi tapasztalatok is alátámasztják azt a tényt, hogy ha az eljárás írásbeli megállapodással zárul, a felek az abban foglaltakat maguk részére kötelező erejűnek fogadják el, és be is tartják.

A *közvetítői eljárások időtartama* általában nem meríti ki a törvényben előírt határidőt: a négy hónapot. A tapasztalatok azt mutatják, hogy szinte minden esetben jóval rövidebb, átlagosan egy hónap alatt jutnak a felek a jogvitát lezáró megállapodás létrehozásához. A rendelkezésre álló hivatalos adatok alapján a közvetítői díjak mértéke 5.000-50.000 forint között szóródik, de a közvetítői eljárások számának növekedése az eljárás rövidebb időtartama miatt a költségek csökkenését is eredményezheti. Bár a közvetítői tevékenységről szóló törvény rendelkezése alapján a közvetítő díjazása a közvetítő és a felek közötti szabad megállapodás tárgyát képezi, van olyan mediátor iroda, ahol a felek a következő díjakat és költségeket fizetik a mediátornak:

- mediálás óradíja: 25.000-50.000 Ft,
- szakvélemény (jogi, pénzügyi, gazdasági) készítésének óradíja: 50.000-100.000 Ft,
- eredménytől függő díjazás: ez a vita tárgya értékének előre meghatározott százaléka, mely tárgyértékétől függően degresszíven kerül megállapításra,
- egyéb felmerülő költségek.

⁹¹ J/95. számú jelentés a közvetítői működés gyakorlati tapasztalatairól szóló hatástanulmány megállapításairól a 2003. március 17. és 2005. március 16. közötti időszak vizsgálata alapján. Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium

Tárgyév: 2003

Vita jellege	Eredményes	Eredménytelen	Összesen
biztosítási jogviszony	4	0	4
családi (gyermekkel kapcsolatban)	18	6	24
családi (teljes körű)	17	6	23
családi (válás)	1	0	1
egyéb polgári jogi jogviták	290	38	328
egyéni munkaügy	7	1	8
gazdasági	3	0	3
tanár-diák közötti viták	3	0	3
tulajdonjog	0	1	1

Tárgyév: 2004

Vita jellege	Eredményes	Eredménytelen	Összesen
biztosítási jogviszony	2	0	2
családi (gyermekkel kapcsolatban)	1	0	1
családi (teljes körű)	147	49	196
családi (válás)	28	23	51
egyéb polgári jogi jogviták	308	115	423
egyéni munkaügy	33	1	34
tanár-diák közötti viták	9	0	9

Tárgyév: 2005

Vita jellege	Eredményes	Eredménytelen	Összesen
családi (gyermekkel kapcsolatban)	3	1	4
családi (teljes körű)	218	80	298
családi (válás)	8	3	11
egyéb polgári jogi jogviták	355	169	524
egyéni munkaügy	28	3	31
gazdasági	21	5	26
tanár-diák közötti viták	8	0	8

Tárgyév: 2006

Vita jellege	Eredményes	Eredménytelen	Összesen
családi (gyermekkel kapcsolatban)	35	16	51
családi (teljes körű)	189	82	271
családi (válás)	9	8	17
egyéb polgári jogi jogviták	477	274	751
egyéni munkaügy	19	27	46

4. táblázat

A közvetítői eljárások száma adott évben vita jellege szerinti, ezen belül pedig eredményesség szerinti bontásban

A pontos összegben az iroda ügyvezetője és a felek szabadon állapodnak meg és az előzetes költségbecslés alapján döntenek a mediációs eljárás megindításáról.⁹² Mindezek után, az gondolható, hogy a határ a csillagos ég, de bízni lehet abban, hogy a közvetítői eljárások számának növekedése, az eljárás rövidebb időtartama miatt, a költségek is csökkenni fognak.

A közvetítői működés ellenőrzése kapcsán a Minisztériumhoz két panaszbeadvány érkezett. Az egyik panasz az volt, hogy az érintett közvetítőt a felek nem kérték fel a közvetítői működésre, a másik esetben a reklámozás alapozta meg a panaszt. Továbbiakban szükséges a közvetítői képzés, és a továbbképzés helyzetével foglalkozni, annak ellenére, hogy a mediációs technikák oktatását több civil szervezet kezdte meg akkreditált képzés keretében.

Mindezek alapján kimondható, hogy a közvetítői törvény elérte célját, eredményesen használható, egyre népszerűbb, de továbbra is nagy hangsúlyt kell helyezni azonban arra, hogy a közvetítés intézménye egyre szélesebb körben váljon ismertté, és nemcsak a jogkereső állampolgárok, hanem a jogalkalmazók körében.

2007. január 1-én lépett hatályba a 2006. évi CXXIII. törvény a büntető ügyekben alkalmazható közvetítői tevékenységről.

Az új jogintézmény elsősorban a kisebb kárral, vagy sérelemmel járó esetekben jelenthet megoldást. Tízezer, vagy százezer forintnyi kárt okozó, közlekedési baleset, illetve személy elleni bűncselekményekről van tehát szó, ahol a terheltek zöme pedig első alkalommal került összeütközésbe az igazságszolgáltatással.

A kártérítés mellett nem kevésbé fontos, hogy a terhelt a mediációs ülésen őszinte megbánást tanúsítson. Nem cél, hogy a büntetést a tehetősebbek így válthassák meg, de sajnos előre láthatóan ez egyre gyakoribbá fog válni. Volt olyan eset, amikor a sértett kérte a mediációs eljárás lezárását, mert a tettes azt hitte, ha fizet, mindent megtehet. Nem közömbös, hogy lehetőség szerint a kár is megtérüljön, például fizessen az elkövető. Hárommillió kártérítést fizetett áldozatának egy balesetet okozó sofőr, és hasonló összeget tett le egy súlyos testi sértés elkövetője is. De nem biztos, hogy ennyivel kompenzálódott a bűncselekmény által okozott kár, mert például előfordult, hogy valakinek saját kezűleg kellett körülkeríteni azt a tanyát, ahová korábban lopni járt. Vagy

⁹² <http://www.mediatoriroda.hu/dijazas.html> (2005.11.20.)

közlekedési balesetet okozó sofőr a kártérítés mellett vállalta, hogy kezelésekre fuvarozza a súlyosan sérült és hosszas rehabilitációra szoruló áldozatát.

A mediátorok minden esetben törekednek arra, hogy a vétkes feleket szembesítsék tettükkel, s elvárják, hogy az elkövető adjon erkölcsi elégtételt is áldozatának, tanúsítson megbánást, kérjen bocsánatot, és az áldozat pedig kapjon elégtételt.

A törvény életbe lépése óta 1500 büntetőügyben kezdeményeztek közvetítői eljárást és az eddig létrejött, - több mint 600 - egyezségek alapján a sértettek 120 millió forint kártérítéshez juthattak - hangzott el *szeptember elsején* a pártfogás napja alkalmából rendezett szakmai konferencián. 300 körüli esetben közlekedési baleset és hasonló számban lopás, 250 esetben súlyos testi sértés, illetve száz körüli csalás és sikkasztás, és ugyanennyi rongálás elkövetése miatt indult mediációs eljárás. Az esetek tizedében nem született megállapodás. A 2007. évi statisztikai adatok szerint 2451 büntetőügyben kezdeményeztek közvetítői eljárást. Ezt részletezi az 5. táblázat (Forrás: Igazságügyi Hivatal Pártfogó-felügyelői Módszertani Osztály).

Megye	Ügyek száma
Baranya	328
Bács-Kiskun	146
Békés	84
B-A-Z	136
Csongrád	152
Fejér	87
Főváros	377
Gy-M-S	49
Hajdú-Bihar	110
Heves	166
J-N-Sz	85
K-E	46
Nógrád	27
Pest	167
Somogy	67
Sz-Sz-B	83
Tolna	33
Vas	40
Veszprém	241
Zala	27

5. táblázat

Büntető ügyekben alkalmazható közvetítői eljárást elrendelő határozatok száma- megyei eloszlásban

A határozatok elrendelő szerinti megoszlása

1529 határozat érkezett ügyészségtől, 922 bíróságtól.

Az elkövetők büntetőjogi életkora és neme szerinti megoszlás

A mindösszesen 2451 terhelt közül 299 fiatalkorú érintett a közvetítői eljárásban.

A terheltek között 400 női elkövető van.

Az elkövetett bűncselekmények ügyek szerinti megoszlása

- közlekedési bűncselekmények 695,
- vagyon elleni bűncselekmények 1 360,
- személy elleni bűncselekmények 387 és
- tévesen küldött ügyek 9.

Az eljárás felfüggesztésének időtartamára vonatkozó adat

Az elrendelők általában 6 hónapra függesztik fel az eljárást az esetek 71%-ban, 5 hónapra az esetek 1%-ban, 4 hónapra az esetek 5%-ban, 3 hónapra az esetek 4%-ban, 2 hónapra az esetek 2%-ban. Az esetek 3%-ban nem történik a felfüggesztés időtartamára utalás, ilyenkor vélelmezzük a legfeljebb 6 hónapra történő felfüggesztés szándékát. Az esetek 14%-ban olyan ügy született, amikor konkrét időpontot határoz meg az elrendelő, ezekben az esetekben 2, 3, 4, 5, illetve 6 hónapra szól a felfüggesztés.

Megállapodások

Eddig több mint 1500 ügyben született megállapodás. Ezek 68%-a anyagi jellegű megállapodás. 8%-a nem anyagi jellegű, 3%-a anyagi és nem anyagi jellegű megállapodás. A megállapodások 21%-ban pedig bocsánatkérésre került sor.

A 2008-as év első negyedéről rendelkezésre álló adatok - ha nem is nagyságrendbeli, de - csökkenő tendenciáról árulkodnak, ami az indított ügyeket illeti. Kiolvasható, hogy még mindig az ügyészség aktívabb; lényegesen több határozatot hoz közvetítői eljárás lefolytatására (6. 7. és 8. táblázatok).⁹³

⁹³ Összeállította az Igazságügyi Hivatal Pártfogó-felügyelői Módszertani Osztály

Megye	Érkezett ügyek száma	Ebből bírósági	Ebből ügyészségi	Ebből fiatalkorú terheltek
Baranya	25	12	13	2
Bács-Kiskun	18	4	14	0
Békés	9	3	6	0
B-A-Z	17	1	16	0
Csongrád	19	3	16	3
Fejér	10	3	7	0
Főváros	92	45	47	13
Gy-M-S	5	1	4	0
Hajdú-Bihar	6	2	4	0
Heves	13	1	12	0
J-N-Sz	12	2	10	0
K-E	5	2	3	0
Nógrád	1	0	1	0
Pest	16	4	12	0
Somogy	2	0	2	0
Sz-Sz-B	4	0	4	0
Tolna	10	7	3	1
Vas	6	3	3	0
Veszprém	26	4	22	5
Zala	3	1	2	0
Összesen	299	98	201	24

(Összesen női terheltek száma: 54)

6. táblázat
Közvetítői eljárás lefolytatására hozott határozatok
2008. január

Megye	Érkezett ügyek száma	Ebből bírósági	Ebből ügyészségi	Ebből fiatalkorú terhelt
Baranya	26	3	23	4
Bács-Kiskun	12	0	12	1
Békés	4	0	4	0
B-A-Z	23	2	21	5
Csongrád	21	4	17	9
Fejér	13	1	12	2
Főváros	41	19	22	3
Gy-M-S	5	3	2	1
Hajdú-Bihar	11	0	11	0
Heves	14	1	13	0
J-N-Sz	22	0	22	7
K-E	3	0	3	0
Nógrád	7	1	6	0
Pest	34	9	25	2
Somogy	6	1	5	1
Sz-Sz-B	10	0	10	0
Tolna	3	1	2	0
Vas	7	2	5	2
Veszprém	18	2	16	1
Zala	4	0	4	0
Összesen	284	49	235	38

(Összesen női terheltek száma: 47)

7. táblázat
Közvetítői eljárás lefolytatására hozott határozatok
2008. február

Megye	Érkezett ügyek száma	Ebből bírósági	Ebből ügyészségi	Ebből fiatalkorú terheltek
Baranya	20	3	17	1
Bács-Kiskun	17	1	16	0
Békés	4	0	4	0
B-A-Z	12	0	12	4
Csongrád	19	4	15	3
Fejér	11	4	7	0
Főváros	36	15	21	3
Gy-M-S	6	0	6	0
Hajdú-Bihar	10	1	9	2
Heves	6	1	5	0
J-N-Sz	11	1	10	0
K-E	9	0	9	1
Nógrád	2	1	1	0
Pest	45	5	40	10
Somogy	7	1	6	2
Sz-Sz-B	3	0	3	0
Tolna	5	1	4	0
Vas	9	1	8	0
Veszprém	13	1	12	3
Zala	1	0	1	0
Összesen	246	40	206	29

(Összesen női terheltek száma: 32)

8. táblázat
Közvetítői eljárás lefolytatására hozott határozatok
2008. március

Az egészségügyi közvetítői eljárás, és annak eredményei külön fejezetben kerül értékelésre.

IV. Nemzetközi kitekintés, működési és szervezeti formák

A közvetítói eljárással történő vitarendezés Nyugat-Európában - különösen pedig az Egyesült Államokban - több évtizede már sikerrel alkalmazott módszer volt, kiváltképpen a kereskedelmi jog, a családjog, a környezetvédelem, a munkajog, az orvosi jog és a fogyasztóvédelem területén. Napjainkban az idegenforgalom területén vált igazán fontossá ez a vitarendezési mód, a konfliktusok nemzetközi tartalma miatt.⁹⁴

Időrendi sorrendben tehát az itt létrejött szervezeti és működési formákat kell áttekinteni.

A közvetítói eljárás az *Amerikai Egyesült Államokban* honosodott meg először az 1920-as évek idején. A kínai bevándorlók honosították meg, akik kultúrájuk részeként már Kínában is használták ezt a békés konfliktuskezelő eljárást.

Massachusetts államban ún. „*Kis ügyek bíróságai*” működnek, amelyek kis értékű perügyeket tárgyalnak 1 500 dollárig (Small Claim Courts). Az itt tárgyaló bírót nem kötik a formális bizonyítási eljárás szabályai. Az ítélet ellen csak az alperes fellebbezhet, a felperesnek erre nincs joga.⁹⁵

Floridában minden esetben az 5 000 USD alatti értékhatár esetében *kötelező igénybe venni* a per megindítása előtt a közvetítói eljárást. Amennyiben a fél a bírósághoz fordul, a bíróság elutasítja a keresetlevelet és átadja az általa kijelölt közvetítőnek. Egyes bíróságokon a mediáció igénybevétele kötelező, míg más helyeken egy bírósági alkalmazott a bírósági eljárást megelőzően felajánlja a mediáció lehetőségét a feleknek. Ez azonban nem jelent számukra többletköltséget. A közvetítés a bíróság épületében zajlik, de a bíróságtól független szervezetek vezetik.

1981-ben indult a *Harvard Mediációs Program*. A Harvard Egyetem jogászprofesszora és hallgatói indították el polgári jogviták megoldására. A mediációs eljárás az összes résztvevő közös ülésével kezdődik, és elsőnek a felperes adja elő

⁹⁴ Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége, Budapest, 2004, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft, 42. o.

⁹⁵ Sáriné dr. Simkó Ágnes: Mediáció. A közvetítói tevékenység, Budapest, 2003, HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., 74. o.

keresetét, amelyet az alperes viszontkeresete követ. Ha egyezség születik, írásba foglalják, ha nem, még azon a napon elkezdődik a bírósági tárgyalás. A megkérdezett résztvevők 75%-a azt mondta, a mediáció tiszta, becsületes eljárás, 87,5%-a azonnal fizetett, a megkérdezettek többsége úgy ítélte meg, hogy a mediátor semleges volt, és a bírósági eljárás nem jobb módszer a konfliktusok megoldására.⁹⁶

Az Egyesült Államokban az egyik legfontosabb fejlemény az volt, hogy elsődlegesen a jogi karokon a képzési tervekben a vitarendezés helyet kapott, és ez által a tanult konfliktuskezelési magatartás befolyásolható. A 175 jogi karból 150 oktat vitarendezést, az 1980. évi 25-tel szemben és különböző jogi karokon 574 professzor tanítja az alternatív vitarendezést. A kereskedelmi iskolákban ez a szám 0-ról 200-ra emelkedett.⁹⁷

Sokan támogatják a mediációnak a büntetőjog terén való alkalmazását is, amelyet külföldön *Restorative Justice*, vagy *TOA (Täter Opfer Ausgleich)* néven ismernek. Ez elméletileg a sértett érdekét szolgálná vagyoni és erkölcsi kárának az elkövető általi mérséklése útján, míg az elkövető cserében büntetése enyhítésére, netán mellőzésére számíthatna. Felvetődik azonban az, hogy ily módon a büntetésnek az elkerülése alááshatja a büntetőjogi fenyegetettség visszatartó erejét, ezáltal a prevenció nem érvényesül.

A közvetítők működésének sikere és elismertsége igen jelentős, ezt bizonyítja, hogy az Egyesült Államokban az ötvenes években kezdték meg az ADR elméleti megalapozását, amelyet hosszú évekig tartó gyakorlati kidolgozás, és kipróbálás követett. Az elmúlt két évtizedben a mediációs intézetek száma többszörösére növekedett, s ma már minden szövetségi állam külön törvényekben rendelkezik működésükről. Számos egyetemem így például a Harvard Egyetemen önálló intézet foglalkozik ennek kutatásával, továbbfejlesztésével, és szakemberképzéssel.⁹⁸

Európában ezt a konfliktusrendezési formát az *Európa Tanács* is felkarolta. Az elmúlt évtizedekben a legtöbb európai országban a válások, a gyermekelhelyezési és vagyoni jogi perek száma gyorsan emelkedett, míg a házasságkötések száma csökkent.

A házasságon kívül született gyermekek száma egyes országokban az 50 %-ot (Svédország), Magyarországon 25 %-ot haladta meg. Az élettársi kapcsolat elterjedése és

⁹⁶ Sarah Stroschnieder: *Mediation und interessengerechtes Verhandeln* / Köln, Heymanns 2003. 159. o.

⁹⁷ Stephan Breidenbach: *Mediation*, Köln, 1995, Verlag, Dr. Otto Schmidt KG 28. o.

⁹⁸ Somogyi Árpád: *Mi fán terem a mediáció?* Jogtudományi Közlöny 2000, január 21-23. o.

az egyre későbbi életkorban történő házasságkötés ma már szinte mindennapos. A kialakult helyzet miatt több országban módosították a családjogi szabályozást. A *Cadizban 1995-ben* megrendezett harmadik *Európai Családjogi Konferencia* az Európai Tanács feladatává tette a családjogi mediáció és a családi vitákra vonatkozó egyéb egyeztető eljárások kérdésének megvizsgálását és kidolgozását.⁹⁹

A Miniszterek Tanácsa 1998. január 21-én hirdette ki a tagországok számára készített ajánlást a családi mediációról. Bécsben a tagországok állam- és kormányfői hathatós intézkedések meghozatalát kezdeményezték a határokon átívelő családi viták bíróságon kívüli vitarendezése érdekében.

A bíróságokon nem adták a feltételek ahhoz, hogy azokat a vitákat a felek lefolytassák, amelyek segítik őket egymás érveinek, érzéseinek megismerésében és egy elfogadható kompromisszum megkeresésében. A családi viszályok, válás, gyermekelhelyezés, lakás és vagyonmegosztás, családon belüli erőszak, a családok és a hivatal vagy intézmények vitái általában a gyámhatóságokon, bíróságokon, végződnek, vagy a gyengébbik fél feladja. A mediáció természetesen csak az egyik lehetőség a fentihez hasonló és sajnálatosan gyakori konfliktusok rendezésére.¹⁰⁰

A kutatás legfontosabb megállapítása, hogy a mediáció legelőnyösebb vonása a hosszú távú kihatás a felek kapcsolatára és a gyerekeiket érintő közös megegyezésen alapuló döntéseikre.¹⁰¹ A család konfliktusainak elrendezése olyan egyedi beavatkozást követel, amit a jogi szisztéma a legnagyobb egyénesítése mellett sem tud biztosítani.¹⁰²

A Miniszterek Tanácsa (98)1. számú ajánlása taglalja a mediáció és az igazságügyi, illetve más illetékes hivatok viszonyát. Javasolja, hogy a bírósági eljárás előtt, alatt, vagy után, mediációs eljárás legyen lehetséges. A bírósági eljárás a mediáció lefolytatása érdekében megszakítható. A „*Zöld Könyv*” 27. számú ajánlása V. b/i. pontja javaslatot tesz arra, hogy a bíró - *Olaszországban* és *Görögországban* békítő bírónak nevezik - feladata kizárólag a közvetítés legyen - tekintettel arra, hogy ez a feladat különbözik a hagyományos bírói feladattól.

⁹⁹ Sáriné dr. Simkó Ágnes (szerk.): A mediáció. A közvetítői tevékenység. 2003, HVG-ORAC Lap és Könyvkiadó kft. 66-67. o.

¹⁰⁰ Lovas Zs.-Herczog M.: Mediáció, avagy a fájdalommentes konfliktuskezelés, Budapest, Múzsák Kiadó, 1999, 14-16. o.

¹⁰¹ Sáriné dr. Simkó Ágnes (szerk.): A mediáció. A közvetítői tevékenység., 2003, HVG-ORAC Lap és Könyvkiadó kft 66-67. o.

¹⁰² Bognár G., Telkes J.: A válás lélektana, Budapest, 1986, Gondolat, 209. o.

Ausztóriában a mediáció nem kötelező, a bíróság nem rendelheti el a mediációt, de megteheti, hogy ajánlja, és ha a felek mediációban állapodnak meg, a bíróság felfüggeszti az eljárást. Törvénytervezet készült a bíróságok melletti mediációról és úgy néz ki, hogy hamarosan benyújtják az Országgyűlésnek.¹⁰³

Németországban az elmúlt években komoly fejlődésnek indult a mediáció. 1989-ben kezdődött meg a közvetítés elterjedése - főként családjogi vitákban.

Jelentős lépés volt az a tény, hogy 1997-től az ügyvédek tevékenységi körébe tartozik a közvetítés is. Jogi keretek közé épült az ügyvédek képzésére irányuló kötelezettség, vagyis rendelkezés alapján csak abban az esetben folytathatják a mediációs tevékenységet, ha a közvetítői képzésben részt vettek.

1999-ben a Német Szövetségi Igazságügyi Miniszter felhatalmazta a tartományokat, hogy alkossanak törvényt a közvetítésről. A törvény erejénél fogva kötelezővé vált a közvetítés az 1.500 DEM értéket el nem érő ügyekben (szomszédjog, becsületsértés /kivéve, ha azt a média útján követték el/, környezetvédelem és a munkajog területén).¹⁰⁴

A 2003. július elsejétől a jogi képzés részévé vált a tárgyalásvezetés, a retorika, a békéltetés, a mediáció és a kommunikáció. Mindazonáltal a mediáció különösen a válások kapcsán felmerülő vitarendezésben egyre jelentősebb és kiemelkedőbb szerephez jut, ezért nagy hangsúlyt fektet az igazságügyért, nőkért, ifjúságért és családjogért felelős minisztérium az ezen a területen történő mediációs gyakorlat támogatására és kiszélesítésére.

2002 januárjában lépett hatályba a *polgári perrendtartás reformja*. A változástól azt várták, hogy a megegyezés lesz a jogi viták célja.

A mediációs eljárás a Német Szövetségi Köztársaságban jogilag nincs szabályozva, csupán jogi keretszabályozást tartalmaz a polgári perrendtartás 278. § (5) bekezdés 2. pontja. Ennek értelmében a bíróság a jogvitában álló feleknek felajánlhat egy peren kívüli vitarendezési lehetőséget, a mediációt. A törvényhozó szövetségi szinten a polgári perrendtartás bevezetéséről szóló törvény 15. § (a) bekezdésével a Német Szövetségi Köztársaság tartományainak biztosította azt a lehetőséget, hogy olyan előírásokat alkossanak, amelyek értelmében bizonyos viták tekintetében csak abban az esetben érvényes a kereset az alsófokú bíróság előtt, amennyiben Tartományi Igazságügyi

¹⁰³ Burgstaller: Merre tart az osztrák büntetőeljárás? Magyar Jog 2003. 1.sz. 37-43. o.

¹⁰⁴ Sáriné dr. Simkó Ágnes (szerk.): A mediáció. A közvetítői tevékenység, 2003, HVG-ORAC Lap és Könyvkiadó kft 249. o.

Igazgatóság által létesített, vagy elismert *egyeztető hivatal* előtt kudarcot vallott a vitarendezési kísérlet.

A tartományi egyeztető törvény 2002. január 3-án lépett hatályba. *Schleswig-Holstein*ban a már meglévő ügyvédi egyeztető hivatalok mellett, számos szakképzett békéltető van jelen, ők azonban nem rendelkeznek sem megfelelő képzettséggel, sem hatáskörrel, hogy lefolytassanak egy mediációt. A tartományban a bírók arra törekednek, hogy megtalálják számukra a legmegfelelőbb módot, hogy miként lehet a feleket egy közös megegyezéssel létrejövő megoldás kidolgozásában segíteni.

Felméréseket végeztek és kiderült, hogy *Schleswig-Holstein* családjogi bírói gyakran kimagasló ismeretekkel rendelkeznek a mediáció terén, és a rendelkezésükre álló törvényi kereteken belül gyakran alkalmazzák is ezeket, és arra törekednek, hogy megtalálják számukra a legmegfelelőbb módot, hogy miként lehet a feleket egy közös megegyezéssel létrejövő megoldás kidolgozásában segíteni.

Problémát jelentenek azonban a mediációs költségek, mivel a feleknek kell viselniük a költségeket, amelyek az általános egyeztető hivatali eljárás költségeinél jóval magasabbak. Ezért támogatják a mediációs költségsegély bevezetését.¹⁰⁵

Angliában és Walesben először, a krónikusan hosszantartó perek hazájában (például Londonban az elsőfokú bírói eljárásban három év telik el rendszerint az első tárgyalási napig) 1979-ben vezették be, hogy 100 font érték alatti vitákban kötelező a mediáció igénybevétele a bírói eljárás megindítása előtt, de ha a felek hajlandóságot mutatnak, magasabb összegű viták esetében is igénybe vehető ez az eljárás.¹⁰⁶

1999. áprilisában lépett hatályba az új bírói eljárási törvény, amelytől azt várják, hogy a *bíró aktív menedzserként működjék*, és ösztönözze a feleket az alternatív vitarendezésre abban az esetben, ha úgy látja, hogy a mediáció sikerrel járhat. Ennek érdekében a bíróság egy hónapra függesztheti fel az eljárást, amelynek meghosszabbítására is lehetőség van.¹⁰⁷

Finnországban a finn jogalkotók az elmúlt években komoly erőfeszítéseket tettek annak érdekében, hogy elősegítsék a felek közötti békés rendezést. 1990 óta

¹⁰⁵ Matthias Weinberg: Stand der Mediation in Schleswig-Holstein, Alexander Trunk, Ari-Matti Nuutila, Vytautas Nekrošius (Hrsg.): Schiedsgerichtsbarkeit und andere Formen alternativer Streitbeilegung. Erfahrungen und Tendenzen im Ostseeraum, Berlin, 2006, BWV Berliner Wissenschafts-Verlag GmbH, 85-91. o.

¹⁰⁶ Shetreet. Simon. Alternativen zum formalen Justizsystem: Ausländische Beispiele. In: Blankenburg - Gottwald - Stempel Hrsg. (1982): Alternativen in Ziviljustiz. Bundesanzeiger. Bonn. 111-123. o.

¹⁰⁷ Sáriné dr. Simkó Ágnes (szerk.): A mediáció. A közvetítői tevékenység, 2003, HVG-ORAC Lap és Könyvkiadó kft 71-73. o.

Finnországban számos, *széleskörű eljárásjogi reformot* hajtottak végre, és új törvények szabályozzák a bíróság előtti és a bíróságon kívüli közvetítést.

Az 1993-as első reform egyik fő célkitűzése volt a békés rendezés elősegítése a peres eljárás során. Elsősorban a perelőkészítő szakasz kínált megfelelő teret a közvetítésnek és a békés rendezésnek.

A permegelőző eljárás egyik *feladata*, hogy kísérletet tegyen az ügy békés megoldására. Az 1993-as reform azzal a feladattal ruházta fel a bírákat, hogy segítsék elő a felek közötti megegyezést. Ha rendezés sikertelen, a bíró lefolytatja az eljárást és ítéletet hoz az ügyben.

A megegyezést a bíróság megerősítheti, majd a megegyezés végrehajtható. A módosítást követően a finn bírának a békéltető szerepét is be kellett tölteniük. A perelőkészítő szakaszban a bírónak meg kell állapítani, van-e kilátás békéltetésre. A békéltetésre ő maga is előterjeszhet javaslatot.

A jó bíró azonban nem mindig jó békéltető.

Az új bírói szerepkör új képességeket kíván, de legalábbis új munkamódszereket.

A bírónak mindvégig jó és pártatlan bírónak kell maradnia, függetlenül attól, hogy tett-e javaslatot békéltetésre, vagy sem. A végső döntés meghozatalkor a bírónak a korábbi békéltető szerepétől természetesen el kell távolodnia.

Egyes vélemények szerint a két bírói szerepkör ütközik egymással. A közvetítés elősegítése és az ítékezés közötti konfliktus abban áll, hogy tud-e a bíró egyszerre közvetíteni és bíraskodni. A pártatlanság követelménye és a békéltetés elősegítése néha konfliktushoz vezethet. Ezért széles körben folyik vita Finnországban a tekintetben, hogy meddig mehet el a bíró a közvetítés elősegítésében, anélkül, hogy részrehajlóvá és – ilyen formán – alkalmatlanná válna.

A másik kérdés, vajon a szakszerű bíró egyben szakszerű közvetítő is? A kerületi bíróságokon a szóbeli meghallgatás szakaszába jutott polgári jogviták egyharmada zárul a bíróság által megerősített egyezséggel.

2003 tavaszán az Igazságügyi Minisztérium által felállított bizottság javasolta, hogy - a norvég példa alapulvételével – Finnországba is vezessék be a bírósági közvetítés rendszerét. A javasolt rendszer 2004 évben lépett életbe. A kerületi bíróság bírója a felek

hozzájárulásával a vitában álló felek kívánságára¹⁰⁸ közvetítést rendelhet el, de a közvetítés időtartamára a polgári peres eljárást fel kell függeszteni. A közvetítő szerepét egy másik bíró tölti be, és ha sikertelen a közvetítés a peres eljárás folytatódik.¹⁰⁹ Ezek a jogviták például szerződéses jogviszonyból, hagyatéki, vagy kártérítési ügyből erednek, továbbá a gyermekgondozással, a gyermek után fizetendő tartásdíjjal vagy a láthatási jogokkal kapcsolatos ügyekben fordul elő. Ezekben az ügyekben a gyermek érdekeit kell védeni.¹¹⁰ A közvetítői eljárás érdemi eredmény nélkül nem nyújtható el túl sokáig, ezért intenzív egyeztetéseket kell folytatni, még két napig.¹¹¹

A közvetítés rendszerint nyilvános, de bármelyik fél kérelmére - valamint a közvetítő döntése alapján - kizárható a nyilvánosság.

Svédországban a Bírósági Perrendtartás 42. fejezetének 6. §-a értelmében a bíróságnak vizsgálnia kell, hogy van-e lehetőség békés rendezésre az ügyben. A kerületi bíróságok által tárgyalt ügyek kb. 60 %-a zárult békés rendezéssel. A nagyszabású, bonyolult ügyeknél is van lehetőség közvetítésre. Előírás, hogy a feleknek meg kell egyezniük, hogy az eljárásban a következő lépés a közvetítés lesz. A közvetítő lehet szakértő – például mérnök vagy közgazdász -, de igazságügyi szakismerettel is kell rendelkeznie. Ugyanazon eljárásban tehát több közvetítő is részt vehet. Svédországban a Bírósági Perrendtartás 1948. évi érvénybelépése óta a bíróságokon barátságosabbá vált a „légkör” a békéltetéshez. Az 1948. évi reform idején a jogalkotó negatívan viszonyult a békéltetéshez. Az indok az volt, hogy ha a bíróság javasol egyezséget, az megingathatja a felek bizalmát a bíróság iránt. Manapság már teljesen elfogadható, hogy a bíróság tesz javaslatot egyezségre. Ennek egyik oka, hogy a békéltetés sokkal hatékonyabb és olcsóbb, mint a hagyományos bírósági eljárás. Ez egyben azt is jelenti, hogy a vitarendezés legolcsóbb módja, ha a felek anyagi jogi ügyekben is kapnak rendelkezési jogot. Egyes korábbi vélemények szerint a békéltetés során csak jogi szempontokat lehet megbeszélni, így a bíró külső szempontokat nem vonhat be a megbeszélésbe.

Ma már, amikor a légkör pozitív irányba változott, a megbeszélés minden további nélkül kiterjedhet külső szempontokra is, mind például eljárási költségmegtakarítás, vagy

¹⁰⁸ A közvetítéssel kapcsolatos fenti információ az Igazságügyi Minisztérium angol nyelvű honlapjáról származik. (<http://www.om.fi>)

¹⁰⁹ The Act of Mediation of Civil Cases in General Courts, 4. §, 5. §. 9. §

¹¹⁰ The Act of Mediation of Civil Cases in General Courts, 18. §,

¹¹¹ The Act of Mediation of Civil Cases in General Courts, 6. §,

jó családi/üzleti kapcsolatokra. Ám van olyan vélemény is, miszerint ez veszélyezteti a békéltetés javító és megelőző funkcióját. A bírónak szem előtt kell tartania, hogy az eljárás ezen szakaszában még nem tudhatja, mi lesz a jogilag helyes döntés, hiszen például még nem hallgatta meg a tanúvallomásokat és a védőbeszédeket.

Több svéd bíró azon a véleményen van, hogy a bírónak óvatosan kell eljárnia, nehogy alkalmatlanná váljon túl aktív, vagy túl lényegre törő békéltetés címén. Ugyanakkor az is előfordulhat, hogy a felek nem értik, miért viselkedik a bíró olyan passzívan és kimerően, és miért nem vitat meg bizonyos kérdéseket. Az ilyen magatartás is bizalmatlanságot ébreszthet a felekben, akiknek szemében a bíró részrehajlónak tűnhet. Éppen ezért Brolin és mások is a *nyílt hangvételi megbeszélést ajánlják*, ahol a bíró aktívan és bizonyos mértékig lényegre törően viselkedik, és nyíltan megmondja, mit miért tesz és vitat meg.

Norvégiában a norvég parlament 2005. június 17-én a polgári peres eljárásokra új törvényt fogadott el. A *reform célja*, hogy a polgári jogviták rendezése lehetőleg a bíróságon *kívül* történjen. Ha a jogvita békés rendezéssel nem oldható meg, úgy az a bíróság elé utalható, melynek eljárása joghatályos és *biztonságos*.

A norvég eljárás annyiban tér el a szokásos skandináv eljárástól, hogy *jóval szélesebb körben törekszik békés rendezésre*. Általában *kötelező* a tárgyalás és egyeztetés, mielőtt a pert a bíróságon megindítják. Az egyeztetés egyik lehetséges formája az Egyeztető Tanács hagyományos eljárása (az Egyeztető Tanács intézménye 1795-re nyúlik vissza). Az egyeztető tanács három, nem szakképzett közvetítőből áll. Fő feladatuk a közvetítés, de az egyszerűbb ügyekben döntést is hozhatnak. Az egyeztetőtanácsi intézmény *célja*, hogy egyszerű és olcsó megoldást kínáljon a vitarendezésre.¹¹² A családi jog területén a szülőknek és a gyerekeknek bíróságon kívül kellene megegyezniük. Amelyik fél nem tartja magát a közös gyerekekre vonatkozóan a megállapodáshoz, attól évek múlva is megvonhatják a gyermek gondozásának jogát.¹¹³

Dániában alakult ki a betegpanaszok tárgyalására a Patients' Board of Complaints (betegpanaszok tanácsa), amelynek elnöke jogász, két másik tagja pedig egy orvos és a beteg képviselőjét ellátó személy. A panaszok e tanács elé kerülnek, amelyik az ügy kivizsgálása után javaslatot tesz a probléma rendezésére. A felek ezt nem kötelesek

¹¹² Laura Ervo: Substantive Law and newest procedural trends in Scandinavia, Helsinki, 10-11. 14. o.

¹¹³ Karen Anderssen, Gatterburg Angela: A válások vesztesei, Valóság, 2003. 2.sz. 117. o.

elfogadni és az ombudsmanhoz vagy bírósághoz fordulhatnak.¹¹⁴ A közvetítői eljárást a Bírósági Perrendtartás 26. fejezetének 268., 269., és 270. §-a szabályozza. A fennálló jogszabályok háttéréül szolgáló bizottsági jelentés rögzíti, hogy a jó ügymenet előfeltétele, hogy a polgári perben addig ne születhessen ítélet, amíg a közvetítést meg nem kísérelték.¹¹⁵ A bíróság a közvetítést a perbeli meghallgatások befejezése után kezdi meg – ellentétben a többi skandináv országgal, ahol a közvetítésre általában az előkészítő szakaszban kerül sor. A dán közvetítés azon az elven alapul, hogy a felek a bíróság javaslata alapján jussanak egyezsége, miután a bíróság a javaslatát az elképzelt ítélet szem előtt tartásával teszi meg.

Franciaországban jelenleg nem szabályozza külön törvény a közvetítői tevékenységet. Napjainkban két módon kerülhet sor közvetítésre. Az egyik ilyen eset ún. hagyományos (per megelőző) közvetítés, amely a felek kezdeményezésére indul, a másik esetben meglévő perekben a bíró rendelkezik a közvetítés elrendeléséről, a felek véleményének kikérése után. 1996-ban módosították a polgári eljárást, amelyben az egyik fejezet a mediációval foglalkozik. A bíró mediációt rendelhet el, és a mediáció idejére az eljárást felfüggesztheti.

A Nemzetközi Családjogi Mediációt Támogató Missziót 2001-ben hozták létre, amelynek feladata, hogy a konfliktusban érintett szülőknek segítséget nyújtson. Az Európai Unió megalakulása által - az országhatárok megszűnésével - a különböző országokban élő szülők közötti konfliktus nem szűnt meg. A határokon átnyúló konfliktussal érintett szülőknek és volt házastársaknak ez a Misszió segít abban, hogy - a gyermek érdekeire koncentrálva - a problémáikat mediáció útján oldják meg. A határokon átnyúló családi mediáció nemzetközi jogi és állami együttműködést, a jogok, a határozatok értelmezésének harmonizációját, professzionalizmust igényel. A mediátoroknak számolni kell azzal, hogy a nemzetek jogrendszerének eltérő volta meghosszabbítja a mediációs eljárást, és mindenképpen meg kell őrizniük pártatlanságukat.

Hollandiában 1997-től modellkísérletet végeztek, amelynek során a bírók kiválasztották azokat az eseteket, amelyeket alkalmasnak találtak a mediációra; a 2000.

¹¹⁴ Kovács József: A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába, Budapest, 1999, Medicina Könyvkiadó Rt. 606. o.

¹¹⁵ Laura Ervo: Substantive Law and newest procedural trends in Scandinavia, Helsinki, 15. o.

évtől pedig felajánlották az ingyenes mediáció lehetőségét. Ennek révén két év alatt 700 érintett vett részt mediációs eljárásban, amelyek 50%-ában megállapodás született a felek megelégedésére. Érdekes módon azok is elégedettek voltak a lefolytatott mediációval, amelyben nem született megállapodás és a bíró visszavette az ügyet.

Olaszországban még csak törvényjavaslat készül; *Portugáliában* viszont elfogadták már a mediációs törvényt.

A mediációnak egy teljesen új formája kezd kialakulni az *Egyesült Államokban* a számítógépen, online formában folytatott közvetítés. Értelmi szerzője *Janet Rifkin*, aki mediátor, korábban ombudsman, egyik igazgatója az Információs Technológia és Mediációs Intézetnek, és jelenleg a Massachusetts Egyetem jogi karának vezetője. Szerinte ez egy olcsóbb forma, energiát takarít meg, de hiányossága, hogy a felek nem találkoznak személyesen egymással. Véleménye szerint a következő 5 évben ez a típusú közvetítés rendkívüli mértékben el fog terjedni, és nem fogja kiszorítani a személyes mediációt, de ez is egy választható alternatívát jelent. Az első online mediáció 1995-ben volt egy oregoni mediációs központban R. Helie és Jim Melamed vezetésével. 2000-ben az egyik ilyen témájú konferenciának a témája az *alternatív konfliktuskezelés* volt, azok számára, akik *elektronikus úton vásárolnak*. Ezen kívül a leggyakoribb okok a meghiúsult, és be nem tartott üzleti megállapodások, munkaügyi viták, munkahelyi szexuális zaklatás, ügyfelek fizetési nehézségei, munkahelyi parkolóhelyek körül folytatott viták esetében.¹¹⁶ Két nagy konferencia központ a Chicago és a Culinary Union online mediáció formájában egyeztettek a szerződésüket sikeresen.¹¹⁷ Van már olyan számítógép program is, amely foglalkoztatási kérdésekre ad oktató programot, amelyben a viták megelőzése, a viták menedzselése található. Nyilvánvaló, hogy a számítógépes mediáció elsősorban az üzleti közvetítési eljárásban válik sikeressé és elterjedté.

Oroszországban a mediációs eljárások még nem kerültek széleskörűen alkalmazásra. A mediátor feladatát az *Orosz Föderáció Döntőbíróági Szabályzatának* (továbbiakban: OF DSZ)¹¹⁸ 135. cikkelyének (1) bekezdésében szabályozta. Ennek

¹¹⁶ Sunoo, B, P.: Hot disputes Cool Down in Online Mediation. Workforce, 2001/1

¹¹⁷ Todd B. Carver, Albert A. Vondra: Alternative dispute resolution: Why it does not work and why it does? Harvard Business Review, 1994/3. Cit. *Sáriné dr. Simkó Á.* (szerk.): A mediáció. A közvetítői tevékenység. HVG-ORAC, Budapest, 2003, 121.o.

¹¹⁸ Törvény ld. www.msk.arbitr.ru/law/docs/12027526/12027526-001.htm (orosz)

értelmében a mediáció nem csak egy egyezségre, hanem egy már létező szerződés teljesítésére is irányulhat. Az elmúlt években számos politikai és gazdasági változás történt, amellyel párhuzamosan a jogtudomány megkezdte a mediáció, mint vitarendezési forma vizsgálatát. A mediáció első alkalommal 1991-ben, az Orosz Föderáció (OF) döntőbíráóságokról szóló törvényében került említésre, amelyben *a közvetítő bevonására való jog* a vitarendezés érdekében került rögzítésre. Ez az előírás azonban nem került alkalmazásra, és az OF által az oroszországi döntőbíráóságokról szóló *1995-ben hozott törvényben* már nem található ilyen előírás. A mediáció törvényi szabályozásának következő kísérletét a Legfelsőbb Döntőbíráóság által 2002-ben készített OF DSZ tervezete jelentette, amelynek 148. cikke szerint a mediáció a döntőbíráóság bírójának kezdeményezésére és felügyelete alatt zajlik. A bíró vagy a segédje tölti be a mediátor szerepét.¹¹⁹ A „Vitarendezés alternatív formái: mediáció és választottbíráskodás” (2002. május 29-30. Oroszország-Alapok a jogrendszer megreformálásáért) c. konferencián Witrijanskij professzor beszélt a mediáció alternatív vitarendezési eszközök körébe történő felvételéről. Szerinte a döntőbíráóság bíróit és ülnökeit azzal a hatáskörrel kellene felruházni, hogy a szóbeli tárgyalás előkészületi szakaszában a felek mediátorhoz fordulhassanak.

A bírói jogvédelemhez való jog korlátozásának veszélye miatt azonban nem fogadta el a Duma ezt az előírást. Az OF DSZ hatályos változata szerint (135. § (II) bekezdés 1. pont) a bíró kötelessége felvilágosítani a feleket - a szóbeli tárgyalás előkészületi szakaszában - arról, hogy jogukban áll mediátorhoz fordulni, valamint arról, hogy ez a perceselemény milyen jogkövetkezményeket von maga után, továbbá az egyik fél kérésére elnapolható a szóbeli tárgyalás, amennyiben a felek megállapodnak arról, hogy mediátorhoz fordulnak (OF DSZ 158. § (2) bekezdés). Az OF DSZ 15. fejezetének címe „Peren kívüli eljárások a vitarendezés terén. Egyezés.”, ennek ellenére csupán az egyezés került szabályozásra. Az OF DSZ 138. § értelmében, a vitában álló felek rendezhetik vitájukat egyezséggel, vagy más vitarendezési módon, amennyiben ez nem mond ellent a föderális jogszabályoknak. Ebből arra lehetne következtetni, hogy a mediátor a DP értelmében nem alanya a döntőbíráósági eljárásnak, és tevékenységéből nem következhetnek joghatások a bírósági eljárás szempontjából.

Egy másik példa az Orosz Föderáció Munka Törvénykönyve, amelynek értelmében kollektív viták rendezésénél lehetőség nyílik mediátor bevonására (401. és 403. §).

¹¹⁹ vö. Schersijuk, *Novye polozenija proekra APK RF* [Az OF DSZ tervezetének új rendelkezései] Moskva, 2001, 60-62. o.

Az oroszországi Családi Törvénykönyv sajnos nem tartalmaz előírásokat a mediációval kapcsolatban, pedig annak alkalmazása különösen hasznos lenne ezen a területen.

1993 óta Szentpétervárott működik egy vitarendezéssel foglalkozó központ ez a „Vitarendezési Tárgyalások és Tárgyalási Stratégiák Fejlesztéséért Működő Központ”. 1996 óta létezik egy üzletemberekből álló, „Az Üzleti Jövő Irodája” elnevezésű szervezet. Ennél a szervezetenél a tagok és a felhasználók közt fennálló vitákat egy háromlépcsős, bírósági eljárás előtti eljárásban rendelkezik.¹²⁰ 1997-ben mediációs szabályozást dolgozott ki az Értékpapír Piac Szereplőinek Nemzeti Társulása (NAUFOR). 2001-ben a Nemzetközi Kereskedelmi Bíróság az Orosz Kereskedelmi és Iparkamara (MKAS) számára megalkotta az eljárási szabályozást, amely előírja a mediáció alkalmazását. Egy további vezető szervezet (Választottbírói Eljárásoknál való Segítségnyújtás Orosz Központja), a választottbíráskodás és alternatív vitarendezés terén 2002-ben megalkotta a döntőbírók és a mediátorok képzéséről szóló szabályozást.¹²¹ 2003. április 8-án a Legfelsőbb Döntőbíró és a Kereskedelmi és Iparkamara közötti együttműködésről szóló egyezmény jött létre, amely dokumentum célszerűnek és támogatandónak tartotta a választottbíráskodás, a mediáció és más peren kívüli vitarendezési formák fejlesztését. Léteznek végrehajtandó jogszabályok is, mint például az Orosz Föderáció kormánya és a Föderális Részvénytársasági Bizottság (FKZB) által 2002-ben hozott Etikai Kódex. A Kódex alkalmazását a vállalkozások irányításának javítása, illetve a részvényesek jogainak nagyobb fokú biztosítása érdekében ajánlották. Az OF DSZ 10. fejezete mediátor bevonását ajánlja a részvénytársaságok számára a részvényesek közti esetleges viták rendezésének esetére.¹²² Végül az optimista kijelentések ellenére Oroszországban nem került széleskörűen alkalmazásra a mediáció. Sokat beszélnek róla, azonban ritkán alkalmazzák. Ezért szükség van törvénymódosításokra, amelyek elősegíthetnék a mediáció jogvédelmi eszközként történő széleskörű alkalmazását. Jukow professzor javaslatot tett egy mediációval kapcsolatos speciális törvény elfogadására.¹²³

¹²⁰ Tretejskij sud (Választottbírói Eljárásoknál való Segítségnyújtás Orosz Központja) 2000, 5. 79. o.

¹²¹ Tretejskij sud (Választottbírói Eljárásoknál való Segítségnyújtás Orosz Központja) 2003, 2. 156. o.

¹²² Vladimir Jarkov: Mediation in Russland, Berlin, 2006, BWV Berliner Wissenschafts-Verlag GmbH, 93-99.

o.

¹²³ Kollegija [Kollégium] 2002, 10. o.

V. Az egészségügyi közvetítói eljárás Magyarországon

1. Konfliktusok az egészségügyben

Az egészségügyben kialakult konfliktusok, és azok megoldásához vezető út sokszor nem egyszerű, odafigyelést, empátiát feltételez az egészségügyi szolgáltató részéről, és azok részéről is, akik ezeket a szolgáltatásokat igénybe veszik. Amikor a szolgáltató a gyógyítás folyamatában hibát követ el, számos alkalommal nem is tudja, hogy tulajdonképpen, betegjogokat sért, ezért szükséges a betegjogok tárgyalása.

Már 1995-ben jelent meg egy olyan közlemény, amelyben az egészségügy ellen a büntetőeljárások és polgári kártérítési perek számának növekedését jelezték és külföldi példák alapján, azok további növekedését vetítették előre. Okként jelölték meg a romló életszínvonalat, a munkanélküliséget, az egyre nagyobb rétegeket érintő megélhetési gondokat, az állampolgárok anyagi tartalékainak kimerülése készíteti a betegek egy részét arra, hogy anyagi helyzetét minden áron feljavítsa.¹²⁴

A betegjogok gyűjtőfogalom, melyen azon jogosultságok összességét kell érteni, amelyek megilletik mindazon személyeket, akik igénybe veszik az egészségügyi szolgáltatást. Csaknem minden esetben a konfliktus forrása az elszenvedett sérelem, amely nem nyer elégtételt.

1.1. Betegjogok Európai Kartája

1. A betegség megelőzésének joga:

mindenkinek joga van a megfelelő egészségügyi szolgáltatáshoz, a betegség megelőzése érdekében.

¹²⁴ Nagy László, Kahler Frigyes: Közvetítő (mediátor) felállításának szükségességéről az állampolgárok és a gyógyító intézmények (orvosok) közötti vitás kérdések peren kívüli megoldására, Magyar Jog, 1995, 4, 229. o.

2. *A hozzájutás joga:*

mindenkinek joga van szükségleteinek megfelelő egészségügyi szolgáltatásra. Az egészségügyi szolgáltatásnak szavatolnia kell a diszkrimináció nélküli hozzájutást, a pénzügyi lehetőségek, tartózkodás, időtartam figyelembe vételével.

3. *Az információs jog:*

mindenkinek joga van hozzájutni az egészségi állapota és a szolgáltatások igénybevételére vonatkozó információkhoz, beleértve a tájékoztatást tudományos kutatásokról és technikai vívmányokról.

4. *A beleegyezés joga:*

mindenkinek joga van arra, hogy megfelelő információk birtokában aktívan részt vehessen az egészségét érintő döntések meghozatalában. Ez a tájékoztatás előfeltétele bármilyen kezelésnek, beleértve a tudományos kutatásban való részvételt is.

5. *A szabad választás joga:* mindenkinek joga van arra, hogy megfelelő információk birtokában szabadon döntsön a gyógykezelések és betegellátók kiválasztásáról.

6. *A titoktartás joga:* Mindenkinek joga van az egészségi állapotára, a potenciális diagnózisra és a gyógykezelésre vonatkozó információk bizalmas kezelésére, beleértve a diagnosztika, a szakorvosi kezelés vagy műtéti beavatkozás folyamatát.

7. *A beteg idejének figyelembe vétele:* minden betegnek joga van a gyors és előre meghatározott időben történő gyógykezelésre.

8. *A magas színvonalú betegellátás joga:* mindenkinek joga van a magas színvonalú, meghatározott szabványokon alapuló egészségügyi szolgáltatáshoz.

9. *A biztonsághoz való jog:* mindenkinek megvan a jog a legmagasabb biztonsági követelményeknek megfelelő kezelésre, hogy nem érje kár elégtelenül működő szolgáltatás vagy orvosi tévedés, műhiba miatt.

10. *A hozzájutás joga a kutatási vívmányokhoz:* mindenkinek joga van az egészségügyi vívmányok felhasználásához, a betegség diagnosztizálását is beleértve, figyelembe véve a nemzetközi szabályozásokat, gazdasági, pénzügyi megfontolások nélkül.

11. *A szükségtelen fájdalom megelőzésének joga:* mindenkinek joga van a lehetőségekhez képest a legkíméletesebb, legfájdalommentesebb orvosi kezeléshez, mégpedig a betegség bármely stádiumában.

12. *Az egyéni kezelés joga:* mindenkinek joga van személyre szabott diagnosztikához, vagy személye szükségleteinek megfelelő kezelési programhoz.

13. *Panaszjog:* mindenkinek joga van panasztételre, valamint arra, hogy sérelmére választ adjanak.

14. *A kártérítés joga*: mindenkinek joga van arra, hogy az egészségügyi szolgáltatás során elszenvedett fizikai, morális vagy lelki bántódás miatt „elfogadható” időn belül kártérítésben részesüljön.¹²⁵

Összevetve az előbb felsorolt Betegjogi Kartában megtalálható jogokat, könnyen átlátható, hogy kevés kivételtől eltekintve, vagy külön, vagy összevontan a mi törvényünk is tartalmazza azokat, csak esetenként más megfogalmazásban.

1.2 .Betegjogok jogi alapja Magyarországon

A betegjogok nem magyar jogi sajátosság.

Az *Egészségügyi Világszövetség 1981-ben megjelent „Lisszaboni Deklarációja”* már hét alapvető betegjogot fogalmazott meg.

1994-ben az *Egészségügyi Világszövetség Deklarációja „A Betegek Jogáról”*, mint általános irányelvek, keretet biztosított, a nemzeti betegjogi szabályozásnak.¹²⁶

2002-ben Rómában megfogalmazódott *Betegjogok Európai Kartájának (2002. Róma)* első fejezete szól az „Európai Unió kartájának alapjai”-ról, míg a második fejezet 14 alapvető betegjogot elemez. A 14. pont (Right to compensation) szerint az egészségügyi ellátás során kárt szenvedettnek ésszerű határidőn belül megfelelő elégtételt kell biztosítani.

Az *egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény* még nem tartalmaz átfogó betegjogi szabályozást, de a betegek önrendelkezési jogával kapcsolatban formális joggyakorlást már biztosít.

Az *1992. évi LXIII. törvény az adatvédelemről, az egészségügyi adatokat „különleges adatoknak” minősíti, azoknak fokozott védelmet biztosít.*

Az egyén alapvető önrendelkezéséhez, emberi méltóságához való jogát az Alkotmány is deklarálta az alábbiak szerint:

8. § (1) A Magyar Köztársaság elismeri az ember sérthetetlen és elidegeníthetetlen alapvető jogait, ezek tiszteletben tartása és védelme az állam elsőrendű feladata.

¹²⁵ <http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=22824> (2005.06.27).

¹²⁶ Sótornyai Péter: Az orvosi felelősség, Budapest, 2006, Semmelweis Kiadó, 6-7. o.

(2) A Magyar Köztársaságban az alapvető jogokra és kötelességekre vonatkozó szabályokat törvény állapítja meg, alapvetőjog lényeges tartalmát azonban nem korlátozhatja.

54. § (1) A Magyar Köztársaságban minden embernek veleszületett joga van az élethez és az emberi méltósághoz, amelyektől senkit nem lehet önkényesen megfosztani.

70/D. § (1) A Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez.

(2) Ezt a jogot a Magyar Köztársaság a munkavédelem, az egészségügyi intézmények, és az orvosi ellátás megszervezésével, a rendszeres testedzés biztosításával, valamint az épített és a természetes környezet védelmével valósítja meg.

70/E. § (1) A Magyar Köztársaság állampolgárainak joguk van a szociális biztonsághoz; öregség, betegség, rokkantság, özvegység, árvaság és önhibájukon kívül bekövetkezett munkanélküliség esetén a megélhetésükhöz szükséges ellátásra jogosultak”.¹²⁷ Ezek az alkotmányos jogok alapozták meg azt a kívánalmat, hogy az Országgyűlés megalkossa az egészségügyről szóló 1997. CLIV. törvényt.

1.3. Az 1997. évi CLIV. törvény megalkotásának előzményei

A magyar népesség egészségi állapota európai összehasonlításban a legrosszabbak közé tartozik. A lakosság egészségi állapotának folyamatos romlása mellett az egészségügyet a rendszerváltozás, a magyar társadalom felgyorsult változási üteme következtében számos kihívás érte. Az egészségügyet érintő főbb változások:

- az állampolgári jogon járó ingyenes egészségügyi ellátást felváltotta a biztosítási alapú jogosultsági rendszer,
- az egészségügyi ellátórendszer viszonylag gyorsan bővült és fejlődött, viszont jelentős szerkezeti aránytalanságok alakultak ki,
- az egészségügy és szociális ellátórendszerrel szemben támasztott ösztársadalmi szükségletek és igények fokozatosan növekedtek,
- az egészségi állapotot befolyásoló általános társadalmi, gazdasági feltételek igen kedvezőtlené váltak.

¹²⁷ 1949. évi XX. Törvény a Magyar Köztársaság Alkotmánya

E változásnak az egészségügyi szférában az lett a legfontosabb következménye, hogy az egyén az egészségügyi ellátások igénybevevőjéből az egészségügyi szolgáltatások fogyasztójává lépett elő. Ebből következik, hogy az egyén igénye megnőtt egy olyan, megfelelő mennyiségű és minőségű egészségügyi ellátórendszerre, amelyben képes alkotmányos alapjogainak érvényesítésére.

A közösségi kockázatviselés elvének érvényesülése jóvoltából meghatározott ellátási körig ez a rendszer arra is biztosítékot nyújt, hogy a társadalomnak azon tagjai, akik nem teljesítik járulékfizetési kötelezettségüket, emiatt ne kerülhessenek életüket vagy társadalmi létüket közvetlenül veszélyeztető állapotba.

Az egészségi állapot eredményes javítása érdekében az egészség feltételeinek, társadalmi szintű biztosítása, a káros környezeti hatások csökkentése mellett szükséges a személyes egészségkultúra javítása, az ezzel összefüggő szemlélet- és életmódváltás elősegítése. Ennek eléréséhez a lakosságnak meg kell ismernie az egészségi állapotát jellemző valós adatokat, annak befolyásolási lehetőségeit és mindazokat az információkat, amelyek az egészségük megőrzését szolgálják. Az egészséges életmód kialakításában kimagasló jelentőségű az egészségnevelés. Az egészséges életvezetés és magatartásformák megvalósításának szempontjait az oktatás valamennyi szintjén érvényesíteni kell.¹²⁸

A gyermek, az ifjúság egészséges életre való felkészítése a jövő egyik kulcskérdése.

Nem árt ismételni:

- a korai halálozás 30 százalékát genetikus prediszpozíció,
- 15 százalékát a szociális körülmények,
- 5 százalékát a káros környezeti hatások,
- 10 százalékát az egészségügyi ellátás minősége,
- 40 százalékát pedig az érintett személy életmódja magyarázza.

Ez utóbbi területen van teendő, hogy a lakosság egészségi állapotán érdemben változtatni lehessen. A dohányzás, az alkoholizmus, az elhízás, a fizikai inaktivitás kombinációi a legfontosabb kockázati körülmények.¹²⁹

Ezeken túlmenően *jogi megfontolások és érvek* is alátámasztották az új egészségügyi törvény megalkotásának szükségességét és időszerűségét. Az új törvény teremtette meg annak feltételét, hogy részben már elavult, többségében a hatvanas években kibocsátott, s

¹²⁸ Mindezeket az okokat fogalmazza meg az 1997. évi CLIV. Törvény indokolása az egészségügyről

¹²⁹ <http://www.webdoki.hu/dikk.php?cid=41748> Nem az egészségügy tesz egészségessé, (2008. 03. 26.)

ezen belül egy részében már a jogalkotási törvény rendelkezéseivel is ellentétessé vált jogforrási (utasítási) szinten megalkotott egészségügyi ágazati *joganyag deregulálására*, korszerűsítésére került sor.

A teljesség igénye nélkül felsorolt okok alapján elkerülhetlenné vált az új egészségügyi törvénybe a *betegjogok* beépítése, amelyet a törvény a *II. Fejezet 1. és 2.c címének 5. § - 27. §-a* tartalmaz.

1.4. A betegjogok elemzése

A betegjogok és kötelezettségek részletes taglalása előtt a törvény 5. §-a az egyén felelősségét hangsúlyozza.

A törvény kiemeli, hogy a lakosság egészségi állapotával kapcsolatos állami kötelezettségek rendszere nem helyettesíti az egyén saját lehetőségei által meghatározott - az egyéni és szűkebb környezete egészségének megőrzéséért és javításáért viselt – felelősségét. Ebben a körben az egyénnek alkotmányos alapokon nyugvó, kiemelkedő jelentőségű kötelezettsége mások egészséghez fűződő jogainak és törvényes érdekeinek tiszteletben tartása.

Az állam kötelezettségévé teszi az egészségnevelés, a lakosság egészségüggyel kapcsolatos felvilágosítását, míg az egyén kötelezettsége a mások egészségét veszélyeztető magatartástól való tartózkodás, valamint a jogrendszer egészén végigvonuló segítségnyújtási kötelezettségnek egészségügyi vonatkozásokban való teljesítése.

A hatályos Egészségügyi törvény 10 betegjogot nevesít:

1. Az egészségügyi ellátáshoz való jog
2. Az emberi méltósághoz való jog
3. A kapcsolattartás joga
4. Az intézmény elhagyásának joga
5. A tájékoztatáshoz való jog
6. Az önrendelkezéshez való jog
7. Az ellátás visszautasításának joga
8. Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga
9. Az orvosi titoktartáshoz való jog
10. Az orvosi kezeléssel, ellátással kapcsolatos panasz kivizsgálásának joga

1. *Az egészségügyi ellátásához való jog*, négy részjogosítványt foglal magába.

Így sürgős szükségnél az életmentő, illetve a *maradandó egészségkárosodás megelőzéséhez való jog* (alapvető emberi jog), amely nem korlátozható.

A *fájdalomcsillapításhoz*, a szenvedés csökkentéséhez *való jog* kiemelt szerepet kap az ápolási tevékenységben, amely alapvető feladatot jelent a beteg szenvedésének, fájdalmának csökkentésében, és ezen a téren felelősségük van az ellátást végző nővéreknek, asszisztenseknek, és a különböző szakterületen dolgozóknak.

Az egészségügyi ellátások során biztosítani kell a *folyamatos hozzáférhetőséghez*, és a *diszkriminációmentességhez való jogot*.

Az egészségügyi ellátáshoz való jog magába foglalja azt a jogot, hogy ha a beteg nem részesíthető azonnal a szükséges ellátásban, illetve a meghatározott orvosi ellátás ritka, akkor biztosítani kell más, egészségügyi intézménybe való utalását, vagy *várólistára* kell helyezni. Az utóbbi esetben a beteg jogosult, hogy a várakozás okáról és a várható időtartamról tájékoztassák. A listáról való kiválasztás *ellenőrizhető, és megkülönböztetés nélkülinek kell lennie*.

2. Az egészségügyi ellátások során a beteg gyakran kerülhet olyan helyzetbe, melynek során sérülhet *az emberi méltósághoz való joga*.

Ennek a jognak kiemelt jelentősége van. Ma ez az egyik leggyakrabban sérülő betegjog.

Az egészségügyi ellátás során csak olyan vizsgálatok, és beavatkozások végezhetők el, amelyek a beteg gyógykezeléséhez szükséges. Ettől csak a jogszabályban meghatározott esetekben lehet eltérni, így ha sürgős szükség helyzete áll fenn, illetve a beteg, vagy mások egészségének védelme teszi szükségessé.

Korlátozó módszereket vagy eljárásokat alkalmazását a beteg kezelőorvosa rendeli el, amelyet az egészségügyi dokumentációban rögzíteni kell.

A beteg csak méltányolható okból és ideig várakoztatható.

Az ellátás során *szeméremzetére* tekintettel kell lenni, és ruházatát csak a szükséges időre és szakmailag indokolt mértékben lehet eltávolítani.

Az emberi méltóságot a nőgyógyásznál a legnehezebb megőrizni, akár rákszűrésről, akár terhesgondozásról legyen szó. Megalázó az alsó ruha hiányában mezítláb várakozni abban a rendelőben, ahol az orvos éppen receptet ír, a nővér

mást tesz, és a beteg csak várakozik, hogy szólítsák. A nőgyógyászati vizsgálokban mindennapos, hogy több asszony van bent egyszerre, akaratlanul is megismerik a másik magánéletének titkait.¹³⁰ Természetesen magánrendelőben ez elképzelhetetlen.

Nincs ellentmondás az egészségügyi adatvédelmi törvény azon taxatív tájékoztatási kötelezettsége és az emberi méltósághoz való jog gyakorlása között, amely szerint *a beteg előzetes hozzájárulása nélkül jelen lehet a gyógykezelés során az, aki a beteget az adott betegség miatt korábban gyógykezelte, illetve akinek erre az intézményvezető vagy az adatvédelmemért felelős személy szakmai, tudományos célból engedélyt adott. A betegnek azonban jogában áll megtiltani ezt a jelenléte*. Az egészségügyi szakképzésre kijelölt intézményekben az érintett előzetes hozzájárulása nélkül is jelen lehet a gyógykezelésnél a szakemberképzésben részt vevő személy(ek), azonban erről az intézménybe való beutaláskor, de legkésőbb a gyógykezelés megkezdése előtt tájékoztatni kell a beteget.

A beteg kérheti az orvost, a négy szemközti megbeszélésre, azonban sok orvos szerint ez szabályellenes, mert az orvos nem maradhat kettesben a beteggel (főleg a nőgyógyászatban). Erről semmilyen jogszabály nem rendelkezik csupán „szájhagyomány” útján terjedő tévhit, melyet valószínűleg valamikor az orvos védelmében találtak ki, hogy a vizsgálat alatt ne maradjon tanú nélkül. A beteg ilyen jellegű rendelkezési joga csupán az oktatóklinikáknál és kórházakban, rendelőkben korlátozódik.

3. *Kapcsolattartás joga* megfogalmazza a betegnek azt a jogát, hogy *megtilthassa az egészségügyi ellátását végző intézménynek, hogy róla bárkinek felvilágosítást adjon*, illetve nyilvános módon feltüntessék, hogy hol került elhelyezésre. Ettől a rendelkezéstől csak a beteg érdekében, közeli hozzátartozójának kérésére lehet eltekinteni.

Jogosult látogatókat fogadni, és ezt a jogot törvény három esetben - az ellátást igénybevevők számára szélesebb körben - biztosítja, úgymint *súlyos állapotban lévő beteg, kiskorú beteg, szülő nő és újszülöttje számára*. Az első két esetben

¹³⁰ <http://www.webdoki.hu/cikk.php?cid=21496> (2005.02.12)

alanyi jogon a közeli hozzátartozóknak, a harmadik esetben pedig az egymással való folyamatos kapcsolattartást biztosítja a jog.

A súlyos, a haldokló betegnek emberi méltóságát tiszteletben kell tartani és olyan *haldokláshoz méltó körülményeket kell kialakítani*, amelyek biztosítják, hogy a beteg emberhez méltóan haljon meg; teljesíteni azt az igényét, hogy hozzátartozói ott legyenek élete utolsó óráiban, perceiben. Tekintettel kell lenni azonban a többi betegre, hogy ne kelljen nekik a saját betegségükön kívül az elmúlás pszichés terheit elviselni.¹³¹

A beteg alapvető alkotmányos joga a *vallási szabadság*, tehát a gyógyító ellátás során tiszteletben kell tartani a vallási meggyőződést, *biztosítani kell a vallás gyakorlásának feltételeit*. Lehetőséget kell biztosítani arra, hogy a beteg kapcsolatot tudjon tartani azokkal az egyházi személyekkel, akikhez szoros kapcsolat, igény fűzi. Sok egészségügyi intézményben már működő gyakorlat a meghatározott napokon megtartott istentisztelet. Van olyan intézmény, amelynek saját kápolnája van, ahol a betegek szabadon gyakorolhatják vallásukat.

Nem szabad azonban elfelejteni, hogy a beteg életéhez való joga megelőzi a vallási szabadságból adódó jogot, tehát a gyógyítás módját, eszközét minden esetben a gyógyító orvosnak kell meghatároznia, hiszen ő felel a betegért az ellátás során.

A beteget megilleti a saját ruhája, valamint személyes tárgyai használatának joga. A törvény ugyanakkor tekintettel van az egészségügyi ellátást nyújtó intézményekre, úgy hogy csak abban az esetben engedi meg e jogok gyakorlását, amennyiben ez nem jár más beteg jogainak csorbításával, illetőleg nem veszélyezteti az intézmény betegellátását.

A leggyakoribb és a legtöbb problémát a kórházban dolgozók szerint a *házirend*, azon belül is a látogatási rend betartása okozza. Például egy nagy kórház érdekképviselői szervezetének vezetői azzal a kéréssel fordultak az intézmény főigazgatójához, hogy sürgősen tegyen valamit a kórházon belül egyre jobban terjedő agresszió ellen. Egyre gyakrabban érik atrocitások az egészségügyi személyzetet a betegek, de főként a látogatók részéről, de azt is tudjuk, hogy vannak kórházi ellátást érintő kritikák, amelyeknek jó része megalapozott. Legnagyobb problémát a délelőtti vizitek alatt okozzák a látogatók, akiket sokszor

¹³¹ Antal Géza: Betegjogok I.-III. rész, Családorvosi Fórum 2004/9, 78-80. o.

csak közelharc árán lehet rávenni arra, hogy a konzílium idejére hagyják el a kórtermeket. A betegekkel sokkal kevesebb a probléma, aminek nyilvánvaló oka az, hogy ők kiszolgáltatott helyzetben érzik magukat.

Példák:

- „Éjszakai ügyeletben két ismeretlen középkorú férfi bukkant fel az osztályon. Kiderül, hogy kocsmai verekedésben szerzett kis fejsérülését látták el egy másik osztályon. Mikor megkérdezte a nővér mit akarnak itt, azt válaszolták éppen egy ilyen csinos nővérkét. A nővér megpróbálta az épületből kitessekélni a két férfit, de azok még agresszívebbek lettek. A nővér félelmében felhívta barátját, aki tíz percen belül megérkezett, és amikor a két férfi meglátta a barátot, annak első szavára elmentek.
- Másik esetben a nővér esti körúton járt a kórtermekben. Amint az utolsó szobába ért - ahol egy kétéves kisgyermek feküdt - benyitván földbe gyökerezett a lába. A gyermek ugyan aludt, azonban a másik ágyon az anyuka és az apuka intenzív házasetet éltek. Észrevették a nővért, de nem zavartatták magukat rá se hederítettek”.
- Kolléga elmondása alapján, aki már nem kezdő a szakmában elmesélte:
„Bejött hozzám két középkorú hölgy. Arra kértek adjam ki az engedélyt, hogy a testvérüket, aki a kórházban halt meg, ne boncolják fel. A kórházban történt halálesetnél ugyanis kötelező a boncolás, amely alól az intézmény vezetője indokolt esetekben felmentést adhat. Csakhogy a szóban forgó ügyben, az elhunyt férfi egy váratlan műtéti szövődmény miatt halt meg, emiatt a kezelőorvosa tisztázatlannak ítélte a halál okát. Ilyen esetekben nem lehet felmentést adni a boncolás alól. Amikor ezt közöltem a hozzátartozókkal, a gyászruhába öltözött hölgyek valósággal megvadultak, őrvöngve szidalmaztak, fenyegettek. Nem ma kezdtem a pályát, de ilyet eddig még nem kellett megélnem”¹³².

4. *Intézmény elhagyásának joga* az, hogy a beteg elhagyja az egészségügyi intézményt, de ezt csak *akkor teheti, ha mások testi épségét, egészségét nem*

¹³² <http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=16294> (2004.06.10)

veszélyeztetni. Akár bejelenti a beteg, akár önkényesen távozik az intézményből a beteg egészségügyi dokumentációjában fel kell tüntetni.

Fontos betegjogi szabály, hogy ha a kezelőorvos úgy ítéli meg, hogy a beteg gyógykezelése véget ért és a beteg elbocsátható, ennek várható időpontjáról 24 órával előbb tájékoztatni kell a beteget, illetve hozzátartozóját.

5. *A tájékoztatáshoz való jog*

Az önrendelkezési jog érvényesülésének előfeltétele a tájékoztatáshoz való jog gyakorlása. A beteg alapvető joga, hogy egészségi állapotáról folyamatosan tájékoztatást kapjon. *Főszabályként, a tájékoztatásnak teljes körűnek kell lennie,* ami azt jelenti, hogy a beteg állapotával és a javasolt kezeléssel kapcsolatosan minden körülményre ki kell terjednie: a vizsgálatok elmaradásának kockázataira, várható kimenetelére, a vizsgálat előnyeire, időpontjára, alternatív eljárásokra, azok módszerére, a javasolt életmódra. Itt kapcsolódik össze az egészségügyi törvény 135. §-ban foglaltakkal, miszerint a kezelőorvos a *beteg tájékoztatását körültekintően, szükség szerint fokozatosan, a beteg állapotára és körülményeire tekintettel végzi, és kiemelt figyelmet kell fordítani a kezelés általánosan ismert, jelentős mellékhatásaira, az esetleges szövődményekre és a beavatkozások lehetséges következményeire, azok előfordulási gyakoriságára.* A tájékoztatás során meg kell győződni arról, hogy a beteg a tájékoztatást megértette, és szükség esetén gondoskodni kell a beteg *lelki gondozásáról.*

Az elmondottak alátámasztására álljon itt egy példa a disszertáns saját praxisából. 58 éves asszony hátáról eltávolított tumor szövettani diagnózisának közlésekor a sebész megkérdezte az ugyanazon rendelőben lévő két másik beteg előtt a nővért, hogy megmondta e már a vizsgálati eredményt. Amikor a nővér azt válaszolta, hogy ő semmiféle felvilágosítást nem adott, akkor a doktor közölte az álló beteggel „magának áttétes rosszindulatú daganata van, majd vizsgálatokat kell végezni és utána bizottsághoz kell mennie, hogy milyen kezelést kapjon” (ezt természetesen hallotta a másik két beteg is). Kisvártatva a se élő, se holt, igen intelligens beteg megszólalt, „akkor most leülhetek doktor úr?”.

Valóban! Ez a mentalitás nem fogadható el, nem folytatható. Ez nem pénzkérdés, és nem lehet csodálkozni, hogy a beteg panasszal élt.

*Jogában áll továbbá a betegek további kérdéseket feltenni betegségével, kezelésével kapcsolatosan. A cselekvőképes beteg megfelelő alakiség mellett kijelölheti azt a személyt, akit helyette tájékoztatni kell, amennyiben cselekvőképtelenné válna. Nagyon fontos, hogy a tájékoztatás a beteg számára egyéniesített formában történjen, „érthető módon figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára, valamint arra, hogy a tájékoztatáshoz szükség esetén és lehetőség szerint tolmácsot vagy jeltolmácsot biztosítsanak”.*¹³³

A betegjogi képviselők¹³⁴ összegző jelentése szerint (2004) a tájékoztatáshoz való jog a harmadik leggyakrabban sérülő betegjog. A Pesti Központi Kerületi Bíróság bírója felhívja a figyelmet arra, hogy *még mindig a tájékoztatási kötelezettség elmulasztása és a hiányos dokumentáció a legnagyobb probléma.* A tájékoztatás nem egyenlő azzal a gyakorlattal, hogy az orvos aláírhatja a beteggel a beleegyező nyilatkozatot, mert a beteg azt mondhatja, hogy ennek ellenére sem kapott megfelelő részletes, mindenre kiterjedő információt arra, hogy egy műtétnek vizsgálatnak milyen következményei lehetnek.¹³⁵

Az 1992. évi LXIII. törvény az adatvédelemről kimondja, hogy az egészségügyi adatok különleges személyes adatnak minősülnek és magasabb szintű törvényi védelmet élveznek, és kimondja, hogy az érintettet – egyértelműen és részletesen – tájékoztatni kell az adatai kezelésével kapcsolatos minden tényről, így különösen az adatkezelés céljáról és jogalapjáról, az adatkezelésre és adatfeldolgozásra jogosult személyéről, az adatkezelés időtartamáról, illetve arról, hogy kik ismerhetik meg az adatokat. A tájékoztatásnak ki kell terjednie az érintett adatkezeléssel kapcsolatos jogaira és jogorvoslati lehetőségeire is.¹³⁶ Mivel az adatvédelmi törvény szerint a beteg rendelkezik saját adatai felett, az orvosnak ezzel kapcsolatban is vannak tájékoztatási kötelezettségei.

Világosan látható, hogy a különböző betegjogok gyakorlása egymást kiegészítik, egyik a másikatól nem vonatkoztatható el élesen. Sajnos a gyakorlat nem tudja követni sem egyik, sem másik törvényt. Főleg a fekvőbeteg-ellátásban elterjedt széles körű jogellenes napi gyakorlat az, hogy betegekről, megfelelő

¹³³ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 13. § (1)-(8)

¹³⁴ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 13. § 28-33. § -a tartalmazza a betegjogi képviselő tevékenységét, aki ellátja - a betegpanaszok esetén – a betegek e törvényben meghatározott jogainak védelmét, és segíti őket e jogaik megismerésében és érvényesítésében.

¹³⁵ <http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=19738> (2004. 11. 24.)

¹³⁶ 1992. évi LXIII. Törvény az adatvédelemről, 6. § (2)

engedély nélkül személyes adatokat közölnek illetéktelenekkel. Jogellenes például a beteg aktuális egészségi állapotáról információt szolgáltatni az érdeklődő hozzátartozóknak. Az esetek kilencven százalékában az a tapasztalat, hogy az orvos fenntartás nélkül, jóhiszeműen informálja a rokonokat, holott ez teljes mértékben jogellenes.¹³⁷ Ilyen információt csak a beteg által írásban megjelölt személynek adhat ki, kivéve a törvényes képviselőt (pl. szülőt, gyámot). Ebben az esetben a törvény még az engedély tartalmát is szigorúan meghatározza. Amennyiben a beteg a kezelés befejeztével eltávozik és hozzátartozóját küldi maga helyett az esetleges otmaradt dokumentumokért, vagy ekkor kér információkat rokona egészségi állapotáról, a törvény szerint csak úgy kaphatja meg, ha az engedélyt teljes, bizonyító erejű magánokirat formájában bemutatja az orvosnak. Az engedélyben megjelölt személynek pedig igazolnia kell személyazonosságát.

A köztudatban összemosódik e kétféle tájékoztatási kötelezettség. Míg a korábban említett területet az egészségügyi személyes adatokat védő törvény szabályozza, addig az utóbbira, vagyis a *beteg tájékoztatására az egészségügyi törvény kötelezi az orvost*.

Az orvos nem tagadhatja meg a betegtájékoztatást, sőt az orvos kötelessége arról is meggyőződni, hogy páciense megértett e az általa elmondottakat. Még ma is él az a tévhit, hogy egy súlyos halállal végződő betegség diagnózisát nem kell feltétlenül a beteg tudomására hozni, mert ezzel ronthatják az állapotát. Ilyen kitévelt a törvény nem tartalmaz.

A betegek informáltsága, betegjogi ismereteik lassan, de folyamatosan bővülnek, és előbb-utóbb az adatvédelem sérelme miatt benyújtott, precedens értékű perek is megjelennek a bíróságon, hasonlóan a másfél évtizede megindított első műhibaperekhez. A tájékoztatási kötelezettség azonban nem csak az orvost terheli.

Az egészségi állapottal és betegséggel kapcsolatos *tájékoztatási kötelezettség a betegnek is kötelessége*. A beteg köteles tájékoztatni az ellátásban résztvevő egészségügyi dolgozókat mindarról, ami szükséges a kórisme megállapításához, a megfelelő kezelési terv elkészítéséhez és a beavatkozások elvégzéséhez, így

¹³⁷ A napi gyakorlatban azonban, - ha az orvos nem teszi - újabb konfrontáció, vita, támadás éri az orvost és az egészségügyi személyzetet, megtűzdelve számos szalonképtelen szóval, mondattal. Ezek a gyakran dühkitörésekbe torkolló incidensek nap, mint nap frusztrálják az egészségügyi személyzetet.

különösen minden korábbi betegségről, gyógykezeléséről, gyógyszer, vagy gyógyhatású készítmény szedéséről egészségkárosító kockázati tényezőiről. A beteg köteles továbbá tájékoztatni az ellátásában résztvevőket saját betegségével összefüggésben mindarról, amely mások, akár a személyzet életét vagy testi épségét veszélyeztetheti, így különösen a fertőző betegségekről és a foglalkozás végzését kizáró megbetegedésekről és állapotokról.

6. *Az önrendelkezéshez való jog alkotmányos alapokon nyugszik, így főszabályként minden egészségügyi beavatkozás elvégzésének feltétel, hogy ahhoz a beteg kényszerrel és fenyegetéstől mentesen, megfelelő tájékoztatás után beleegyezést adjon.*

Hogy ne lehessen visszaélni ezzel a joggal, a törvény szankcionálja azt a gyakorlatot, ha a betegnek nem volt alapos indoka a beavatkozás visszavonásához, akkor a beteg köteles az ebből adódó felmerült károkat megtéríteni.

A törvény kiemelten kezeli az *invazív beavatkozás* esetén azt a helyzetet, amikor a beavatkozás megkezdése előtt nem látható körülmény időközbeni felmerülése miatt a *beavatkozás kiterjesztése* válik szükségessé. Ebben az esetben a kiterjesztésre vonatkozóan is írásbeli beleegyező nyilatkozatot kell kérni a betegtől. Ennek hiányában a kiterjesztett beavatkozás megkezdését csak *sürgős szükség esetén* teszi lehetővé, és csak életveszély esetén lehet olyan beavatkozást elvégezni, amely szerv, vagy testrész elvesztéséhez, vagy annak teljes kieséséhez vezethet.

Továbbá a beteg beleegyezésére akkor sincs szükség, ha az adott beavatkozás vagy intézkedés elmaradása mások egészségét vagy testi épségét, vagy a 24. hetet betöltött magzatot súlyosan veszélyezteti, illetve a beteg közvetlen életveszélyben van. A beteg megtilthatja, hogy halála esetén holttestéből szervet és szövetet átültetés, egyéb gyógyító célú felhasználás, kutatás vagy oktatás céljából eltávolítsanak.¹³⁸

7. *Az ellátás visszautasításának joga* azt jelenti, hogy a cselekvőképes beteg az ellátást visszautasíthatja.

¹³⁸ 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről, 17-19. §

Ha a beteg egészségi állapotában az ellátás elmaradása esetén súlyos, vagy maradandó károsodás következhet be, a visszautasítást csak nyilatkozatban teheti meg, amely szigorú alakíságot követel (közokirat, vagy bizonyító erejű magánokiratban, írásképtelenség esetén két tanú együttes jelenlétében utasíthat vissza, és ezt a tényt az egészségügyi dokumentációban rögzíteni kell és a tanúknak alá kell írniuk).

Gyógyíthatatlan betegségben szenvedő, cselekvőképes beteg számára a törvény biztosítja azt a jogot, hogy életmentő vagy életfenntartó beavatkozást visszautasítson. Ez azonban csak a törvényben meghatározott összetételű bizottság által, meghatározott eljárási keretek között lehetséges (háromtagú orvosi bizottság megvizsgálja a beteget, és mindhárom orvos írásban nyilatkozik arról, hogy a betegnél olyan súlyos betegség áll fenn, hogy az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül halálhoz vezet és gyógyíthatatlan, majd a beteg a háromtagú bizottság nyilatkozatát követő 3. napon két tanú előtt ismételtén kinyilvánítja visszautasítási szándékát). Azonban a kezelés visszautasításának joga nem érvényes, ha a beteg várandós és képes a terhesség kihordására. A beteg a visszautasítási nyilatkozatot bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatja.

A cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes beteg helyett a beteg önrendelkezési jogát a törvényes képviselője, vagy az általa feljogosított személy teheti meg.

A beteget, illetve *gyógyíthatatlan betegségben szenvedőt az ellátás visszautasítása esetén is jogosult szenvedéseinek enyhítésére, fájdalmainak csökkentésére.* Amennyiben a beteg valamilyen beavatkozást visszautasít, nem szabad őt presszionálni arra, hogy döntését megváltoztassa, és vele szemben semmiféle *hátrányos megkülönböztetés nem alkalmazható.*

8. *Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga* szerint a beteg jogosult megismerni a róla készült egészségügyi dokumentációban szereplő adatokat, illetve joga van ahhoz, hogy azokról tájékoztatást kérjen.

Lényeges, hogy *az egészségügyi dokumentációval az egészségügyi szolgáltató, a benne lévő adatokkal a beteg rendelkezik,* így jogosult a rá vonatkozó egészségügyi adatokat megismerni, az egészségügyi dokumentációba betekinteni, és azokról saját költségére másolatot kapni. Amennyiben a beteg a dokumentációban pontatlanságot vagy hiányosságot vél felfedezni, a rá vonatkozó

egészségügyi dokumentáció kiegészítését, kijavítását kezdeményezheti, amelyet a kezelőorvos, vagy más adatkezelő a dokumentációba feljegyezi, saját szakmai véleményével kiegészítve azt. A hibás adatot törölni nem lehet, át kell húzni, hogy az eredetileg felvett adat jól látható legyen. Az egészségügyi ellátásban résztvevők a beteg ellátása során tudomásukra jutott egészségügyi és egyéb személyes adatait bizalmasan kötelesek kezelni, és csak hatósági határozatra, vagy a beteg nyilatkozata által feljogosított személyekkel jogosultak közölni.

9. *Az orvosi titoktartáshoz való jog* szerint a beteg jogosult, hogy az ellátás során az egészségügyi ellátásban résztvevő személyek tudomására jutott egészségügyi és személyes adatai csak az arra jogosultakkal közöljék, és azokat bizalmasan kezeljék. Ez adja meg az *orvosi titok* fogalmát. A beteg hozzájárulása nélkül is közölni kell egészségügyi adatait; ha a törvény elrendeli, ha mások életét vagy testi épségét veszélyeztetni vagy mások egészségének védelme szükségessé teszi.

10. *Az orvosi kezeléssel, ellátással kapcsolatos panasz kivizsgálásának joga*

A törvény értelmében az egészségügyi szolgáltató köteles a beteget állapotától függően a felvételkor, illetve az ellátás előtt tájékoztatni a betegjogokról, azok érvényesítésének lehetőségeiről és az intézmény házirendjéről.

Ha a *beteget* az ellátással kapcsolatban *sérelem érte, jogában áll panaszt tenni*, vagyis a törvény a beteg panaszjogát garantálja. Az egészségügyi szolgáltató köteles azt kivizsgálni. A beteg panaszának kivizsgálása érdekében más szervekhez is fordulhat, amelyre a szolgáltató köteles a beteg figyelmét felhívni. Ez a gyakorlatban úgy valósul meg, hogy a beteg már a kórházba kerüléskor betegtájékoztatót kap, amelyben a szükséges betegjogokkal kapcsolatos tudnivalókat megtalálja, majd az orvos és a szakdolgozó szóban is tájékoztatni köteles ezekről a beteget.

A betegjogok vélt vagy valós sérülése esetén a beteg panasszal élhet az egészségügyi szolgáltató vezetőjénél, a betegjogi képviselőnél, az egészségügyi szolgáltató fenntartójánál, a kórház etikai bizottságánál, az Orvosi Kamaránál és az illetékes Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatnál, amely szakmai felügyeletet lát el az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények tevékenysége felett.

A jogalkotó a betegek jogai érvényesítésének segítségére külön jogintézményt, a *betegjogi képviselő* jogintézményét hozta létre (egészségügyi törvény 30. §).

A betegjogi képviselő az a személy, aki *ellátja a betegek e törvényben meghatározott jogainak védelmét, és segítséget nyújt jogaik érvényesítésében.* Legfőbb jogosítványa a beteg meghatalmazása alapján *panaszt tehet az egészségügyi szolgáltatónál, fenntartónál,* és a beteg meghatalmazása alapján egyes hatósági eljárásokat megindíthat, és ennek során intézkedhet a beteg megfelelő képviseléről.

A beteg panasza esetén felhívja a beteg figyelmét a nem peres eljárás megindításának lehetőségére, a közvetítői eljárásra. Az egészségügyi törvény a betegjogok érvényesítésének jogintézményei között nevesíti a közvetítői tanács intézményét, amely arra hivatott, hogy a beteg és az egészségügyi szolgáltató között kialakult konfliktushelyzetet a felek együttes kezdeményezésére, peren kívüli nem peres eljárás keretében oldja meg.¹³⁹

Megállapítható, hogy a betegek egyre öntudatosabbak, de még mindig tájékozatlanok jogaikkal kapcsolatban, de ennél szomorúbb, hogy sokszor az egészségügyi dolgozók sincsenek tisztában ezekkel.

2003-ban a betegjogi képviselők 7367 panasz regisztráltak. Ez nem kis szám, sőt évről évre 20%-os növekedés tapasztalható. A legtöbb jogsérelem a kórházakban történt, de nőtt a háziorvosi és a járóbeteg-ellátással kapcsolatos panaszok száma is.

Az összes panasz 25%-a az emberi méltóság megsértésével volt kapcsolatos, és a legtöbb panasz minden évben a pszichiátrián kezeltéktől érkezett.

Második helyen a sebészet, harmadikon a belgyógyászat szerepel. A panaszosok 23%-a úgy érezte, hogy az egészségügyi ellátáshoz való joga, 17% -ban pedig a tájékoztatáshoz való joga sérült.¹⁴⁰

Egy másik felmérés eredménye,- amelyet a helyettes ombudsman végzett 2004-ben - azt mutatta, hogy a megfelelő ellátáshoz, az önrendelkezéshez és a tájékoztatáshoz való jogot szinte naponta megsértik a kórházakban. A helyettes ombudsman szerint a fő

¹³⁹ 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről, 34. §

¹⁴⁰ <http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=16038> (2004. 06. 12)

hangsúly az ellátáshoz való jog érvényesülésére helyezendő, mivel a gyógyító, aki megsérti ezt a szabályt, nem csupán morális, hanem szó szerint bünt követ el, és ezt a munkakörében elkövetett gondatlan veszélyeztetés kategóriájába sorolja. Az egyes betegjogok egymással összefüggnek, ha nincs tájékoztatás, sérül az önrendelkezés joga, és a beteg nem tudja mely ellátáshoz járuljon hozzá. Igyekezni kell, hogy az orvosok tervezzék be a tájékoztatást a beteggel való foglalatosság idejébe, mert ha egy adott orvossal szemben például a tájékoztatáshoz való jog megsértése miatt több panasz érkezik, ezek idővel bizonyító erejűvé válnak. A legfrissebb adatok szerint (2007. szeptember) a panaszok száma évi tízezer. Az egészségügyi intézkedések miatt ugrásszerűen - mintegy 30%-kal – nőtt az év első hat hónapjában a betegjogi képviselőkhez fordulók száma. A vezető panasz az egészségügyi ellátáshoz való jogosultság sérülése, a második helyen – és ez új jelenség – a személyzet és a beteg közti hangnem az orvosi bánásmód áll, a harmadik helyen a tájékoztatási hiány szerepel. Ami jellemző még, és azért jelentős, a családorvosok elleni panaszok száma növekszik, elsősorban a vizitdíjjal kapcsolatos tájékoztatatlanság miatt. Gyakoriak még a panaszok a terhesek ellátásánál, és a kórházak bezárása utáni tájékoztatatlanság miatt.

Az Egészségbiztosítási Felügyeletnél is egyre többen tesznek bejelentést. Három hónap alatt csaknem 1700-an keresték meg az intézményt.¹⁴¹

A legfrissebb adatok szerint 2007. február 9.- 2007. szeptember 30-ig 3014 megkeresés érkezett az Egészségbiztosítási Felügyelethez, ebből 1168 panasz, és 2046 tájékoztatás volt. Személyesen 8 %, telefonon 27 %, e-mailen 38 % postai levélen 28 % faxon, 1 %, hivatali eljárás 1 %-ban történt a megkeresés.

Az egészségügyi átalakulás kezdete óta a betegeknek leggyakrabban az ellátással kapcsolatos jogaik sérülnek. A legnagyobb problémát az jelenti, hogy egyre kevesebb orvos és szakdolgozó próbál ellátni nemcsak ugyanannyi feladatot, hanem egyre többet, mint korábban, így óhatatlanul gyakoribbakká váltak a konfliktusok, nincs idő a betegre, az alulfinanszírozás, az egészségügyi biztosítási piac áldatlan helyzete, mind-mind hozzájárul ahhoz, hogy az elégedetlenkedő betegek száma növekszik és a tendencia azt mutatja, hogy továbbra is növekedni fog.¹⁴²

¹⁴¹ <http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=16038> (2004.05.28)

¹⁴² <http://www.webdoki.hu/cikk.php?cid=39271> (2007.07.13.)

1.5. A betegjogok sérüléseinek okai

Jelentős fenyegetettséget éreznek munkájukat illetően az orvosok, a legtöbben bizonytalanok helyzetüket tekintve. Munkaidejük nagy részét az adminisztráció tölti ki, ami alapvetően befolyásolja a betegellátást és az orvos-beteg kapcsolatot. A betegek ma már fogyasztóként jelennek meg, ugyanakkor igényeik megfelelő kielégítésének hátterét az orvosok nem érzik biztosítottak. Az orvosok úgy látják, a betegek sok esetben, így például az ügyeletet magánrendeléssel szemben olcsó ellátási lehetőségként veszik igénybe, holott a fizetett díj és az igénybe vett szolgáltatás egymással nem áll arányban. A betegek igényekkel jelennek meg, (akár irreális igényekkel) ugyanakkor az orvosi oldalon az ezeket az igényeket kielégítő szolgáltatás menedzsmentjének kevésbé vannak meg a feltételei.¹⁴³

Az elmúlt néhány évben sokat romlott a gyógyítók és a betegek viszonya. A beteg egyre hangosabban szidja az orvost és a nővért, a gyógyítók pedig mind nehezebben viselik a napi sérelmeket. Ennek pedig az a vége, hogy mindenki elégedetlen. A betegek egy része ugyanis azt hiszi csak jogaik vannak, kötelezettségek nélkül, a másik oldalon állók viszony úgy vélik, együttműködő beteg nélkül nem lehet eredményes a gyógyítás. Az egészségügyi személyzet teljesítőképességük határához érkezett. Korábban az orvos fő feladata a gyógyítás, az anamnézis felvétele, betegvizsgálat a diagnosztizálás, a kezelési stratégia felállítása, ha nem volt gépirónó a zárójelentések gépelése volt, addig ma már előtérbe került tetemes adminisztrációs munka a szakmai és anyagi ösztönzés csekély volta mellett. Ez a jelenség nem csak a hazai viszonyokra jellemző.

A Német Kórházszövetségben felmérést végeztek, és azt találták, hogy például egy sebészeti osztályon a napi munkafolyamatban az adminisztráció kettő óra negyvenegy percet vett igénybe, tehát a nyolc órás munkaidőnek a harmincnégy százalékát emésztette fel a papírmunka. Belgyógyászati osztályon ez három óra tizenöt perc volt. A berlini Charité kórház baleseti sebészeti osztályán 2002 óta „orvosi dokumentációs asszisztenseket (Medizinische Dokumentations-assistenten: MDA) képeznek ki, akik segítenek az orvosok és nővérek adminisztrációs munkájában.

A hosszú kiképzési idő, az azzal járó keresetkiesés és a felelősségteljes munka alapján méltán várhatja el az orvos megélhetéshez és társadalmi rangjához illő honoráriumot. A szakszemélyzetet pedig javadalmazni kell, ha ez nem történik meg, az

¹⁴³ <http://www.webdoki.hu/cikk.php?cid=41729> (2007. 11. 12.)

orvosok és kvalifikált nővérek külföldön keresnek munkát. Tudvalevő, hogy rezidensek jelentik a legolcsóbb munkaerőt, és alkalmasak arra, hogy a kórházban lévő személyzethiányt pótolják, ezáltal a kórház költségvetése nem lesz deficitese.¹⁴⁴ Már 2005-ben megjelentek olyan cikkek és riportok, amelyekben feszegették, hogy állítólag az orvos is, az egészségügyi személyzet is ember. Házi orvosok, kórházi orvosok feszegetik egyre inkább ezt a témát, és nem azért, hogy a betegek vagy potenciális betegek sajnálatára apellálva, valamely hiba elkövetése esetén büntetés alóli mentességet kapjanak, hanem azért, hogy végre mindenki tisztába legyen azzal, hogy ez a szakma, az orvoslás szakmája, *nem csereszabatos* más szakmával, és végre valamit tenni kell azért, hogy gyökeresen megváltozzanak a munkakörülmények.

Ez a szakma egy hivatás és a legnagyobb erkölcstelenség az orvosi esküre hivatkozni akkor, amikor nincsenek biztosítva a törvény által deklarált, a hatóságok által ellenőrzött személyi és tárgyi feltételek. Mert az tény, hogy igen sok helyen a házi orvos (kórházi orvos) a ledolgozott munkanap végén megy ügyeletbe, másnap folytatja a napi munkát nyolc (?) órában.¹⁴⁵ Azért kell ezt a problémát felvetni, mert lehet rajta segíteni.

A fővárosban egyre több kerületben az önkormányzati vezetők megteremtették azt a hallatlan nagy lehetőséget, hogy a kerületi lakosok számára az Országos Egészségügyi Pénztár által havonta kiutalt ügyeleti fejkvótát az önkormányzat saját pénzéből kipótolván, létrehozták a teljes *24 órás ügyeletet*. Ez olyan nagy tett, amelyet csak azok az orvosok, nővérek tudnak értékelni, akik nap-mint nap az ügyeleti ellátás szenvedői.

Mindamellet ismert tény, hogy a gyógyító munka régen sem tartozott a kényelmes, nyolcórás foglalkozások közé. Mindig is fokozott odaadást, állandó készenléletet követelt művelőitől, akiknek el kellett viselniük a következményeket a folyamatos stresszt, a gyakori időzavart és a felelősség nyomasztó súlyát. Az orvostudomány, a technika fejlődésével, a szervezett egészségügyi hálózat és hierarchia kialakulásával a terhek csak nőttek, és szaporodtak az általuk kiváltott testi, lelki betegségek.

Az emberi szervezet - még az orvosé és a nővére is - hosszú ideig toleráns, de nem a végletekig. Az utóbbi 5 évben jelentek meg olyan cikkek és tanulmányok a szakirodalomban, amelyek egy új, főleg az *egészségügyben és szociális intézményekben*, a segítő szakmákban dolgozók körében jelentkezett, és *komoly mentális problémát okoz*, ez

¹⁴⁴ Gaál Csaba: Mindennap elhull egy s mindig a legjobb, Orvosok lapja, <http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=22138> (2005. 04. 06)

¹⁴⁵ <http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=25790> (2005.09.12.)

a betegség a „*burnout*”, azaz a kiégési szindróma, amely érzelmi kimerülésből, az elszemélytelenedésből és a teljesítmény csökkenéséből áll.

A Pécsi Tudományegyetem főiskolai karának tudományos munkatársa szerint a betegség veszélyei a munkahelyi légkör, a munkatársak közötti nem megfelelő információáramlás, az egyéni konfliktuskezelési hajlam, az ezekhez társuló fizikai megterhelés, a túl sok és hosszú távon ható stresszhatás, mind, mind érzelmi kimerültséghez, elszemélytelenedéshez vezet, és megakadályozza a burnout-ban megbetegedettek lelki-szellemi rehabilitációját.¹⁴⁶

Morvai Veronika a Semmelweis Egyetem belgyógyász-kardiológus professzora szerint ez a betegség a *munkaképes lakosságban huszonöt százalékban fordul elő*, amely leginkább az úgynevezett emberközpontú foglalkozásokat érinti, orvosokat, betegápolókat, szociális munkásokat, tanárokat, jogászokat, banki alkalmazottakat, rendőröket, közlekedési alkalmazottakat, tűzoltókat.

Ismertek olyan legújabb adatok, amely szerint az *öt éve dolgozó tanároknál már huszonöt százalék, ápolónőknél általános osztályokon negyven százalék, de pszichiátriai osztályon közel hatvan százalékban mutatkoznak a kiégés jelei.*¹⁴⁷ Ez a hivatás nagyfokú empátiát igényel, és többek között ez a képesség csökken és veszik el a betegség folyamán. 2000-ben készült jogszabály szerint, minden házi orvos és házi gyermekorvos és fogorvos, aki betöltötte 62. életévét köteles volt igazságügyi elmeszakértővel megvizsgáltatni szellemi állapotát (ezt a jogszabályt az Alkotmánybíróság megsemmisítette). Ennek alapján végeztek vizsgálatot az Országos Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Intézet (OMFI) munkatársai több éven keresztül nagy létszámú orvoscsoporton. Simon Tamás 1970-79 között végzett felmérései szerint leginkább a szülészek, a traumatológusok, ezen belül is az orvosnők a veszélyeztetettek. Mezei Tamás a nyolcvanas években végzett vizsgálatai alapján megállapította, hogy a férfi orvosok 34,2 százaléka hatvanadik életévé, a nők 51,5 százaléka pedig 55. életévének betöltése előtt halt meg. Ezek megdöbbentő adatok. Egy 1992-es vizsgálat szerint a magyar orvosok 32 százaléka mozgásszervi, 17 százaléka szív- és érrendszeri, 15 százaléka emésztőszervi, 13 százaléka bőrgyógyászati, 13 százaléka pedig légzőszervi megbetegedésben szenved.¹⁴⁸ (Mindezen adatok Lóránt Ida: Fáradtan kiégve munkájából idézve).

¹⁴⁶ <http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=28855> (2006.02.28.)

¹⁴⁷ <http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=40449> (2007.09.12.)

¹⁴⁸ <http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=30847> (2006.06.04.)

Legutóbb a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének két kutatója számolt be az orvosok és az orvosnők egészségi állapotáról. Megállapításuk szerint az orvosi hivatásból eredő speciális stressz összetevői a munka felelőssége, a gyakori krízishelyzet, a diagnosztika nehézségei, a sikertelen kezelések, a betegek halála, a hosszú és kiszámíthatatlan munkaidő, és a pénzügyi gondok, munkahelyeken a rossz munkahelyi kommunikáció, (az idősebb szakemberek nem támogatják a náluk fiatalabbakat) tehető felelősség, hogy sokszor az orvos betegebb, mint akit kezel. Orvosnőknél ezekhez még hozzáadódik a gyermeknevelés, a család összeegyeztetésének konfliktusa is.

A kutatók úgy látják, hogy a kivételes munka-stressz az orvosok kiégéséhez vezet, ami egészségi panaszokban is megnyilvánul, mint magasvérnyomás, alvászavar, a szervezet teljes kimerültsége. Ennek következményeként természetesen megromlik az orvos-beteg kapcsolat.

Az *Országos Alapellátási Intézet* 2003-ban kifejezetten családorvosok körében végzett vizsgálatokat azon megfontolásból, hogy a családorvos az, aki a lakosság egészségnevelésének a betegségek megelőzésének és gyógyításának első számú letéteményese. A vizsgált háziorvosok több mint fele valamilyen krónikus betegségről számolt be. Fáradtak, magas vérnyomásban, cukorbetegségben, allergia, asztma és daganatos megbetegedésben szenvednek. 27 százalékuknak nincs alkalmuk sportolni, 15 százalékuk dohányzik, 30 százalékuk nem jár szűrésre, 33 százalékuknak lelki támaszra lenne szüksége. Több tanulmány bizonyította már az orvosok kivételes mentális problémáit, és az ezekből eredő öngyilkossági veszélyeztetettséget.

Az *Egyesült Államokban* 2001-ben készítették felmérést és kiderült, hogy az orvosok 22 százaléka szenved burnout szindrómában, némely szakmában magasabb az arányuk, például az onkológusoknál 56 százalék volt.

A nyugati országokban sem sokkal jobb a helyzet, mint nálunk. Hollandiában 11 százalékban diagnosztizálták a problémát.¹⁴⁹ Segíteni csak speciális stressz-oldó tréningekkel, hosszabb szabadságolásokkal, a napi rutint feloldó szakmai összejövetelekkel, sportolással lehetne. Addig, amíg ez a segítség nincs, addig a közismerten rossz egészségi állapotú magyar lakosságot olyan doktorok kezelik, akik maguk is betegség-megelőzési akciókra, sőt gyógyításra szorulnának.¹⁵⁰

¹⁴⁹ <http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=26701> (2005.11.04.)

¹⁵⁰ <http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=25820> (2005.09.13.)

Természetesen a beteget mindez nem érdekli, mint ahogy a bírót sem érdekli, hogy a hibát elkövető orvos fáradt volt, mert éppen már 24-30 órája dolgozik pihenés nélkül, de azért ezek a fent felsorolt tények igazak, és éppen ezért mélységesen el kell, hogy gondolkoztassa az egészségügyi adminisztrációt.

Mindezek hozzájárulhatnak a konfliktusok kialakulásához, azt azonban világosan látni kell, hogy emberi szóval tompítható a konfliktus. Kovács József bioetikus véleménye szerint az orvosnak legalább sajnálatát kell kifejeznie, akkor is, ha nem ő volt a felelős. Ennek a szónak kimondása még nem jelenti azt, hogy személyes felelősségét beismerte volna - ezt az Egyesült Államokban, Massachusetts államban - törvénybe is foglalták.¹⁵¹

2. Az egészségügyi közvetítói eljárás előzményei

1990 után az új demokrácia kialakulását elősegítő, elsősorban civil szervezetek képviselői jártak hazánkban és az igazságszolgáltatás különböző területén előadásokat tartottak, amelyeknek lényege az egészségügyi mediáció volt. 1994. október 27-28. napjában *Valerie Pellegrini Calogero asszony* jött Washingtonból, aki már a 1993-ban is hazánkban járt, és az ABA-CEELI programnak a felelőse volt. Az alapítvány konferenciát szervezett a Veszprém Megyei Bíróságon, amelynek témája volt: „az alternatív jogvita megoldási módszerei (ADR)”, *a mediáció*. Ez is adta az ötletet, hogy meg kell próbálni olyan törvényt előkészíteni, amelynek célja elsősorban a perek időtartamának a lerövidítése, a per nélküli vitarendezés lenne, továbbá a betegek jogos igényeinek gyors bírói út nélküli kielégítése, és a teljes titoktartás megléte, hiszen amennyiben az egyezség létre jön, akkor a felek a sajtó, tv. felé nem nyilatkozhatnak, a kvázi „becsület” is megmarad az egészségügyi szolgáltatónál.

Az egészségügyi közvetítói eljárásról szóló törvényt 2000. novemberében fogadták el a parlamentben. A *Társaság a Szabadságjogokért (TASZ)*, mint társadalmi szervezet élve a jogalkotási törvényben biztosított jogával, ebben az esetben is kérte, hogy még az országgyűlési vita előtt, a tárcaközi egyeztetések során véleményezhesse a tervezetet. Erre azonban nem került sor, az anyagot nem bocsátották a civil szervezet rendelkezésére. A parlamenti vita kezdete előtt azonban a már nyilvánossá váló javaslatról az *Álláspont* (1)

¹⁵¹ <http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=37456> (2007.04.14.)

című sorozat részeként a TASZ megküldte véleményét az országgyűlési képviselőknek, a minisztériumi szakembereknek és vezetőknek. A jogalkotásnak ez a szakasza már nehezebben volt befolyásolható, hiszen már csak a bizottságok és a képviselők által benyújtott módosító indítványok formájában történhettek változtatások a javaslat szövegében. Ennek ellenére az Álláspont szerinti 12 javaslat közül hét esetben történt módosítás, ami jelentős eredménynek tekinthető. Így bővült a közvetítői listán szereplők foglalkozási köre, és fontos alapelvek is bekerültek a jogszabályba.¹⁵²

3. Az egészségügyi közvetítői eljárás jogi szabályozása

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 34. §-a a beteg és az egészségügyi szolgáltató között felmerülő jogviták peren kívüli rendezésére sajátos jogintézmény létrehozását írta elő, mely szerint a felek együttesen kezdeményezhetik a jogvita közvetítői eljárás keretében történő rendezését. Az egészségügyi törvény a közvetítői eljárás szabályainak és a közvetítői tanács összetételének meghatározását külön törvényben rendeli el.

Az eljárás bevezetését a „*2000. évi CXVI. törvény az egészségügyi közvetítői eljárásról*” - iktatta törvénybe az Országgyűlés.

Az egészségügyi közvetítői eljárás jogi alapjai:

- 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről
- 2000. évi CXVI törvény az egészségügyi közvetítői eljárásról
- 4/2001. (II. 20.) EüM-IM együttes rendelet az egészségügyi közvetítői eljárással kapcsolatos egyes kérdésekről

A törvény legfontosabb *alapelve*, hogy a jogvitában résztvevő felek mindegyike önkéntesen válassza a közvetítői eljárást, melyet bizalom és a kötelező titoktartás övez. Ez az eljárás tehát olyan vitarendezési módszer, ahol nincs vesztes, hanem mindkét fél nyer, és a megállapodás azt a közös elégedettséget fogja tükrözni, ami az egyik félnek még elfogadható, a másik félnek pedig már elfogadható. A közvetítés a kölcsönös

¹⁵² Heuer Orsolya: Konfliktuskezelés a betegjogi sérelmeknél. Az egészségügyi közvetítői eljárásról, LAM, 2001, 11 (1) 80. o.

engedmények kialakításának eljárása, a felek között az egyezség kialakítását az ezen a területen jártas közvetítő segíti.¹⁵³ A közvetítő igénybevétele a konfrontációról a tisztánlátásra helyezi át a hangsúlyt. A *közvetítő* (akár egy személy is lehet), vagy *közvetítői tanács* nem dönt, nem vizsgálja, ki volt az ominózus ügyben a vétkes, saját véleményt sem nyilváníthat, nem ad jogi tanácsot, mégis nagyon fontos szerepe van az eljárásban. Az ő feladata, hogy közelítse az álláspontokat, elérje, hogy a felek egyezséget kössenek, és hogy a felek a jogvitát a törvény által meghatározott időn belül befejezzék. Így a beteg *rövid időn* belül (maximum 120 nap) jut hozzá a kártérítés összegéhez. Lehet, hogy ez az összeg kevesebb, mintha bírósághoz fordult volna, de nem vár éveket, így az összeget akkor tudja felhasználni, amikor szüksége van rá és nem később, amikor rossz esetben már nem is tudja.

A törvény részletesen taglalja az *eljárás célját*, mely szerint a beteg és a szolgáltató között keletkezett jogvita – a szolgáltatás nyújtásával összefüggésben – *peren kívüli egyezséggel történő rendezését* kívánja segíteni.

A közvetítői eljárást a beteg, vagy halála esetén annak közeli hozzátartozója, vagy örököse, vagy a szolgáltató, vagy a beteg és a szolgáltató együttesen is kezdeményezhetik, a beteg lakóhelyéhez, vagy a szolgáltató helyéhez legközelebb eső *területi igazságügyi szakértői kamaránál*. Ez tulajdonképpen az eljárás megindításának menete. A kérelemhez alakíságot ír elő a törvény, tartalmaznia kell a beteg nevét, lakóhelyét, szolgáltató nevét, székhelyét, és a sérelmezett magatartás megnevezését (és hogy mikor, milyen kezeléssel, milyen beavatkozással összefüggésben kívánja a kérelem előterjesztője érvényesíteni igényét. A szolgáltatónak kötelessége erről az eljárási lehetőségről tájékoztatni azokat, akik az eljárás igénybevételeire jogosultak (betegek, hozzátartozók). A szolgáltatónak a tájékoztatást biztosítani kell akár szórólappal, akár jól elhelyezett hirdetmény kifüggesztésével, de tájékoztatást adhat a betegjogi képviselő is.

Egyes vélemények szerint az Egészségbiztosítási Felügyeletnek, más vélemények szerint az Igazságügyi Hivatalnak is feladata kell hogy legyen a mediációról történő felvilágosítás a panaszosok részére.

A törvény 3. §-a fejt ki a kamara teendőit, és a *határidőket*. Ha csak az egyik fél terjeszti elő kérelmét, a Kamara kézhezvételt követő 15 napon belül megküldi a kérelem

¹⁵³ Bándi Gy.: A közvetítés (mediáció) jogi szabályozásának továbbfejlesztése. Jogtudományi Közlöny 2000/1, 11. o.

egy példányát a másik félnek, akinek, vagy amelynek 15 napon belül nyilatkoznia kell egyetért-e a közvetítői eljárás igénybevételével.

Ha a *válasz nemleges*, a Kamara feladata véget ért, *nincs közvetítés*. Ha mindkét fél az eljárás mellett dönt, a *Magyar Igazságügyi Szakértői Kamara (MISZK)* felhívja a feleket, a Kamarát megillető eljárási költség fele-fele arányban való megfizetésre,¹⁵⁴ és ha az megtörtént, felhívja a feleket az egészségügyi közvetítői tanács összetételének megállapítására. A felek választhatnak a közvetítői névjegyzékből, amelyet a MISZK vezet. Ha a felek nem tudnak megegyezni a közvetítő személyében, akkor mindkét fél jelöltje részt vesz a tanácsban.

A *közvetítői tanács* általában két személyből áll. A kéttagú tanács egyik tagja jogász, a másik más felsőfokú végzettségű személy. Ezek után a Kamara értesíti a közvetítőket a jelölésükről, és jelölteknek 8 napon belül válaszolniuk kell a jelölés elfogadásáról, és nyilatkozni kell, hogy nem állnak fenn *összeférhetlenségi* okok.

E szerint: "Nem lehet közvetítő az, aki a szolgáltatóval, annak fenntartójával, biztosítójával vagy a beteggel bármilyen munkavégzésre irányuló jogviszonyban, illetve tagsági jogviszonyban áll, valamint az sem, aki a felsoroltak közeli hozzátartozója."¹⁵⁵

Az 5. § tárgyalja a *névjegyzékbe való felvétel* kritériumait. Fel kell venni azt a pályázót, aki jogi orvosi vagy egyéb felsőfokú egészségügyi diplomával, továbbá szociológusi, vagy klinikai szakpszichológusi végzettséggel rendelkezik, saját szakmájában nyolcéves gyakorlata van, cselekvőképes, büntetlen előéletű és elvégezte a közvetítői tanfolyamot. Mindezeket a feltételeket a jelentkezőnek hitelesen igazolnia kell, és arról is, hogy munkája, beosztása alapján nem kizárt a névjegyzékbe történő felvétele.

Az 5. § (2) bekezdés szerint a névjegyzékbe nem vehető fel ugyanis az a személy, aki bíró, ügyész, valamint az a személy, aki köztisztviselői jogviszonyban áll, a jogviszonya fennállása alatt. Ha a névjegyzékben szereplő személy bírói, ügyészi vagy köztisztviselői jogviszonyt létesít, közvetítői minősége szünetel - időközben bekövetkezett kizáró okot 30 napon belül köteles bejelenteni a mediátor a MISZK-nek.

¹⁵⁴ Az eljárási költségnek kell fedeznie a kamarának az eljárás lebonyolításához szükséges kiadásait úgymint terembér, fűtés, levelezési költségek stb.

¹⁵⁵ 2000. évi CXVI. törvény az egészségügyi közvetítői eljárásról, 4. § (3)

3.1. Az egészségügyi közvetítői eljárás és a biztosító

A közvetítői eljárás megindulása esetén a *szolgáltató értesíti* az eljárásról azt a *biztosítót*, akivel felelősségbiztosítást kötött és a biztosító nevééről és székhelyéről tájékoztatja a Kamarát.

Az ülésre meg kell hívni a biztosítót is - részére észrevételezési jogot kell biztosítani. A szolgáltató úgy is dönthet, hogy nem igényli a biztosító jelenlétét, de ebben az esetben a biztosító - mivel nem tud a káreseményről - nem fog fizetni. A szolgáltató akkor szokta ezt alkalmazni, ha kis értékű volt a káresemény, vagy az egészségügyi szolgáltató számára teljesen egyértelmű, hogy a kárigényt saját költségvetéséből ki tudja egyenlíteni. Ám az is köztudott, hogy a benyújtott, de még el nem bírált kárigények összege figyelembevételre kerül a következő évi biztosítási díjak tekintetében, függetlenül attól, hogy későbbiekben a kárigény jogalapja megáll-e vagy sem, hiszen a biztosítónak a pénzt ki kell vonnia a forgalomból, letétbe kell helyezni, amíg az ügy nem zárul le, így a kivont pénzösszeg "nem dolgozik"- nem termel profitot.

A biztosítási törvény (1995. évi XCVI. törvény) 69. §-a szerint „A biztosítási szerződéskötési kötelezettség e törvény 9. számú mellékletében, illetve más törvényben meghatározott esetekben írható elő.”

- Egyéb törvényben nem szabályozott szerződéskötési kötelezettségek között szerepel az orvosi magángyakorlat folytatása.
- Más jogszabályokban meghatározott szerződéskötési kötelezettség, amely nélkül adott tevékenység nem folytatható, pl.: az egészségügyi szolgáltatás esetén.

Az 1997. évi CLIV. törvény 108. §-ában foglaltak szerint minden egészségügyi szolgáltató működéséhez kötelező feltétel a felelősségbiztosítás.

A felelősségbiztosítást a Ptk. is szabályozza.

A Ptk. 559. § (1) bekezdése szerint felelősségbiztosítási szerződés alapján a biztosított követelheti, hogy a biztosító a szerződésben megállapított mértékben mentesítse őt olyan kár megtérítése alól, amelyért jogszabály szerint felelős.

A felelősségbiztosítást a Polgári Törvénykönyv a vagyonbiztosításra vonatkozó rendelkezések körében szabályozza, külön alcím alatt. Azonban míg a vagyonbiztosításnál a biztosított által közvetlenül elszenvedett kárról van szó, addig a felelősségbiztosításnál valamely (biztosítotton, illetve szerződőn és biztosítón kívüli)

harmadik személy káráról, amelynek megtérítése alól a biztosítottat mentesíti a felelősségbiztosítási szerződés.

A Ptk. úgy rendelkezik, hogy csak a szerződésben meghatározott mértékben kell helyállnia a biztosítónak; tehát limitáltak ezek a biztosítások és alkalmazhatnak önrészesedést. Ennek két funkciója van: egyrészt a *bagatell károk kiszűrése*, másrészt érdekeltté teszi a biztosítottat, hogy tartózkodjon a károkozástól – ez mintegy *morális* funkciót tölt be.

Felelősségbiztosítás esetén a biztosító közvetlenül nem perelhető (eltérést enged ettől például a kötelező gépjármű biztosítás /GFB/ szabályozásánál), és csak akkor lehet fizetni a biztosítottnak, ha igazolja, hogy a károsult követeléseit megtérítette. A biztosító nem tagadhatja meg a káresemény bekövetkezte után a károsultnak történő kifizetést akkor sem, ha a biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása okozta a kárt. „A biztosítót a károsulttal szemben a biztosított szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartása sem mentesíti. A szándékos károkozás, továbbá a súlyos gondatlanságnak a szerződésben megállapított eseteiben azonban követelheti a biztosítottól a kifizetett összeg megtérítését, kivéve, ha a biztosított bizonyítja, hogy a károkozó magatartás nem volt jogellenes”.

Biztosítási szerződésben meghatározott (és a biztosító által kiemelt kockázati okok) súlyos gondatlanság megvalósulásakor *a biztosító regressz igényvel léphet fel*:

- alkohol, vagy más bódító szer hatása alatt történő károkozás,
- engedélyhez kötött tevékenység engedély nélküli gyakorlásával összefüggő károkozás,
- feladatkörének, vagy hatáskörének túllépésével végzett tevékenység esetében létrejött károkozás esetén.

„A biztosított és a károsult egyezsége a biztosítóval szemben csak akkor hatályos, ha azt a biztosító tudomásul vette, a biztosított bírósági marasztalása pedig csak akkor, ha a biztosító a perben részt vett, a biztosított képviselétéről gondoskodott, vagy ezekről lemondott” /Ptk. 559. § (4)/.

A perbeli képviselő ellátása nem kötelező; a biztosító dönti el, hogy ellátja-e a biztosított perbeli képviselőt vagy sem.

Joggal vetődik fel a kérdés: mikor érdekelt a biztosító a közvetítői eljárásban?

- ha az igénybejelentő a saját jogait nem tudja érvényesíteni;
- amikor várhatóan több milliós tétel alatt meg tud egyezni;
- kisebb jelentőségű ügyek esetén (pl.: a kórházban a protézis eltűnik) és

- peres eljárásban, elhúzódo jogvita esetén, ha a kárösszeg növekményeként a kamat is jelentős szerepet képvisel.

Az általános felelősségbiztosításon kívül létezik a szakmai felelősségbiztosítás. Ennek jellemzője, hogy a biztosítási feltételben nevesített tevékenységek során okozott károkat téríti meg. Ilyen biztosítás az *orvosi felelősségbiztosítás*.

1990. január 1-jétől az állami egészségügyi szolgálat keretein kívül működő magánorvosok, és magánklinikák részére rendelet írja elő felelősségbiztosítás megkötését (1998. július 1-jétől viszont, már valamennyi egészségügyi szolgáltató köteles felelősségbiztosítást kötni).

A jogszabály hatályba lépésével megjelentek a biztosító társaságok saját feltételei. Az első két évben szinte nem is érkeztek kárbejelentések, de túlzás lenne azt állítani, hogy nem lett volna orvosi károkozás. Ez a jelenség egyszerűen azzal magyarázható, hogy a károsultak nem tudták, hogy gondjukat milyen fórumnál jelenthetik be, mely eljárás, amelyik alkalmas segítséget nyújtani számukra az okozott kár megtérítésére.

Az egészségügyi törvény értelmében a betegjogok érvényesítésének feltételeit az egészségügyi ellátó rendszer fenntartójának kell biztosítania. Ezzel azonban olyan súlyos problémára hívta fel a figyelmet, amely - előbb vagy utóbb – alapjaiban rendítheti meg az egész ellátó rendszert. Kérdéses, hogy bizonyos esetekben, amikor a betegjogok sérülnek, ki a felelős; ki a felelős, ha objektív feltételek hiánya miatt nem valósul meg a teljes körű beteg tájékoztatás, ha a beteg ápolásához nincs szakképzett nővér, kevés vagy elavult eszközök vannak, nincs megfelelő gyógyszer?

Mindezek miatt *fokozott a kockázata* a szövődmények kialakulásának, és akkor még nem is vetődött fel, hogy maga az orvos is kockázati tényező, az orvos, aki napi nyolc óra munka után (ami esetenként nem csak nyolc óra) folyamatosan - nem ritkán 32 órán túl is - folytatja tevékenységét.¹⁵⁶ Az egészségügyi törvény egyoldalúan kötelezővé teszi az intézményeknek a felelősségbiztosítási szerződés megkötését, de arról már nem szól, hogy a biztosítóknak kötelezően vállalni kellene a biztosítási kockázatot. Ha a biztosító úgy érzi, hogy az üzletág számára deficites (és még csak nem is null-szaldós), kivonulhat erről a területről. A megoldhatatlan probléma ott jelentkezik, hogy az egészségügyi törvény szerint, jelenteni kell az ÁNTSZ felé, hogy ha egy intézmény biztosítása megszűnik, és az ÁNTSZ-nek ez esetben automatikusan meg kell vonnia az intézménytől a működési engedélyt.

¹⁵⁶ Déri Katalin, Burján Antal: Az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítása biztosítói nézőpontból, Budapest, Egészségügyi menedzsment, 2000. II. évfolyam 3. szám 53. o.

A közvetítői tanács ülésének időpontját a kamara tűzi ki, és erre a feleket személyes megjelenésre hívja meg, de a felek képviselőket is meghatalmazhatnak például szülőt, barátot (írásos magánokiratban). Az első ülésen a szolgáltatónak, és a betegnek akkor is meg kell jelennie, ha egyébként képviselő jár el helyette. *Meg kell hívni a szolgáltató biztosítóját az ülésekre*, azzal, hogy észrevételeket tehet.

Az első ülésen a tanács tájékoztatja a feleket az eljárás menetéről, a költségekről, a titoktartási kötelezettségről és arról, hogy a tanács nem dönt, csak közvetít a jogvitában, a feleknek kell megállapodniuk, és amiben megállapodtak, azért a felek felelnek és nem a tanács, nyilatkozatukat adják arról, hogy változatlanul akarják az eljárás lefolytatását, és megegyeznek a költségek viselésének módjáról. *A nyilatkozatot a biztosító is aláírja*, és ekkor kell tisztázni, hogy a biztosító aktívan részt kíván-e venni az eljárásban, vagy majd csak az egyezség tudomásulvétele során fontolja meg, hogy elfogadható-e számára a felek megállapodása. Miután a biztosítónak képviseleti joga is lehet, erre is utalni kell a nyilatkozat aláírásakor. Mivel ebben az esetben a biztosító a fél nevében jár el, az észrevételezési jog külön gyakorlása felesleges.

Ha bírósági eljárás folyik ugyanezen ügyből kifolyólag a feleknek kötelességük bejelenteni a bíróságnak, mert amíg tart a közvetítői eljárás, a bírósági eljárást szüneteltetni kell.

3.2. *A közvetítői folyamat áttekintése*

A közvetítési folyamat eszközt ad a vitavezető a közvetítő (tanács) kezébe, hogy az elakadt tárgyalásokat sikeresebben vezesse, hogy az indulatoknak gátat vessen, hogy az összekuszálódott szálakat kibogozza.

A közvetítés jelentős részében a felek fegyelmezetten viselkednek, és a közvetítő(k)nek más dolga nincs, mint pontról pontra végighaladni a folyamat megfelelő szakaszain. Más esetben ugrálnak a szakaszok között, visszatérnek, vagy előreszaladnak, már a kezdet kezdetén megoldási javaslatokkal állnak elő. Néha veszekednek, kiabálnak és feldúltak máskor hallgatagok és magukba roskadtan bámulnak a semmibe.

A közvetítési folyamatot különböző szakaszokra osztják. Vannak szerzők, akik öt szakaszra esküsznek, mások szerint a hét szakasz az igazi. Bár az elnevezések és szakaszolások különbözőek, a folyamat maga a gyakorlatban meglehetősen csekély eltérést mutat.

A közvetítési folyamat azzal kezdődik, hogy az eset eljut a mediátorhoz, azaz bekerül egy rendszerbe, ahol a konfliktus megoldás módja a közvetítői eljárás lesz. Ezután következik a mediációs ülés, a melyben a tanács a feleket meghallgatja, és a felek bemutatják az ügygel kapcsolatos okirataikat. A meghallgatást követően a közvetítők írásban rögzítik az elhangzottak lényegét, a felek érdekeik alapján kialakított álláspontját.

3.3. A közvetítői ülés szakaszai

Első szakasz. Az ülés megnyitása.

A közvetítő bemutatkozik, és bemutatja egymásnak a résztvevőket, még akkor is, ha ismerik egymást. Bevezetésben a bizalmi légkör megteremtése, tájékoztatás a közvetítő kötelességéről, a közvetítői eljárás menetéről, szabályairól, illetve a titoktartási kötelezettségről. Alapszabály, hogy nem szabad a beszélőt félbeszakítani, mindenkinek joga van megszakítás nélkül elmondania álláspontját. *A mediációban tisztelettel kell kezelni egymást*, nincs helye a vádaskodásnak, hanem erőfeszítéseket kell tenni a probléma jobb megismerésére, és kölcsönösen elfogadható megoldásokat kell keresni, hogy a végén szerződéskötésben állapodhassanak meg. A mediációban való részvétel bizonyos szabályok betartását, bizonyos készségek, és képességek meglétét feltételezi:

- tisztelet egymás iránt
- nyílt, őszinte, manipuláció-mentes viselkedés
- egyértelmű, világos beszéd
- az adott problémára koncentráció
- türelem, feszültségtűrés
- reális elvárások, reális célok megfogalmazása
- együttműködési hajlandóság

Második szakasz. A konfliktus hátterének feltárása

A konfliktus keletkezésének megismerése a felek elmondása alapján ez az ún. „saját olvasat ismertetése”. Ebben a szakaszban a tények, érdekek és érzések feltárására kerül sor, és vagy a felek, vagy a közvetítő röviden ismerteti, hogy mi a felek álláspontja, és a résztvevők kiegészíthetik a közvetítő összefoglalóját. Szerencsésebb, amikor a felek mondják el problémájukat, mert a felek gyakran hibásnak, tévesnek vagy leegyszerűsítettnek érzik a közvetítő által előadott beszámolót. A probléma feltárásának a sikere a résztvevők őszinteségén múlik, és a felek akkor tárják fel őszintén a tényeket, és

érzéseiket, ha az ülés során bizalmat tud ébreszteni önmaga és a helyzet iránt. Ezt a bizalmat el kell nyerni, a közvetítő empátiás képessége a légkör oldása nagyon fontos, szinte kötelező a halk beszéd, a "magas hangok" elvetése, ha valaki kezdeményezi. A jelenlévő jogászoknak tudomására kell hozni, - ha szükséges -, hogy itt nem jogvédelemről van szó, hanem a közvetítés elősegítéséről. Ebben a szakaszban - ha igény van rá – a közvetítő külön- külön is tárgyalhat a felekkel.

Harmadik szakasz. A megtárgyalandó témák meghatározása

„Lista, amit ki kell fejteni, körül kell járni”. A konfliktus feloldása szempontjából fontos és vitatott területek témánként történő elkülönítése, sorrendjének felállítása. (ami a feleknek probléma volt, pl. az asszisztensnő viselkedése, a liftes fiú durvasága, az orvos nem jó protézist készített stb.) Az információ összegyűjtése után a mediátor feladata a megtárgyalandó témák listájának elkészítése, amit a résztvevők ellenőriznek, hogy a felsorolásból nem maradt-e ki valamely fontos mozzanat és a felsoroltak megfelelnek-e a valóságnak. Minden kérdést, ami a listán szerepel, meg kell beszélni, és amelyekben lehet, abban egyezségekre kell jutni. Döntő szempont, hogy a lista semleges nyelven íródjon, és a megfogalmazásnak nem szabad előítéleteket vagy az egyik fél számára kedvezőtlen beállítást tartalmaznia. A témák megbeszélésének sorrendjét közösen döntenek el, de a legtöbb mediátor a könnyebb témáktól a nehezebbek felé halad. Vannak azonban olyan témák, amelyek nem tűnnek halasztást, mivel meghatározóak a többi téma szempontjából, és kiemelt jelentőségük miatt a tárgyalást azokkal kell kezdeni.

Negyedik szakasz. A felsorolt témák megtárgyalása

Ennek a szakasznak legfontosabb célja, hogy a felek a vitás kérdéseket megtárgyalják, és ennek során felszínre kerülnek az eltérő és megegyező, a rejtett és nyílt érdekek. A helyzet mindkét féltől rugalmasságot, konstruktív hozzáállást kíván. A közvetítőnek segítenie kell a feleknek, ha elakad a tárgyalás. A fő feladat, hogy rávegye a feleket arra, hogy a múlt helyett a jövőre koncentráljanak. Ebben a szakaszban van az okiratok bemutatása, szakértő igénybevétele, tanúk meghallgatása, választási lehetőségek kialakítása.

Ötödik szakasz. A megállapodás tervének elkészítése

Ebben a szakaszban összegyűjtik az igényeknek és érdekeknek leginkább megfelelő megoldásokat. A közvetítőnek az a dolga, hogy rávegye a résztvevőket, hogy minél több

javaslatot gyűjtsenek össze, és nem feladata, hogy ötletekkel szolgáljon a konfliktus megoldását illetően. Az alkalmazott módszerek közül a legismertebb a brainstorming, az ötletroham. A brainstormingot a gyöngyhalászathoz szokták hasonlítani, amikor a gyöngyhalász lemerül a mélybe, annyi kagylót igyekszik összegyűjteni, amennyit csak bír, és csak később ellenőrzi, hogy van-e gyöngy a kagyló belsejében. Ez a módszer lényegi eleme azért működik, mert képes az új ötletek legnagyobb akadályát, a kritikát és panaszt elmozdítani a gondolkodás útjából, mivel ez a két elem tönkreteszi az új ötleteket, illetve már létrejöttüket is meggátolja, mivel nagyon nehéz vagy szinte lehetetlen csak jó ötleteket mondani, és ha mondhatnak rosszat is, akkor gátlásaik fellazulnak, és kreatív energiáik érvényesülnek. Jó hatású, ha a mediátor ismerteti a résztvevőkkel, mit tegyenek, és mit ne tegyenek az ötletroham során. Engedje szabadjára ötleteit, módosítsa, variálja az ötleteket, legyen minél több ötlete, de ne minősítsen, ne legyen domináns, ne álljon le! A közvetítő dolga, hogy vigyázzon az egyensúlyra. Ha már nincs több ötlet, akkor következik az értékelés. Vigyázni kell, hogy ne a közvetítő által javasolt megoldás tűnjön úgy, hogy azt kell elfogadniuk a feleknek, mert ha nem a felek találják ki a megoldást, sosem fogják a magukénak érezni. A felek végül megfogalmazzák a megállapodást.

Hatodik szakasz. A megállapodás írásba foglalása

A közvetítői megállapodás nem egy jogi szerződés, inkább a kötelezettségek összegzése. Hasznos, mert egyértelműsíti, hogy a felek miben jutottak egyezsége, és ez szolgál alapul az elvégzendő feladatokra és betartandó határidők számára. A megoldásnak konkrétan, világosnak átláthatónak és egyértelműnek kell lennie (a megállapodás: REMEK).¹⁵⁷ Ha a megállapodás megszületett, akkor a felek elolvassák, ha szükséges pontosítják, majd az okiratot a közvetítők és a felek aláírják.¹⁵⁸

Hetedik szakasz. Az okirat áttekintése és az ülés bezárása

A mediációs ülés három féle módon fejeződhet be: a felek megállapodnak vagy további ülés szükségessége mellett döntenek vagy nem születik megállapodás. A záró megállapításnak tartalmaznia kell, hogy a felek felelősséget éreztek a konfliktusban

¹⁵⁷ **R**észletes, **E**lvégezhető, **M**érhető, **E**lfogadott határidős, **K**onkrét

¹⁵⁸ Egészségügyi közvetítői gyakorlati képzés: Pécsi Tudományegyetem és az Országos Mediációs Egyesület, munkatársai Pécs 2002, 24. o.

játszott szerepükért, és keményen dolgoztak a kölcsönösen elfogadható megoldás kialakításáért.¹⁵⁹

3.4. A közvetítői tanács, a közvetítő

Közvetítést végző tanács legfontosabb feladata az, hogy a feleket hozzásegítse a jogvita egyezséggel történő lezárásához. Ebben az eljárásban a tanács nem vizsgálja a felróhatóságot, jogellenességet, nem állapít meg felelősséget, méltányos kártérítési összeget sem, hanem csupán mediálja, a közvetíti az egyezség létrejöttét.

Az eljárás teljes egészében a felek *önkéntességén* alapul, minden mozzanatához a felek megegyezése szükséges. Ha azonban létrejön az egyezség a felek között, akkor az már jogkövetkezményekkel jár, végrehajtható, és megtámadására csak a Ptk-ban meghatározott szűkebb körben van lehetőség.

A közvetítői eljárás során a közvetítő nem hoz döntést, csupán hozzásegíti a feleket a megegyezéshez, itt az eljárás minden mozzanatához konszenzus szükséges. Az adott követelés teljesíthető vagy részben teljesíthető a felelősség elismerése nélkül, pl. annak érdekében, hogy a jogvita ne kerüljön a nyilvánosság elé. Ezzel a szolgáltató a bírósági eljáráshoz képest sokkal előnyösebb helyzetbe kerül, hiszen a megegyezés esetén nem kell szembenéznie az ügy média-visszhangjával, ami a jó hírnevét esetleg csorbítaná.

A közvetítőt (mediátor) a *mediációs technikák* segítik és támogatják, de nem helyettesítik a személyes stílus, az önbizalom, és a nyitottság fontosságát. A mediátor csak ezek birtokában érezheti kompetensnek magát. Akkor kompetens, ha megérti a felek konfliktusát, érdekeit és indítékait, ha kézben tartja az eseményeket, és pontosan ismeri beavatkozása következményeit. Tisztában kell lennie saját értékrendszerével, identitásával és az adott ügy kapcsán felmerülő kételyeivel. Ismernie kell vakfoltjait, és előítéleteit is. Korábbi életét értékeit nem hagyhatja kinn az ajtó előtt, ezért állandóan vizsgálnia kell saját magatartását, érzelmeit és morális megállapításait.

¹⁵⁹ Lovas Zsuzsa-Herczog Mária: Mediáció, avagy a fájdalommentes konfliktuskezelés, Budapest, 1999, Múzsák Kiadó, 65-83. o.

3.5. A közvetítő jellemzői

1. Semlegesség

A mediátornak *semlegesnek és pártatlannak* kell lennie. A pártatlanság és semlegesség nem adomány, fenntartása komoly erőfeszítéseket kíván, hisz a mediátor is „emberből” van, ő is felháborodik, az ő szíve is inkább az egyik vagy inkább a másik résztvevő felé húz. A semlegesség nem pókerarcot jelent, de jelent egyfajta fegyelmezettséget, jelenti a másság elfogadását, jelenti, azt hogy a mediátor nem a saját értékeit és ítéleteit akarja rákényszeríteni vagy elfogadtatni a résztvevőkkel.

A mediátor is csapdába eshet, hibázhat, elfogulttá válhat. A jól képzett szakember azonban ezt idejekorán észreveszi, korrigálja tévedését, és mindent megtesz, hogy visszatérjen a semleges megítéléshez.

A mediátor, ha olyan ügy kerül hozzá, amelyet nem képes pártatlanul kezelni, ha úgy érzi, hogy az ügy saját értékeit erkölcsi megítélését mélységesen sérti, a legkorrektebb lépés részéről, ha nem vállalja azt el.

2. Pártatlanság

Az ügyfelek meglehetősen érzékenyek, nagyon jó receptoraik vannak a pártatlanság mérésére. Ha azt érzik, hogy a mediátor elfogulttá válik, elveszti pártatlanságát, a hátrányba került fél szinte azonnal reagál, és a reakció legtöbbször a mediáció megszakítása.¹⁶⁰

3.6. A közvetítő feladata

A közvetítőnek általános és *speciális feladatai* vannak a közvetítés során. Általános feladatai a *biztonságos légkör kialakítása* és fenntartása, az *erőegyensúly biztosítása*, a mediációs ülés folyamatának fenntartása. Speciális feladatok és készségek csoportjába tartozó technikák, fogások és eljárások az adott szakaszban nélkülözhetetlenek, más szakaszokban jelentőségük kisebb. A közvetítőnek *nem feladata* döntéseket hozni, hiszen

¹⁶⁰ Lovas Zsuzsa-Herczog Mária: Mediáció, avagy a fájdalommentes konfliktuskezelés, Budapest, 1999, Műzsák Kiadó, 89-90. o.

a közvetítők nem bírók; nem kell kezelnie a résztvevőket, mert a közvetítők nem pszichoterapeuták; nem kell tanácsokat adnia, hisz a mediátorok nem tanácsadók; ügyvédi feladatokat sem kell ellátnia, tekintettel arra, hogy a mediátorok nem ügyvédek, szakértői véleményt sem kell adnia, mert a közvetítő nem feltétlenül szakember a vitás kérdésekben.

A világossá vált álláspontok közelítése érdekében a tanács a felek kérésére meghallgathat, mást az ügyről közvetlen tudomással bíró személyt, beteget, a beteg szobatársát, ápolónőt, szakértőt.

3.7. A szakértő

A törvény 9. § (1-4) bekezdésében foglalja össze, és tárgyalja a szakértő közreműködésével kapcsolatos teendőket. A tanács a felek egyetértésével szakértőt is igénybe vehet, olyan szakértőt, aki a *kérdés elbírálása szempontjából szakértelemmel rendelkezik*, és személyében a felek megegyeztek. A felek az igazságügyi szakértői névjegyzékből is választhatnak szakértőt, akinek nyilatkoznia kell, hogy az ügyben *érdektelen és elfogulatlan*.

A szakértő működése *vagy kirendelés alapján, vagy megbízás alapján* kezdődik. *Kirendelést a hatóságoktól kapja* és ezt köteles elvállalni, hacsak jogszabályba nem ütközik (elfogultság, szakmai kompetencia hiánya). A szakértői díj jogszabályban meghatározott hatósági ár.

A közvetítői eljárásban a szakértő megbízás alapján jár el, amelyet ügyféltől, vagy ügyvédtől kap. A megbízást nem köteles elvállalni, de itt nem érvényes a szabadáras kategória.

A szakértő tevékenységére azok a szabályok vonatkoznak, amelyek a polgári eljárásban, ügyféltől vagy ügyvédtől kapott megbízásra készített szakértői véleményre.

A szakértő az egészségügyi dokumentáció alapján vagy - a beteg hozzájárulásával - betegvizsgálat alapján készíti el véleményét. A közvetítői eljárásban a szakértő személyéről a felek között egyetértés van, az adatok az egészségügyi szolgáltatónál rendelkezésre állnak, tehát a szakértő számára hozzáférhetők, gyakorlatilag teljes-körűek. A szakértő ténykérdések megállapításra is felkérhető. A szakértői megbízásban meg kell jelölni azokat a kérdéseket, amelyekre a felek a szakértőtől várnak választ.

3.7.1. A szakértő megbízása (felkérésre) a mediációs eljárásban

- A szakértőt nem a mediátor (mediátori tanács) bízza meg, hanem a felek!
- A szakértőhöz nem a mediátor (tanács) intéz kérdéseket, hanem a felek!
- A szakértőt nem a mediátor (tanács) fizeti, hanem a felek, bár az összeg viselésének arányairól megállapodhatnak!
- A közvetítői eljárásban nem járhat el olyan szakértő, akinek személye ellen valamelyik fél kifogással él, és az eljárásban csak a felek kérdezhetnek a mediátor nem!

3.7.2. A szakértői vélemény tartalmi követelményei

A szakértő ne válaszoljon fel nem tett kérdésekre! Csak azokra a kérdésekre kell és szabad válaszolni, amelyeket a megbízásban a szakértőhöz intéztek. A kérdésen túl azért nem szabad terjeszkednie a szakértői véleménynek, mert megzavarhatja az egyezség folyamatát, ha olyan kérdésekre is válaszol, amelyeket a felek nem vitattak, vagy amelyekben már egyetértés született közöttük. Nem szükséges minden kérdést minden esetben feltenni. Csak azokat kell közülük kiválasztani, amelyekben a felek nem értenek egyet, vagy megítéléséről nem tudnak állást foglalni. Óvakodjunk többet mondani annál, mint amennyit a kérdésre feltétlenül válaszolni kell!¹⁶¹

3.7.3. A szakértőhöz intézhető kérdések

A felek ténykérdések megállapítására is felkérhetnek szakértőt. Ilyen ténykérdés lehet például, hogy: a szolgáltatónál milyen diagnosztikai eljárást, milyen gyógykezelést alkalmaztak? Megtörtént-e a beteg tájékoztatása? Megtörtént-e ennek dokumentálása? Történt-e a beteg jogait sértő intézkedés?

A szakmai megítélésre vonatkozó kérdések lehetnek:

- fennálltak-e a vizsgálat, beztalás javallatai?
- a javallatok felderítésére alkalmazott módszerek helyesek voltak-e, elégségesek

¹⁶¹ Egészségbiztosítás, szerkesztette Varga Tibor, Szeged, 2004, 342-347. o.

- voltak-e?
- az ellenjavallatok felderítése megtörtént-e? (módszerek helyesek, elégségesek voltak-e?)
 - helyesen döntöttek-e a beavatkozás elvégzéséről? (elhalasztásáról, mellőzéséről)
 - tartalmilag megfelelően tájékoztatták-e ezekről és a kockázatokról a beteget?
 - a beavatkozást a szakma szabályai szerint végezték-e?
 - megtették-e mindent a szövődmények elhárítása érdekében ?
 - az utókezelés megfelelt-e a foglalkozás szabályainak?
 - a beteg által panaszolt egészségkárosodás valóban fennáll-e?
 - okozati összefüggésbe hozható-e valamilyen orvosi mulasztással, vagy az alapbetegség következménye?
 - ha mindkettő oki szerepe fennáll, megállapítható-e, hogy melyik milyen arányban oka?
 - a beteg állapota végleges-e, abban várható-e javulás, rosszabbodás?
 - indokolt volt-e élelemfeljavítás (megtől meddig, milyen jellegű)
 - gyógytornász igénybevétele, háztartási kisegítő
 - akadályozva volt-e a beteg közforgalmú jármű igénybevételében és meddig?
 - milyen jellegű tevékenység végzésében akadályozza a kialakult állapot a beteget?
 - okoz-e állapota kényszerű életmód-változás, vagy változtatást?
 - okoz-e állapota lelki zavarokat?¹⁶²

3.7.4. A szakértői vélemény szerkesztése

Akár hatósági kirendelés alapján (rendőrségi, bírósági), akár magánszemélytől (ügyvéd, biztosító-társaság) kapott megbízás alapján készül a szakértői vélemény, az formai jegyeiben mindenben azonos. A felhasználás célja szerint tartalmi jegyei különböznek. Más tartalmi ismérvei vannak a polgári (kártérítési)peres eljárásban készülő véleménynek, megint más a peren kívüli eljárásban felhasználásra kerülő vélemények tartalmi követelménye.

A szakértői vélemény részekre tagozódik:

- cím,

¹⁶² Bajnóczky István: Orvosszakértő az egészségügyi közvetítői eljárásban, előadásvázlat 2001.

- felzet,
- előzményi adatok,
- orvosi adatok vizsgálati lelet,
- kiegészítő (szakkonzultánsi) vizsgálatok leletei,
- vélemény.

Cím:

Ha a vélemény orvosi iratok alapján készül - „Igazságügyi orvosszakértői vélemény”; ha személyes vizsgálat is történik „Igazságügyi orvosszakértői lelet és vélemény”

Felzet:

Le kell írni kinek a kirendelése megbízása alapján, milyen eljárásban (milyen célú felhasználásra), kiről, milyen kérdésekre készült a vélemény.

Előzmények:

Mi történt? (A történet eddig). Az alap-eseményt minden esetben le kell írni, meg kell jelölni, hogy azokat honnan vesszük. A forrás megjelölése azért is fontos, mert nem minden esetben egyértelmű a „hogyan történt?” kérdés.

Orvosi adatok:

Ez a vélemény legfontosabb fejezete. Az ebben leírtak képezik minden későbbi érdemi megállapításunkat, következtetésünk alapját. Meg kell nevezni, honnan vettük az adatokat. Időrendi sorrendben le kell írni az ambuláns lapot, leletet, zárójelentést, és azt is, hogy ki állította ki ezeket a dokumentumokat.

Az orvosszakértői vizsgálat lelete:

Ez a lelet az általános fizikális állapot rövid leírásával kezdődik, majd a speciális lelet következik, amiről valójában a vélemény szól. Ezt a leletet azonban olyan részletességgel kell leírni, amelyben minden olyan leleti megállapítás szerepel, amelyre a véleményben megállapítást alapolunk.

Kiegészítő vizsgálatok lelete(i):

Ha a vizsgált személynél olyan vizsgálat is indokolt, amelyet elvégezni nem tudunk, szakkonzultánsi vizsgálatot végeztetünk. A vizsgálat leletében minden esetben le kell írni, hogy a vizsgálatot ki végezte és milyen képesítéssel rendelkezik. Ha a vélemény csak orvosi dokumentáció alapján készül, a speciális vizsgálatok leleteit specialistával kell értékelteni, és szintén fel kell tüntetni az értékelést végző szakorvos nevét és szakorvosi képesítését.

Vélemény:

A vélemény a leletből levont okszerű következtetés. Nem szerepelhet a véleményben olyan megállapítás, amelynek alapjául szolgáló leleti leírás vagy orvosi adat a leíró részben nem lelhető fel. A vélemény mindig azzal kezdődik, hogy kitől, minek alapján, mit állapítunk meg. Ezután válaszolunk a kirendelésben, vagy megbízásban feltett kérdésekre!

3.8. Közvetítői eljárások egyéb tényezői

3.8.1. Titoktartás

A titoktartási kötelezettséget a törvény a 10. §-ban foglalja össze, és ez a kötelezettség a közvetítői eljárásnak legfőbb vonzereje a bírósági eljárással szemben.

A törvény a felekétől eltérően szabályozza a közvetítők és a szakértők titoktartási kötelezettségét, mivel őket az eljárás alatt és az eljárás befejezését követően is titoktartás terheli, és a megismert tényeket, dokumentumokat csak a felek együttes hozzájárulásával hozhatja nyilvánosságra. A feleket és a biztosítót az eljárás folyamán terheli titoktartási kötelezettség, és a befejezést követően csak akkor, ha a felek között egyezség jött létre. Ugyanakkor, ha bármelyik fél az egyezséget a bíróság előtt megtámadja, a feleket és a biztosítót a továbbiakban titoktartás nem kötelezi.¹⁶³

A bírósági eljárásban – a beteg számára kedvező bírósági ítélet után - a beteg jogszerűen megnevezheti az intézményt, beszámolhat az esetről a sajtónak, könyvet írhat, filmet készíthet; ez mind presztízsveszteséget jelent a szolgáltató számára. Ugyanakkor más szempontból meg a peres felek számára kedvezőtlen, mivel a beteg számára megterhelő a betegségével kapcsolatos testi-lelki panaszok ismételt feltárása a szakértők, illetve a bíróság előtt; arról nem is beszélve, hogy az alperes természetesen e panaszoknak a meglétét, súlyosságát vitatni próbálja. *Sándor Judit* vizsgálatai szerint a hazai peres eljárások sajátossága, hogy időnként a károsultat is vádlottnak tekintik és az ő életvitelét, előéletét, egészségét károsító magatartását is

¹⁶³ 2000. évi CXVI. törvény az egészségügyi közvetítői eljárásról, 10.§ (1)-(3)

vizsgálat alá vonják, ami szintén jelentős pszichés megterhelés a beteg (felperes) számára.¹⁶⁴

A közvetítői eljárás értelme a *gyorsaság*, ezért az eljárást 4 hónapban jelöli meg, tehát *120 nap* alatt be kell fejezni azt.

3.8.2. *Költségek*

A törvény meghatározza a közvetítői eljárás költségeinek elemeit. A költségelemek a következők: általános eljárási költség, a felek és képviselőik költségei, és más résztvevők költségei, a fél jogi képviselőjének óradíja, a közvetítőknek járó közvetítői díj, valamint szakértői díj.

A költségek előlegezéséről és viseléséről a felek szabadon megállapodhatnak. Ha a felek nem tudnak, vagy nem akarnak megállapodni sem előzetesen, sem az egyezség megkötésekor a 7. § (3) bekezdése alapján a költségek előlegezése a szolgáltatót terheli. Ha a szolgáltató eláll a közvetítői eljárástól, a szolgáltató viseli az eljárás teljes költségét, az általános eljárási költséget is.

Ha nem jön létre egyezség a felek között, vagy a beteg áll el a közvetítői eljárástól, az eljárás során, mindkét fél viseli a maga addig felmerült költségét. A közvetítők közvetítői díját, a szakértői díjat, illetve az eljárás más résztvevőinek költségeit pedig egyharmad részben a beteg, kétharmad részben pedig a szolgáltató köteles viselni. Az általános eljárási költség változatlanul fele- fele arányban terheli a feleket.¹⁶⁵

3.8.3. *Iratkezelés*

A közvetítői eljárás során keletkezett *iratokat a kamara* az eljárás befejezését követően *10 évig köteles megőrizni*, az egészségügyi adatok kezelésére vonatkozó jogszabály szerint.

¹⁶⁴ Sándor Judit: Gyógyítás és ítélkezés. Budapest, 1997, Medicina, 233. o.

¹⁶⁵ A 4/2001. (II. 20.) EüM-IM együttes rendeletének 4. § (2-4) bekezdése szerint: a közvetítői díj közvetítőnként 5000 forint óránként, de ügyenként legalább 50 000 Ft kivéve,
- ha a közvetítés összege nem haladja meg a 300 000 Ft-ot, (a közvetítői díj nem lehet több mint 50 000 Ft)
- ha a felek az első ülésen egyezséget kötnek,
- ha az eljárást megindító fél pénzbeli követelést nem támaszt, illetve
- ha a felek az első ülésen az eljárás megszüntetése mellett döntenek.
Az utolsó három esetben ügyenként nem haladhatja meg a 30 000 Ft-ot.
Az első két esetben a közvetítői díjat az ülés előtt kell előlegezni.

Ha létrejön az egyezség, azt a tanács írásba foglalja, amelyet a felek és a tanács aláírnak. *Ha a fél az egyezségben foglaltakat nem teljesíti, a másik fél kérheti a bíróságtól az egyezség végrehajtási záradékkal történő ellátását.*

3.9. A közvetítői képesítés megszerzésének módja és követelményei

A törvény 15. § (3) bekezdése értelmében felhatalmazást kap az egészségügyi miniszter és az igazságügyi miniszter, hogy a *közvetítői képesítés követelményeit*, a képesítés megszerzésének módját, a *névjegyzékben* vezetett adatok körét, továbbá a közvetítői eljárás *költségelemeinek* összegét együttes rendeletben megállapítsa.

Ezen felhatalmazás alapján született meg az egészségügyi miniszter és az igazságügyi miniszter 4/2001.(II. 20.) EüM-IM együttes rendelete az egészségügyi közvetítői eljárással kapcsolatos kérdésekről.

3.9.1. Névjegyzék

Az egészségügyi közvetítői eljárásról szóló törvény 5.§ (1) bekezdése tartalmazza a *névjegyzékbe való felvételhez* szükséges feltételeket: úgymint

- kérelem,
- jogi, orvosi vagy egyéb felsőfokú egészségügyi, továbbá szociológusi vagy klinikai szakpszichológusi végzettséget tanúsító okirat (fénymásolatban - az eredeti bemutatása mellett),
- legalább nyolc év szakmai gyakorlat,
- nyilatkozat a büntetlen előéletéről, cselekvőképesség változatlanságáról, a kizáró okokban bekövetkezett változások adatairól,
- közvetítői alaptanfolyam elvégzését tanúsító okirat.

Továbbiakban a rendelet (2-4) bekezdése tartalmazza, hogy a MISZK-nek a közvetítői névjegyzéket számítógépen kell vezetnie, és adatait havonta köteles külön adathordozón menteni, azt a következő adatmentésig külön helyiségben elzárva tartani, valamint a névjegyzék adatait a névjegyzékből való törlés időpontjától számított 10 évig kezelni.

3.9.2. Alapképzés, továbbképzés

A rendelet 3. §-a szabályozza a közvetítői tanfolyam gyakoriságát. A közvetítőnek legalább 25 órás közvetítői alapképzésben kell részt vennie, majd ezt követő évben és ezt követően 5 évenként a további 25 órás továbbképzés is kötelező számára. Az alap- és a továbbképzés után a képzésben résztvevők záróvizsgát kötelesek tenni. Van, aki szerint erre a különleges képzettségre nagy szüksége van a közvetítőknek, mert ha a közvetítők nem rendelkeznek azokkal a megtanulható, és a továbbképzésen begyakorolható készségekkel, pszichológiai ismeretekkel, amelyek ahhoz szükségesek, hogy létrehozzák az egyezséget, akkor az eljárás értelmét vesztheti.¹⁶⁶

2007. december hónapban a kötelező továbbképző tanfolyam záróvizsgával zárult az előzetesen akkreditált Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Igazságügyi Orvostani Intézetében.

A későbbiekben felvázolt statisztikai adatok sajnos azt mutatják, hogy a törvény hatálybalépését követő öt év alatt az egészségügyi közvetítői eljárás igénybevételének gyakorisága enyhén szólva borúlátásra ad okot.

4. Az egészségügyi közvetítői eljárás nemzetközi gyakorlata

A magyar egészségügyi közvetítői eljárás törvényi rendelkezéseinek ismertetése után a *nemzetközi gyakorlat áttekintése* is fontos.

Németországban, az egészségügy napjainkban gyakran, mint költségtényező szerepel 4,2 millió alkalmazottal, valamint az orvosokra, kórházakra, betegápolási intézményekre és az orvosságra fordított 230 milliárd euró éves kiadással valóban *jelentős gazdasági tényező* és jelentős szereplője a munkapiacnak is.

Az egészségügy nemzetgazdasági jelentősége, amelyre a bruttó nemzeti össztermék 6.8%-át (1998) fordítják, megelőzte pl. az autóiparét. Abban az esetben, ha a növekedés üteme változatlan marad, veszélybe kerülhet az egészségügy hosszútávú finanszírozása,

¹⁶⁶ Dósa Ágnes. Konfliktusrendezés közvetítői eljárással. *Lege Artis Medicine*, 2001; 11 (5): 396.o.

mivel a GDP-hez képest az egészségügyi kiadások riasztóan gyors ütemben növekednek.¹⁶⁷ Az egészségügy számára mindig is világos volt, hogy *az egyik legdrágább üzemág az egészségügy*, de úgy látszik, hogy bárhol és bármely hatalom számára ennek tudatosulása mindig elmarad.

Németországban a mai egészségügyi rendszer alapjai egészen az *1883-as bismarcki szociális jogalkotás* keretében bevezetett betegbiztosításig nyúlnak vissza. Az akkor kialakult alapelvet – amely szerint meghatározott jövedelemszint alatt kötelező a biztosítás, a *szolidaritásra épülő biztosítás elvét – máig megőrizték*. Az egészségügyi rendszert, *egyik oldalon* a betegbiztosító pénztárakkal, mint költségviselőkkal, a *másik oldalon* az orvosokkal, mint egészségügyi szolgáltatókkal, megalakulása óta ellentmondásos viták, állandó alkudozás jellemzi.

Egyes kritikusok a gazdaságosság és a teljesítmény elszakadásában látják az egészségügy jelenlegi válságát, mivel a betegbiztosítási orvosegyesületek, kórházak, gyógyszerárak és gyógyszeripar egyáltalán nem törődnek a takarékoskodással. Egyedül a pozíciójuk megtartásával foglalkoznak.¹⁶⁸

A betegeknek lehetőségük van tanácsadás iránti igényükkel vagy panaszaiikkal az orvosi, illetve fogorvosi kamarák egyeztető szerveihez, betegbiztosítási pénztárakhoz, ingyenes betegtanácsadó és panaszszervekhez, fogyasztói központokhoz és önsegélyező szervezetekhez fordulni.

A kártérítés iránti igények a bíróságon kívül és bírósági úton is érvényesíthetők. Mindig fennállt a lehetőség, hogy a *bíró egy polgári peres eljárásban érdemi megegyezést javasoljon*, azonban a polgári perrendtartás 2002. január 1-jei reformját követően megfelelő esetekben bíróságon kívüli vitarendezés is javasolható, így a vitarendezés megfelelő módja a *mediáció* lehet.

A betegsegítő-szövetség (Patientenhilfsbund; PHB) szerint *éves szinten* körülbelül *80000 kártérítés igénnyel lépnek fel az orvosokkal szemben*, és a betegek mintegy évi *5000 esetben indítanak polgári peres eljárást orvosi műhiba miatt*. Az államügyészek körülbelül évi *4500 esetben indítanak eljárást orvosok ellen*.¹⁶⁹

Az Észak-német Egyeztető Szerv 2000-es év során hozott 2430 döntésének 31%-ában ismerték el megalapozottnak a betegek igényeit; a betegek további 36%-a szenvedett a kezelés során, - de nem hiba következtében - károsodást. A fenti időszakban lefolytatott

¹⁶⁷ Seltrecht, A.: Mediation im Gesundheitssystem, Zeitschrift für Konfliktmanagement, 5/2004, 210.o.

¹⁶⁸ Huber, E., Langbein, K.: Die Gesundheits-Revolution, Berlin, 2004. 39. o.

¹⁶⁹ <http://www.patientenhilfsbund.de/> (2003.11.30.)

2430 eljárás közül 11400 az érintett kórházban vagy klinikán dolgozó orvos, és 730 vonatkozott letelepedett orvost érintett.

Nincsenek adatok arra vonatkozóan, hogy Németországban hány beteg nem indít eljárást, miközben indíthatna. *A szervezet által lefolytatott eljárások 15%-ában a betegek az orvosi kommunikációval és tanácsadással elégedetlenek.* Egyesek nem pénzügyi kártalanítás megszerzése érdekében indítanak eljárást, hanem annak érdekében, hogy tisztázódjék, mi is történt valójában, mit nem mondott el az orvos neki. Azon betegeknek, akiknek az igényét megalapozottnak tartották *11%-a nem követi tovább az eljárás menetét, és lemondanak a pénzügyi rendezésről is.*¹⁷⁰

Ezen kívül az *orvosi kamara* olyan testületeket működtet, amelynek az a feladata, hogy a szolgáltató és a beteg közötti jogvitát eldöntse. Ez az eljárási forma ugyan nem felel meg teljesen a választottbíróági eljárásnak, mégis ehhez áll közelebb.

Kétféle ilyen testület működik:

- Az egyik, a nyolcvanas évek vége óta működő ún. *egyezséget létrehozó testület (Schlichtungsstelle)*, amely állást foglal arról, hogy jogos-e a kártérítési igény vagy nem, és az összegszerűséget is megmondja. A testületben az elnöki tisztelet egy orvos látja el, és részt vesz egy - az adott szakterületen járatos - szakértő is. (mindkettőt az orvosi kamara jelöli ki); a testület tagja még egy - a beteg és az orvos által megnevezett - orvos vagy jogász is. A testületben az elnöki tisztséget orvos látja el. A testület igénybevétele a beteg számára ingyenes.
- A másik ún. *szakértői testület (Gutachterkommission)*, amely csak szakértői véleményt ad a felek részére; az elnöki tisztelet egy jogász látja el, aki jelentős bírói gyakorlattal rendelkezik; a testület többi tagja négy orvos, akik különböző szakterületeken járatosak.

Mindkét testület *három alapelv* mentén működik:

- Az első *az önkéntesség elve*, amely szerint, minden félnek - tehát betegnek, orvosnak, szükség esetén biztosítónak - hozzá kell járulnia a testület eljárásához.
- Második alapelv, hogy *a testület döntése a felekre nézve nem kötelező* (itt a különbség a valódi választottbíróági eljáráshoz képest). A döntés valójában csak ajánlásnak tekinthető, és így nyitva áll mindegyik fél számára a bírósági út lehetősége, amelynek során nem kell a testület előtti eljárásban született szakértői véleményt figyelembe venni; a bíróság új szakértőt rendel ki.

¹⁷⁰ Scheppokat, K.D.; Neu. VersR 2002, 102. o. zit. Seltrecht, A.: Mediation im Gesundheitssystem, Zeitschrift für Konfliktmanagement, 5/2004, 211.o.

- aA harmadik alapelv szerint *az eljárás ingyenes* a felek részére, fenntartási és működtetési költségeket az orvosi kamara fizeti. Az eljárás járulékos költségeit - ügyvédek a felek fizetik, de később, ha bírósági eljárásra kerül sor, ezek a költségek perköltségként követelhetők.

A németországi *eljárás előnye*: egyszerűbb eljárás, ingyenes segítséget nyújt a beteg számára, tehermentesítik a bíróságokat, ha meg tudnak egyezni.

Az eljárás hátránya: csak iratokból dolgoznak, a feleket nem hallgatják meg és a fellebbezésnek a hiánya megkifogásolható.¹⁷¹

A felróhatóságot nem vizsgáló felelősségi rendszer (no fault compensation system) - biztosítási alapon történő vitarendezési mód főleg a skandináv országokban és Új-Zélandon terjedt el.

Svédországban az egészségügyi ellátás kizárólag állami tulajdonú intézményrendszeren alapszik - a magántulajdon szerepe elhanyagolható - a *társadalombiztosítási rendszer viszont nagyon fejlett* (kompenzációt nyújt a betegség, baleset és halál következtében keletkezett vagyoni károk jelentős részére). Ily módon a *károkozónak csak a társadalombiztosítási ellátások által nem finanszírozott károkat kell megtérítenie*.

Mint ahogy már érintőlegesen említésre került, a betegbiztosítási rendszer (Patient Insurance Scheme) kezdetben teljesen önkéntes alapon szerveződött, és szerződéses alapon és nem jogszabály hozta létre. Ez a rendszer volt hivatva rendezni az egészségügyi ellátással kapcsolatosan felmerült, és okozati összefüggésben lévő károkat.

1997-ben jogszabályt alkottak, amely *kötelezővé tette* a szolgáltatók számára a *csatlakozást*. Így az egészségügyi szolgáltatók szerződést kötöttek - kötelező jelleggel - a biztosítóval, amelyben a biztosító kifizetési kötelezettséget vállalt a beteg részére előre meghatározott összegű kifizetés teljesítésére, abban az esetben, ha a beteg az egészségügyi ellátás során kárt szenvedett.

A biztosító nem vizsgálja, hogy az egészségügyi szolgáltató a kárt felróhatóan okozta-e, csupán azt vizsgálja, hogy a kár tényleg bekövetkezett-e és ez összefüggésben

¹⁷¹ Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége Budapest, 2004, HVG-ORAC 42-43. o.

van-e az ellátással? *A beavatkozással járó szokásos kockázatokért azonban a biztosító nem fizet.* Ez azért gyors eljárás, mivel az eljárás nagymértékben leegyszerűsödik azáltal, hogy a felróhatóság vizsgálatát mellőzi. Az összegszerűség egy megadott séma szerint táblázatokból kiolvasható (ez nálunk is kb. így történik). Ezen az alapon Svédországban sokkal több beteg kap kompenzációt, mint peres úton. Igaz, hogy az összeg kisebb, de az időtényező sokkal rövidebb.

Összehasonlításként a rendszer bevezetése óta az érvényesített igényeknek az orvosok számához viszonyított aránya 50%-kal magasabb, mint az USA-ban. A költségek kedvezően alakultak Svédországban a biztosítási rendszerben fejenként 2,38 \$-t fordítottak kifizetésre, ami az egészségügyi ellátásra fordított összköltségeknek 0,16% -át teszi ki. Ez pedig kevesebb, mint tized része az USA-ban hasonló célokra fordított összegeknek.¹⁷²

Ha nem akarják igényüket a biztosítási rendszeren belül érvényesíteni, polgári peres úton megtehetik. Az eljárás olcsóbb, ennek köszönhetően a biztosítási rendszerre fordított összköltség 80%-a kerül a betegekhez - szemben az USA adataival, ahol a bíróság által megítélt összegeknek csak mintegy 40%-a marad a károsultnál. Időről-időre felülvizsgálják, hogy mire terjed ki a kompenzálható károk köre. *A kompenzáció mértéke maximált*, az USA és Svédország adatainak összehasonlítása alapján úgy látszik, hogy alacsonyabb mértékű, mint ha a bírósági eljárás során ítélnék meg.

Svédországban a biztosító általi kifizetések átlaga 1987-ben 5 429 \$ volt (a legsúlyosabb fogyatékosághoz vezető károkozások körében 97 143 \$). A kifizetések háromnegyede nem vagyoni kár jogcímén történt, ennek az oka, hogy a társadalombiztosítás a vagyoni károk jelentős részét fedezi. A jogosnak tartott igények 4%-át azok az esetek tették ki, ahol a munkaképesség csökkenés több mint 30% volt, illetve halál következett be. Az a jelenség, hogy a kifizetések magas százaléka viszonylag kevés számú esetre koncentrálódik az USA-ban is ismert: a megítélt kártérítés 49%-át az igénylők 5%-a kapta meg.

Svédországban a megfellebbezett döntések aránya 2,5-4% között változik, és alig néhány esetben fordulnak bírósághoz. Azért zajlik az eljárás gyorsan és gördülékenyen, mert az

¹⁷² Danzon,P.M.: The Swedish Patient Compensation System: Myths and Realities. International Review of Law and Economics. 1944. 461 o.

egészségügyi intézmény nem ellenérdekelt abban, hogy a bekövetkezett kárért a beteg kompenzációban részesüljön.¹⁷³

A közvetítői eljárás vonatkozásában sokszor felmerült az *összegszerűség* kérdése.

Az *Egyesült Államokban* a kártérítési krízis első évei után a hetvenes évek közepén a tagállamok többsége jelentős változásokat vezetett be. A megítélhető kártérítési összegek jogszabályi maximálása során először Kaliforniában maximálták a *nem vagyoni kártérítés összegét*, majd több tagállam követte ezt a példát. A maximum 250 ezer és 750 ezer dollár között van.

Alaszkában nem csak az egészségügyi szolgáltatókkal szemben indított kártérítési eljárások esetében, hanem mindenfajta kártérítési ügyben a kártérítés mértéke maximum 400 ezer dollár. *Virginiában* a vagyoni károk vonatkozásában is *maximálták* a kártérítési összeget a *határ egymillió dollár*.¹⁷⁴

A Bush kormány 2003. januárban beterjesztett javaslata szerint a nem vagyoni kártérítést 250 ezer dollárban maximálnák, a büntető kártérítés maximuma a vagyoni károk kétszerese lehetne.

31 állam tiltja, hogy a felperes keresetében a követelt kártérítési összegét is felvesse, mivel a nagy kártérítési összeg kiszivárgása a sajtó figyelmét az ügyre irányítja, és árthat az alperes jó hírvének, befolyásolja az esküdteket az elfogulatlan döntésben.

Sok államban *maximálták* a felperesnek kifizetett kártérítési összegből *az ügyvédeknek járó részesedést*. Több államban regressziós táblát vezettek be, amelyben a nagyobb kártérítési összegekhez csökkenő százalékot sorolnak.

Azokban az államokban, amelyekben jogszabályi korlátozás nincs, a bíróságnak joga van ésszerű összegben meghatározni az ügyvéd díját. Az ügyvédi díjak korlátozását alkotmányellenesnek találták New Hampshire-ben, mivel sérti a szerződési szabadság elvét és diszkriminál az egészségügyi szolgáltatókkal szemben indított kártérítési eljárások felpereseivel szemben, hiszen így - ezek az ügyek - a korlátozások miatt kevésbé vonzóak az ügyvédek számára.

14 államban lehetővé teszi a törvény, hogy a nagy kártérítési összegeket részletekben fizesse ki az alperes. A leggyakoribb megoldás szerint, ha a megítélt kártérítési összeg

¹⁷³ Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége Budapest, 2004, HVG-ORAC 35-37. o.

¹⁷⁴ Herczog, P.: Einige neuere Entwicklungen in der Artztspflicht in den Vereinigten Staaten. In: Ahrens, H.-J. (Hrsg.): Festschrift für Erwin Deutsch. Carl Heymans, Köln. 1999. 621. o.

meghaladja a 100 000 dollárt, akkor egy összegben kell kifizetni az ügyvédi díjat, az orvosi költségeket és a kiadásokat, a fennmaradó összeget előre meghatározott részletekben kell teljesíteni.

Az elévülési idő csökkentését - törvényben - 38 államban fogadták el, de meglehetősen nagy szórást mutatnak az elévülés kezdete, vége, megszakadása és nyugvása tekintetében. A tipikus megoldás az, hogy az *elévülési idő a károkozástól számított két év*, a kár felfedezésétől számítva is két év, de *jogvesztő határidő* is van, mégpedig a károkozástól számított öt év elteltével az igény elévül.

Érdekes kérdés, amely a sürgősségi ellátás keretén belül a baleset helyszínén nyújtott sürgősségi segítségnyújtás keretén belül keletkeztetett károkozás esetén felvetődik.

A baleset helyszínén nyújtott sürgősségi ellátás esetén mentesül a felelősség alól - enyhe gondatlanság esetében - az orvos. A common law szerint az orvosnak nincs jogi kötelezettsége arra, hogy a baleset helyszínén segítséget nyújtson. Ha segítséget nyújt az ellátásért, felelősséggel tartozik, anélkül, hogy az esetlegesen okozott kárért a biztosító fedezetet nyújtana. Ennek az lehet a következménye, hogy az egészségügyi személyzet nem nyújt segítséget a baleset helyszínén. Éppen ezért a legtöbb államban a sürgősségi ellátás során elkövetett hibáért nem lehet felelősségre vonni az orvost, hacsak nem szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartást tanúsított.¹⁷⁵

Kalifornia államban, ha az orvos ellenszolgáltatás nélkül jóhiszeműen nyújtja a szolgáltatást, nem vonható felelősségre.¹⁷⁶

Európában az egészségügyi szolgáltatók által okozott károk esetében a kártérítési összegek maximálására nincs példa. A kártérítés összeg felső határának jogszabályi meghatározása a teljes kártérítés elvének áttörését jelentené. A kártérítés limitálása ugyanakkor természetes igény, amit a bírói gyakorlat az okozatosság ésszerű alkalmazásával old meg. A reparáció azonban nem érvényesül teljes következetességgel. Elsősorban a veszélyes üzemi felelősség körében található - példa a repülőgép - balesetek kapcsán érvényesülő korlátozás, miszerint a fuvarozó felelőssége minden egyes utassal szemben kétszázötvenezer frank összegre korlátozott. (Varsóban 1929. október 12-én aláírt egyezmény 22. cikke.)

¹⁷⁵ Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége Budapest, 2004, HVG-ORAC 54. o.

¹⁷⁶ Ezzel ellentétesen hazánkban az *Egészségügyi törvény 125. §* kötelezettségként írja elő a sürgősségi szolgáltatást, amely szerint „sürgős szükség esetén az egészségügyi dolgozó – időponttól és helytől függetlenül – az adott körülmények között a tőle elvárható módon és a rendelkezésére álló eszközöktől függően az arra rászoruló személynek elsősegélyt nyújt, illetőleg a szükséges intézkedést haladéktalanul megteszi. Kétség esetén a sürgős szükség fennállását vélelmezni kell”.

Tehát elmondhatjuk, hogy a betegségbiztosítási rendszerben történő kárrendezésben az egészségügyi intézményeknek semmilyen érdeke nem fűződik ahhoz, hogy a beteg ne részesüljön megfelelő kompenzációban, az intézmények számára közvetlen anyagi kihatása nincs, és mivel nem nyilvánosak, presztízsveszteség sem következik be. Így általában maguk az orvosok segítenek a betegeknek, hogy az eljárás megindításához szükséges nyomtatványt kitöltsék, és az eljárás során minden segítséget megadnak a tényállás tisztázásához.

A rendszernek ugyanakkor ez a leggyengébb pontja is, éppen a leglényegesebb hatás - a prevenció hatás - vész el. Nem ösztönzi az intézményeket arra, hogy mindent megtegyenek hasonló esetek előfordulásának elkerülése érdekében.

Azért fontos ennek a megoldási módnak az áttekintése, mert e modell átvételéről az USA-ban és Németországban is élénk tudományos és szakmai viták folynak, olyannyira, hogy az Egyesült Államok két államában (Virginia és Florida állam) a szülési károsodások vonatkozásában felróhatóságtól független kompenzációs rendszert vezettek be. Ezek azonban nem váltották be a hozzáfűzött reményeket, mivel akkor került sor a bevezetésre, amikor a kártérítési krízis tetőzött, és a felelősségbiztosítók szülészeti károokra biztosítását nem vagy csak irreális összegért vállalták. Virginiában a biztosítási rendszer teljesen összeomlani látszott, amit csak tetézt, hogy egy helyi bíróság alkotmányellenesnek találta a kártérítés felső határának jogszabályi meghatározását, mely megítélhető maximális kártérítési összeg egy millió dollár lett volna.

Dániában 1992-ben vezették be a rendszert, a felróhatóságot nem kell bizonyítani, de azt igen, hogy ha az orvos nem olyan kezelést alkalmazott, amit egy gyakorlott specialista alkalmazott volna adott esetben.¹⁷⁷

Olaszországban a betegpanaszok tárgyalására a *betegpanaszok tanácsát (Patients' Board of Complaints)* hozták létre, amely lehet helyi, regionális vagy országos szintű. Tagjai között vannak jogászok, újságírók, és a kórházi személyzet képviselői. Az általuk tárgyalt ügyeknek csak kb. 10%-t továbbították végül is bírósághoz, a többi megoldódott a Betegjogi Bíróság hatáskörében. Hasonló testületek más néven Svédországban is működnek (Coanty Council's Confidence Board).¹⁷⁸

¹⁷⁷ Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége Budapest, 2004, HVG-ORAC 34. o.

¹⁷⁸ Kovács József: A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába, Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt. 1999, 604. o.

Új-Zélandon nincsenek részletesen rögzítve a kompenzálható károk. A jogszabályban orvosi baleset szerepel, azonban az eltelt 20 év alatt egyre inkább *szűkült a kompenzálható káresemények köre*, amelyekért a biztosító fizet. Az előreláthatóság kritériumához kötik a kompenzáció lehetőségét, és az előre nem látható következmények kompenzációja kizárt. Az összegszerűséget és jogosságot egy adminisztratív testület dönti el. A kompenzáció mértéke maximált. A bírói út kizárt, a tapasztalatok szerint elenyészően kevesen élnek ezzel a lehetőséggel.

Hazánkban a károkozó vagyoni helyzetének figyelembevételét tükrözi a Ptk. 339. §-ának (2) bekezdése: „A bíróság a kárért felelős személyt rendkívüli méltánylást érdemlő körülmények alapján a felelősség alól részben mentesítheti”.

A kártérítés összegéről megoszlanak a vélemények.¹⁷⁹

A Polgári Törvénykönyv nem tervezi a nem vagyoni kártérítés (úgynevezett sérelemdíj) bármilyen limitálását.

Bodnár Béla ügyvéd szerint a ma megítélt tételek nem túlzóak, ahhoz viszonyítva, hogy mennyibe kerül egy lakás, vagy például mennyivel nőnek meg az élete során annak a kisgyermeknek a kiadásai, aki egy műhiba miatt hepatitis C fertőzött lett. Az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesületének elnöke Ari Lajos nyilatkozata szerint „ésszerű felső határt kellene meghatározni a kártérítés összegét illetően, és nem tudja elfogadni a limitösszeggel kapcsolatos alkotmányossági aggályokat (a legmagasabb kártérítési igény jelenleg kétmilliárd forint egy szülészeti osztályt perelnek erre az összegre).”

A „nem lehet”, a Mars-szondák korában ismeretlen kategória. Ha így nem lehet, akkor meg kell vizsgálni, hogyan lehet alkotmányosan meglépni. A helyzetet rendezni kell, és ennek során az állam nem hátrálhat ki a felelősségbiztosítás mögül. *Az egészségügyi törvénynek a kötelező felelősségbiztosításról szóló végrehajtási rendelete hét éve - és ki tudja, hogy hány miniszter óta - nem született meg.* Ehelyett hallgatólagosan megtűrjük az „ex lex állapotot” - mondta a GVE elnöke.¹⁸⁰

¹⁷⁹ Krasznai Éva: Ex lex – Kórházak kötelező felelősségbiztosítás nélkül. [www.webdoki](http://www.webdoki.hu), 2004. július 24. 1-3. o.

¹⁸⁰ <http://www.webdoki.hu/cikk.php?cid=17249> (2004. 07. 24.)

Az *Egészségbiztosítási Felügyelet* internetes honlapján közzétette a „műhibaperekről” szóló adatokat. Évente körülbelül 300 műhibaper indul. Jelenleg 1,3 milliárd forintot követelnek a kórházaktól, amely miatt a kórházak csődbe mehetnek. Megszületett az *első százmillió forintot* elérő kártérítési ítélet. A bíróság 80 %-ban a betegeknek ad igazat.¹⁸¹

Ha a polgári jogi kártérítési eljárásban születik az elmarasztaló ítélet, akkor az egészségügyi intézmény kellemetlen helyzetbe kerül:

- a felelősségbiztosítási szerződésben csak meghatározott összeghatárig (öt millió forint) évenként és ügynként vállal kötelezettséget, a fennmaradó részt a biztosított fizeti ki, a biztosító visszakövetelési igénnyel léphet fel a biztosítottal szemben,
- a káresemények gyakorisága a biztosítási díj emeléséhez vezet,
- nyilvánosság előtt zajló per jelentős presztízsveszteséget jelent az egészségügyi intézmény részére.

5. Az egészségügyi közvetítői eljárás gyakorlata és eredménye

A törvény hatályba lépését követően 81 közvetítő jelölt végezte el a rendeletben előírt alap-, majd később a továbbképző tanfolyamot, és tette le a tanfolyamot lezáró vizsgát Pécsen. *2007 decemberéig, országosan 66 egészségügyi közvetítő működött.* Intézmények, szervezetek egészségügyi közvetítést nem végeztek, és ma sem végeznek. A közvetítői névjegyzéket a MISZK vezeti. Az egészségügyi közvetítői eljárásokat a törvény ugyan a kamarákhoz rendeli, de erre éves költségvetési keret nincs, így a kamarák az eljárásokat saját maguk finanszírozzák, állami támogatást nem kapnak. Igaz, a kezdeményezőnek be kell fizetni 8 000 Ft-ot, azonban ez az összeg - eredménytelen eljárás esetén - messze nem fedezi a költségeket. Főállású alkalmazott az országban nincs. A kezdeti jelentős számú vizsgázott mediátor - hasonlóképpen a közvetítői tevékenységről szóló törvényben szereplőkhöz - azt gondolta, hogy ez egy kitörési lehetőség, egy új érdekes munkalehetőség számukra, de az esetek kis száma miatt ez a remény szertefoszlott. Ezt bizonyítja az a tény, hogy a *továbbképző tanfolyamot mindössze 28 fő, és csupán 4 fő végezte el az alaptanfolyamot.*

¹⁸¹ <http://www.webdoki.hu/cikk.php?cid=44755> (2008. 04. 09.)

A végzettséget tekintve:

4-fő jogász, 2 fő gyógyszerész, 1 fő klinikai szakpszichológus 25 fő orvosi végzettséggel rendelkezik. Az egészségügyi közvetítői eljárás időtartamára pontos adat nincs.

Az egészségügyi közvetítői eljárásról szóló törvény hatályba lépését követően először 2006. szeptemberében, majd decemberében szolgáltatott adatokat az Igazságügyi Szakértői Kamarák Budapestről, Veszprémből, Debrecenből, Szegedről, Szolnokról, Miskolcra és Kecskemétre (9. táblázat). Sajnos nincs kötelező *adatszolgáltatás* a sikeres, illetve sikertelen egészségügyi közvetítést illetően, így az adatokat csak kvázi *szívesség alapon* közölték az illetékesek.

A táblázat egészéből leolvasható, hogy 2001-től 2006. végéig az országban összesen 182 egészségügyi közvetítői eljárást kezdeményeztek.

A Budapesti Kamara az eljárások eredményéről nem közölt adatokat; az ismert eredményű eljárások közül nyolc volt sikeres, négy részlegesen sikeres. A kezdeményezett eljárások nagyobb része meg sem indult, mert a szolgáltató vagy a biztosítója nem járult hozzá az eljárás lefolytatásához. Két ismert esetben az ügyfél lépett vissza.

Bár a budapesti esetek nagy száma (igaz, csak a kezdetekben) biztató lehetne, azonban a megoszlásokat tekintve az alábbi láthatók:

- az egészségügyi szolgáltató elutasított 88,
- az egészségügyi szolgáltató visszalépett 2,
- az egészségügyi szolgáltató visszavont 1,
- a biztosító visszautasítása miatt 5,
- eredménytelenül végződött 3,
- eredményes 8.

2007 évi statisztikai adat csak Szolnok városából érkezett jogász mediátor kollégánótól. Esetében 20 közvetítői eljárási kezdeményezés indult, ebből nyolc alkalommal volt lefolytatott eljárás, és ebből 5 eset bizonyult eredményesnek. Az esetismertetésre nincs mód, de jelentése szerint előfordult műtét során bent felejtett tampon, rosszul megoperált eltört kéz, pszichiátriai beteg kórházi felvételének elutasítása (néhány nap múlva öngyilkos lett), háziorvosi ügyeletben a bélcsavarodásban szenvedő beteg kései kórházba utalása, szakorvosi beutalás elmaradása.

	Budapest	Debrecen	Veszprém	Szolnok	Kecskemét*	Miskolc*	Szeged*
2001.	9			6			
2002.	26			22			
2003.	12	9 (eredménytelen)	5 (eredménytelen)	7			
2004.	3	12 (eredménytelen)	6 (eredménytelen)	8			
2005.	3	9 (eredménytelen)	4 (eredménytelen)	6			
2006.	2		2 (folyamatban)	4			
össze- sen	55	30	17	53	19	4	4
	1 biztosító visszautasította 3 eredménytelenül megszűnt 3 szolgáltató visszalépett 48 szolgáltató elutasította			Az 53 indított közül: 13 lefolytatottból 7 eredményes	1 eredményes 4 részleges eredménnyel zárult 14 sikertelen (szolgáltató elutasítása)	4 ügyfél visszalépett	1 ügyfél visszalépett 3 szolgáltató nem járult hozzá

dr. Nagy László docens úr engedélyével

9. táblázat

A területi Igazságügyi Szakértői Kamaráknál kezdeményezett egészségügyi közvetítői eljárások száma 2001-2006 között.

(A Győri a Pécsi és a Szombathelyi Igazságügyi Szakértői Kamara nem közölt adatokat, Miskolc, Kecskemét, Szeged éveket nem jelölt meg.)

Felvetődik a kérdés, mi az oka ennek az enervált, közömbösséget sugalló tartózkodásnak, amikor a másik fajta közvetítői eljárások olyan jól beindultak és jelenleg is, úgy tűnik, jól működnek. Az eljárási költségek nem lehetnek, mert az olyan nevelésesen kevés, és összehasonlíthatatlanul alacsonyabb összeg, mint amennyit peres

eljárás keretén belül kell fizetnie a sértettnek, vagy mint a másik közvetítői tevékenységről szóló törvényben törvényileg megfogalmazott szabadáras, bár közös megegyezéssel kialakított díjazás.

Sokat nyom a latban - negatív módon - hogy a szabályos kérelmek döntő többségét az egészségügyi intézmény elutasítja: felelősségüket egyáltalán nem ismerik el. A közvetítések eredménytelen megszűnésében jelentős szerepet játszik a felelősségbiztosítók negatív hozzáállása az eljárásokhoz. A törvény hatálybalépését követő hat év alatt az egészségügyi közvetítői eljárás igénybevételének gyakorisága csekély, tevékenységük iránt az igény elenyésző.

VI. Terápia

1. A jogi szabályozás módosítása

1.1. A közvetítői eljárás felajánlása a peres eljárás megindulása előtt

Mint már fentebb említés történt, hogy az Egyesült Államok számos államában a peres eljárások megindulása előtt kötelező megkísérelni a közvetítői, permegelőző eljárást. Addig nem is kezdődik el a bírói szak, amíg a felek nem nyilatkoztak arról, hogy megkísérelték a mediációt. A svéd példa is hasonló, amikor a bíróságnak meg kell vizsgálnia, hogy van-e lehetőség békés rendezésre. Ilyen a norvég minta, mely szerint általában kötelező a közvetítői eljárás, mielőtt a pert a bíróságon megindítják.¹⁸²

Ha végül is nem tesszük kötelezővé a peres eljárás megindulása előtti közvetítői eljárás igénybevételét - mivel ha kötelező nem érvényesül az a közvetítői eljárásra jellemző kritérium miszerint a felek egyező akarattal, önként vállalják ezt az alternatív megoldást - legalább is fel kell ajánlani a per megkezdése előtt a feleknek ezt a lehetőséget, annál is inkább mivel nagyon is elképzelhető, hogy a felek nem is hallottak erről a konfliktuskezelő módszerről. Fel kell világosítani a feleket továbbá arról, hogy ha nem tudnak megegyezni, nincsenek elzárva a bírói út lehetőségétől. Bár a közvetítői eljárás gyorsabb és olcsóbb, mint a peres út, azonban fontos az állami jogszolgáltatás fenntartása az egyéb alternatív megoldások mellett. A betegek, és a közvélemény tájékoztatásának hangsúlyosabbnak kell lennie, és itt és most lenne helye a médiának. Most lehetne harsányabban felhívni a figyelmet, és kihangsúlyozni a közvetítői eljárás előnyeit. Az üzleti életben tapasztalható, hogy a felek között létrejött szerződések végén egyre gyakrabban foglalják írásba azt a kitétel, hogy „a felek esetleges jogvitájukat először békés egyeztetés útján kívánják feloldani. Ennek sikertelensége esetén fordulnak

¹⁸² Laura Ervo: Substantive Law and newest procedural trends in Scandinavia, Helsinki, 10-11. 14. o.

bírósághoz”. Ezt a megfogalmazott kvázi ajánlást rá kellene vezetni minden zárójelentés, vagy ambuláns jelentés végére. Így a beteg, ha elolvassa, rákérdezhet, mit jelent ez az eljárás.

Kengyel is osztja ezt a véleményt, és rámutat arra, hogy az alternatív konfliktuskezelés és a hagyományos bírósági eljárás nem egymástól elzárt két külön világ, hanem igenis hatnak egymásra. Az alternatív konfliktuskezelés például szűrőként funkcionálhat, mielőtt az állami jogszolgáltatás működésbe lép. Hangsúlyozza, hogy fenn kell tartani az állami és a magán jogszolgáltatás közötti választás lehetőségét. A konfliktuskezelés csak akkor erősödhet jogrendszerünkben, ha az ajtó mindkét irányban nyitva áll.¹⁸³

1.2. Felelősségbiztosítás módosítása, illetve új alapokra helyezése

Az 1997. évi CLIV. törvény 108. §-ában foglaltak szerint minden egészségügyi *szolgáltató működéséhez kötelező feltétel a felelősségbiztosítás*. A biztosítóknak viszont nincs kötelezettsége, hogy felelősségbiztosítást kössenek a szolgáltatókkal. Jelenleg a biztosítók között minimális a verseny. Egy-egy káresemény esetén limitált összeg kerül általuk kifizetésre (öt millió forint), ha egyáltalán engedélyezik a kifizetést.

A kártérítési perekben a kórház által kifizetett több tízmilliós összeg miatt kiszolgáltatottá válnak a kórházak. Annál is inkább, mivel egyik biztosító sem kötelezhető arra, hogy szerződést kössön valamely kórházzal. Ezért a kórházak úgy döntöttek, hogy közösen keresik fel a biztosítókat, vélhetően abban bízva, hogy így alkupozíójuk jelentősen javul ahhoz képest, mint ha egyenként tárgyalnának.¹⁸⁴ Hogy ez megtörtént-e, arra az irodalomban nincs utalás, mint ahogy arra sincs, hogy megalakult-e a kórházak kockázatközösségén alapuló összefogása. A legfrissebb információ szerint fél éven belül elkészül a kórházak felelősségbiztosítását és kártérítéseit rendező szabályozás.¹⁸⁵

Bízunk abban, hogy ez valóban teljesül és legyünk optimisták, annál is inkább, mivel kezdenek olyan megnyilvánulások megjelenni a kórházi ellátás átalakításával kapcsolatosan, miszerint „gondatlanságból elkövetett emberölés miatt minden olyan

¹⁸³ Kengyel Miklós: Konfliktbehandlung und Zivilrechtspflege in Ungarn. In Festschrift für Panagiotis A. Kargados, 2004, 985-997. o.

¹⁸⁴ <http://www.webdoki.hu/cikk.php?cid=310022> (2006. 06. 14.)

¹⁸⁵ Fábíán Titusz: Betegjogok érvényesítése a gyakorlatban. http://www.szoszolo.hu/06tanulmanyaink/230514.bjogok_erv_gyak.htm (2007. 03.18.)

esetben beperelik az államot, ha valaki azért hal meg, mert nem jut időben orvosi ellátáshoz”.¹⁸⁶

Az egészségügyi szolgáltató egyre inkább fenyegetve érzi magát - és ez legyen kórház, legyen magánintézmény, szakrendelő vagy alapellátás - mivel nincsenek biztosítva azok a személyi és tárgyi feltételek, a nyugodt munkahelyi körülmények, amelyek szükségesek ahhoz, hogy az orvos minél kisebb hibaszázalékkal dolgozzon. Tehát rövid időn belül *létre kell hozni egy olyan kockázatközösségen alapuló szervezetet, egy központi pénzalapot, (független tőkét kell megteremteni), amelybe minden egészségügyi intézmény (nemcsak kórházak) befizeti a rá kiszabott biztosítási összegét.* Ez az összeg természetesen függ attól is, hogy az intézmény hány peres eljárásban vett részt vesztésként. Szükséges továbbá, hogy ezen összeghez az állam is évente járuljon hozzá, hasonlóképpen, mint ahogy a Fővárosi Önkormányzat tette igaz, hogy csak egy alkalommal, amikor is hetvenkét millió forintot adott a kórházaknak, hogy rájuk kiszabott kártérítési összeget ki tudják fizetni.

A *biztosítót* negatív hozzáállása miatt *kötelezni kellene a közvetítői eljárásban való részvételre*, annál is inkább mivel a káresemény összegszerűsége esetenként 5 millió forintig limitált.

1.3. A szakértői megbízás formai követelményének szabályozása

Az egészségügyi közvetítői eljárásról szóló törvény 9. § (1) bekezdése szerint, szakértőként *bárki* eljárhat, aki a kérdés elbírálása szempontjából szakértelemmel rendelkezik, és akinek személyében a felek meg tudnak egyezni. A felek az igazságügyi szakértők jegyzékéből *is* választhatnak szakértőt.

Javaslat: szakértőként *az* választható, aki az igazságügyi szakértők névjegyzékében szerepel, és akinek személyében a felek meg tudnak egyezni. Tehát a *bárki* és az *is* szó *törlésén* van a hangsúly.

Számos kérdés vetődik fel, amely pontos választ igényel. Így:

- Ki írja alá a szakértőnek szóló megbízást? Ez azért fontos, mert aki aláírja, annak a felelőssége, hogy a szakértői díj kifizetésre kerüljön.
- Ha a felelősség nem tisztázott, kitől kérheti a szakértő a szakértői díj megfizetését?

¹⁸⁶ <http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=34204>

- A kifizetés elmaradása esetén kit perelhet a szakértő? A 4/2001. (II.20.) EüM-IM együttes rendelet 5. § (2) bekezdése szerint a szakértői díjat akkor kell előlegezni, amikor a szakértő a véleményt előterjeszti.

De mi a jogi helyzet akkor, ha erre az időpontra megegyezés született, és a véleményre már nincs szükség?

Mikor kell kifizetni? Van rá elévülés, van rá határidő? Kinek a nevére kell a számlát vagy díjjegyzéket kiállítani?

Javaslat az, hogy a díjat helyesebb lenne letétbe helyezni.

Kinek címezze a szakértő a számlát és kinek címezze a szakértői véleményt? Milyen díjazás illeti meg a szakértőt, ha az eljárásban meghallgatják, vagy a szakértő véleményét elkészítette, tehát a szakértő a megbízást teljesítette, és közben a felek között az egyezség létrejött, és a szakértő véleményére már nincs szükség?

1.4. Törvény módosítása a jogalkotó részéről

A jogalkotó a gyakorlattal csak úgy tud kapcsolatban lenni, lépést tartani, és hitelesen módosítani a törvényt, ha vagy maga is mediátor, vagy ha olyan orvosokat vonnak be a jogalkotásba, akik maguk is járatosak a közvetítői eljárásban. Javasolt a közvetítés *elméleti és gyakorlati tapasztalataival rendelkező orvosok bevonása a törvénymódosítás folyamatába.*

1.5. Adatközlési kötelezettség bevezetése

Az évente történő mediációs eljárásról, vagy annak megindításáról, sikertelenségéről *nincsenek hivatalos adatok.* Az adatok csak hozzávetőlegesek, mivel *nincs adatközlési kötelezettség.* Ez látható a fent elkészített statisztikai táblázatban is, amelyből kitűnik, hogy néhány Igazságügyi Szakértői Kamara írásos kérésre sem közölt adatokat.

Ezen úgy lehetne segíteni, hogy a jogalkotó felé indítványozni kell, hogy a 2002. évi LV. törvény a közvetítői tevékenységről szóló törvényből *átemelésre kerüljön a 14. § és 15. §.* Ezen paragrafuson belül természetesen néhány módosításra szükség van, például nem a Minisztériumnak, hanem a Magyar Igazságügyi Szakértői Kamarának kellene jelenteni az adatokat, mivel az egészségügyi közvetítői eljárásnak, sem az Egészségügyi Minisztériumban, sem az Igazságügyi Minisztériumban nincs egyáltalán képvisellete. Ez véleményem szerint hiba.

1.6. A finanszírozás újraértékelése

Az egészségügyi közvetítői eljárásról beterjesztett T/2917. számú törvényjavaslat megtárgyalása alkalmával a TASZ (Társaság a Szabadságjogokért) módosító javaslatai között szerepelt a költségvetésről szóló javaslat. Álláspontuk szerint „nem szabad, hogy a törvényjavaslat 12. §-ából jósolhatóan a magas eljárási költségek bárkit is visszatartsanak a közvetítés kezdeményezésétől. Nem megengedhető, hogy az egyenlő bánásmód megkövetelésének joga vagyoni helyzet függvénye legyen”. Példaként említi, hogy a fogyasztóvédelmi törvény szerint a fogyasztó alacsony, fix összegű díjat fizet. A munkajogi békéltetésnél közvetítői díjat nem kell fizetni a feleknek.¹⁸⁷

Könnyen átlátható most már, a törvény megjelenését követő hat év elteltével, hogy az egészségügyi közvetítői eljárás *sikertelensége* nem azért következett be, mert olyan magasak lettek volna az egész eljárással együtt járó anyagi terhek, így erre hivatkozni nem is lehet, és ezt olcsóbbá tenni nem is kell, de tudni kell azt, hogy az eljárás járulékos költségei a Kamara részéről, évről-évre növekedtek. Érdemes csak arra a nem elhanyagolható jelenségre visszaemlékezni, hogy 2002 óta hányszor emelkedtek a postaköltségek, irodaszerek stb. Ez a külső szemlélő számára bagatell összegnek tűnik, de tudható, hogy a kis összegek összeadódásából lesz majd a finanszírozhatatlan költségvetés.

Javaslat tehát egyrészt az, hogy a területi kamarák nagyobb részt - a központi költségvetésben elkülönített forrásból - *kapjanak anyagi segítséget fenntartásukra*, másrésztől minden évben felül kell vizsgálni az eljárás költségvonzatait, már csak azért is, hogy a törvényen belül minden tevékenység *finanszírozása a „megbecsült” helyére kerüljön*, és ezek a nagy tapasztalattal és tudással rendelkező résztvevők hivatalos számlával igazoltan, legalább a vízvezeték szerelő, vagy tv szerelő anyagi presztízst elérjék. Arról nem is beszélve, hogy a másik közvetítői törvényben a közvetítői tevékenységben megfogalmazott honorárium a felek között szabad megállapodás tárgyát képezi, amely enyhén szólva mellbevágó. Nem arról van szó, hogy ott miért több, hanem arról, hogy itt is-ott is nagy tapasztalatú, nagy tudással rendelkező mediátorok működnek közre, a szakértők speciális tudással rendelkeznek, tehát *egyenlő mércével*, - de legalább

¹⁸⁷ TASZ álláspont 11. szám az egészségügyi közvetítői eljárásról <http://www.c.3.hu/~hclu/eukozvel.htm> 3.o. (2002.05.03.)

is közelítőleg - mérettessék meg mindkét eljárásban résztvevő mediátor, szakértő. Arról nem is beszélve, hogy az egészségügyi közvetítőt anyagilag is terheli a kötelező alaptanfolyam, és az ötévenkénti továbbképző tanfolyam költsége.

2. Az egészségügyi közvetítői eljárás szervezeti és működési rendjének korszerűsítése

2.1. Az egészségügyi közvetítői eljárás szervezeti rendje

Az egészségügyi közvetítők évenként kérhetik a MISZK-be felvételüket, amennyiben eleget tettek az egészségügyi közvetítői törvényben, illetve az EüM-IM együttes rendeletében felsorolt követelményeknek. A közvetítők a MISZK-en keresztül az Igazságügyi Miniszter alá tartoznak, mivel Ő nevezte ki az egészségügyi közvetítőket, és tőle kapták meg a közvetítők a végleges mediátori igazolást. A MISZK az Igazságügyi Minisztérium fennhatósága alá tartozik, de az nem szól bele tevékenységébe.

A felek a területi kamarák névsorából választhatják ki a számukra megfelelő közvetítőt (mediátort). *Törvényileg rendezetlen állapot van*, mivel sem a törvény, sem a rendelet nem rendelkezik arról, hogy a kamarákon belül hogyan álljanak fel a szervezetek, ki legyen a felelős az egész eljárás megindulása előtti folyamatért, ezért azután általában a kamarák elnöke fogadja a panaszokat, de szükség van orvosi vénával rendelkező személyre is, aki átlátja a panasz mikéntjét, és elindítja az eljárás folyamatát.

Az ügyanyag kezelésére megfelelő adminisztrátori személyzetre is szükség van, erről sem rendelkezik a törvény. Egy kamarát kivéve (Veszprémi Igazságügyi Kamara) egyetlen kamara sem rendelkezik önálló helyiséggel, bérelnék helyiséget, vagy az Igazságügyi Intézetben működnek. 2002-ben az állam 40 millió forintot adott, hogy a kamarák megteremtsék a személyi, dologi és pénzügyi feltételek alapjait. Budapest kapott két részt, a vidék kapott egy részt.

Tehát a törvény és a rendelet nem oldja meg a szervezeti rendet és a finanszírozást sem, ezért változtatásra van szükség.

Javaslat az, hogy legyen felelőse, nevezze meg a törvény azt a bizottságot vagy személyt, aki felelős az ügyek bonyolításáért, és ez a személy orvosi végzettségű legyen, valamint legyen segítő személyzet is. Ezen személyeknek a fizetését a központi

költségvetésben elkülönített, a Kamarák fenntartását segítő összegből kell biztosítani. A finanszírozásról a fent kifejtett álláspont a mérvadó.

2.2. Az egészségügyi közvetítői eljárás működési rendje

Az egészségügyi közvetítői eljárásról szóló törvény 1. § (1) bekezdése szerint az egészségügyi közvetítői eljárás a panaszos írásban benyújtott *kérelme útján indul* meg.

A kérelmet indíthatja a beteg, annak halála esetén közeli hozzátartozója, vagy örököse, és a szolgáltató. A kérelmet a beteg lakóhelye, vagy az igénybe vett egészségügyi szolgáltató helyéhez legközelebb eső *igazságügyi szakértői kamaránál kell előterjeszteni*; ezek régióként találhatók (10. táblázat).

A 3.§ (1) (2) bekezdése megfogalmazza, hogy a kamara a kérelem kézhezvételétől számított 15 napon belül megküldi a kérelmet a másik félnek. A *másik fél* a kérelem kézhezvételét követő 15 napon belül *nyilatkozik* arról, hogy hozzájárul-e a közvetítői eljárás lefolytatásához.

Ha mindkét fél az eljárás lefolytatása mellett dönt, a kamara felhívja a feleket, a kamarát megillető általános eljárási költség fele-fele arányban történő megfizetésére. Ezután, a kamara meghívja a feleket, hogy megállapodjanak a *közvetítői tanács* összetételében, és így megindulhat maga az eljárás. A közvetítői eljárás megindulása esetén a *szolgáltató értesíti* az eljárásról azt a *biztosítót*, akivel felösségbiztosítást kötött.

A tanács ülésének időpontját a kamara a közvetítőkkel egyeztetve tűzi ki, és a feleket személyes megjelenésre, (vagy képviselőik útján) meghívja. Mindezen feltételek után indulhat a közvetítői eljárás.

Budapesti Igazságügyi Szakértői Kamara	TESZ Székház, Bp. Szoboszlai u. 2-4.
(Budapest, Nógrád és Pest megye)	Levélcím: 1531 Bp. Pf. 7.
honlap: www.biszk.hu ; e-mail: biszk@axelero.hu	Tel/fax: 355 1857
Debreceni Igazságügyi Szakértői Kamara	4024 Debrecen, Wesselényi u. 31/b.
(Hajdú-Bihar és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye)	Tel: 52 368 355
	E-mail: debkamara@diszi.t-online.hu
Győri Igazságügyi Szakértői Kamara	9026 Győr, Egyetem tér 1.
(Győr-Sopron-Moson, Komárom-Esztergom és Vas megye)	Tel:96 613 579, vagy 613 661 Fax: 96 503 439;e-mail: gallics@sze.hu
Kecskeméti Igazságügyi Szakértői Kamara	5004 Szolnok, Tószegi út 21. Pf. 41.
(Bács-Kiskun és Jász-Nagykunszolnok megye)	Tel: 56 521 091; e-mail: kiszk@citromail.hu
Miskolci Igazságügyi Szakértői Kamara	3527 Miskolc, Bajcsy-Zsilinszky E. u.13.
(Borsod-Abaúj-Zemplén és Heves megye)	Tel: 46 509 320 Fax: 46 509 321; e-mail: hornyak@chello.hu
Pécsi Igazságügyi Szakértői Kamara	7627 Pécs, Siklósi út 45.
(Baranya, Somogy és Tolna megye)	Tel: 72 445 187; e-mail: csuszabolcs@freemail.hu
Szegedi Igazságügyi Szakértői Kamara	5600 Békéscsaba, Árpád sor 18.
(Békés és Csongrád megye)	Tel/fax: 66 547 070
honlap: www.sziszk.hu	e-mail: sziszk@sziszk.hu
Veszprémi Igazságügyi Szakértői Kamara	8200 Veszprém, Stadion u. 19/b. fsz.3.
(Fejér, Veszprém és Zala megye)	Levélcím: 8201 Veszprém, Pf. 372.
honlap: www.veiszk.hu	Tel/fax: 88 560 665, 560 666; e-mail: viszk@freestart.hu

10. táblázat

Az ország területén régiókra elosztva működnek a területi kamarák

VII. Esetelemzések

Az első két eset valóban megtörtént mediációs eset. A többi eset tanulmányozásánál csak a felvetődött kérdés alapján önkényesen besorolt kategóriák vannak megadva, nevezetesen, ha a peres eljárás megkezdése előtt felajánlja, vagy kötelezővé tette volna a közvetítői eljárást, akkor mi történt volna, hogyan alakult volna a folyamat? Elutasította volna-e a szolgáltató a mediációt, vagy érdemes lett volna-e a mediálást igénybe venni? Nagyon sokszor még a bírósági eljárás során sem derül ki, hogy szóba került-e egyáltalán a közvetítői eljárás vagy sem.

Az alább felsorolt esetek példának tekinthetők, nem teljes, minden részletre kiterjedő, csak a lényeges történések kerültek kiemelésre és elemzésre.

1. A beteg által elutasított mediációs kísérlet

1.1. Első eset

50 éves férfi 2002.05.02-án heveny mindkét oldali, alhasi, görcsös fájdalmai jelentkeztek, emiatt háziorvosa sebészeti osztályra való felvételét tartotta indokoltnak. Felvételét követően az osztályon a célirányos vizsgálatokat elvégezték, majd panaszainak fokozódása miatt 05.03-án előzetes beleegyező nyilatkozat aláírását követően, feregnyúlvány gyulladásra utaló klinikai kép alapján, sürgősséggel általános érzéstelenítésben, típusos helyen hasüregi feltárással került sor. A feregnyúlványt látótérbe hozva az épnek bizonyult, eltávolítása ugyanakkor megtörtént. A műtét alkalmával kötelezően elvégzett hasúri revízió során a vastagbél leszálló ágának és a végbélnek a határán kisalmányi gyulladással, tumorosnak imponáló konglomerátumot találtak, és a leszálló vastagbél ép részét a hasfal elé helyezték (vendégnyílást képeztek). Felvágva a kivett preparátumot, centrumában a lumenbe betérjedő szövetszaporulatot észleltek, mely

szűkületet okozott. A szövettani vizsgálat alkalmával, a féregnyúlványban enyhe gyulladással elváltozás jeleit találták, a vastagbélben talált elváltozásnál gyulladt vastagbél részlet került kórismézésre regenerációs hámmal. A műtéti terület környezetében nyolc nap után savós, gennyes váladékkürülés jelentkezett, majd ennek minimálisra csökkenését követően járóképesen, rendben lévő székletürítéssel, láztalan állapotban bocsátották haza a beteget. Ezt követően kontroll vizsgálatokon jelent meg, az előzetesen is fennálló lokális váladékozás miatt, melynek oka a kialakult fonal sipoly volt, amelyet eltávolítottak.

2002.12.17-2003.01.04 között kórházi felvételre került sor, a vastagbél folytonosságának visszaállítása, a vendégnyílás megszüntetése miatt. A műtét előtti kivizsgálás alkalmával a vastagbél többszörös kóros kiöblösödését (diverticulosis) találták. Műtéti belezegyzést követően műtetre került sor, melynek során a vendégnyílás környezetében lévő sérvkaput, a hasüregben összenövéseket, és Schloffer granulomát (betokosodott gyulladással fonalmaradvány) találtak. Az eltávolított bélszakasz szövettani vizsgálata, a bélfallal kiboltosulását (diverticulum vagy más néven gurdély) gyulladását írta le, amely megközelítette a külső felszíni zsírszövetét. Zavartalan műtétet követő posztoperatív szak után a beteg távozott az osztályról.

2004.02.18.-02.25-ig ismét kórházba került a már említett hasfali sérv műtéti megoldása céljából. A műtét alkalmával gyulladással, fallal bíró Schloffer tályogot találtak, melyből hosszú, nem felszívódó fonalat távolítottak el, de a fokozott gyulladással szövődésének lehetősége miatt a tervezett háló beültetésétől, a hasfali sérv megoldásától eltekintettek. Láztalan, mobilizált állapotban bocsátották haza a beteget.

A kérelmező (beteg) panasszal élt, véleménye szerint indokolatlanul került sor a műtéti beavatkozásra illetőleg annak kiterjesztésére, mivel nem volt vakbélgyulladás és nem volt daganata sem és a műtét előtti előkészítés, megfigyelés sem volt megfelelő, nem állt fent panaszainak fokozódása, mint ahogy azok az iratokban szerepeltek, továbbá a beavatkozással kapcsolatban tájékoztatást nem kapott. A beteg nyilatkozott, hogy közvetítői eljárás keretén belül kívánja jogosnak ítélt panaszára elégtételt kapni.

A szolgáltató elfogadta a közvetítői eljárásban való részvételt. Nyilatkoztak, hogy tudomásul veszik a közvetítői eljárással kapcsolatos titoktartási feltételeket, valamint a költség-előlegezési és viselési előírásokat.

A beteg sérelmeinek és kifogásainak ismertetése után a *kérelmezett (szolgáltató) képviselője előadta álláspontját.* Eszerint, a diagnosztikai vizsgálatok alapján a

vakbélgyulladás gyanúja fennállt, így a műtetre indokoltan került sor, a gyulladt falrészlet is tumornak imponált, így indokolt volt a műtét kiterjesztése, a műtét előtti megfigyelés és műtéti előkészítés a gyógykezelési iratok alapján megfelelő volt, a panaszok fokozódása fennállt és a beteg a tájékoztató hozzájáruló nyilatkozatot aláírta, tehát tájékoztatása megtörtént.

A közvetítői eljárás folyamán *megjelent a szakértő* és a kérelmezett részéről megjelent az orvos is.

Az *orvosszakértői vélemény* szerint vakbélgyulladás nem állt fenn, de a klinikai kép alapján a vakbélgyulladás alapos gyanújának megléte miatt a műtét volt a kevésbé kockázatos beavatkozás. Kérelmező szerint viszont a műtét volt a nagyobb kockázat, és véleménye szerint várakozni kellett volna a műtét elvégzésével. Ezt az ellentmondást, a szakértő meghallgatása során sem sikerült feloldani.

A másik alapvető kérdés a *műtét kiterjesztése*, a kisalmányi tumornak tűnő képlet eltávolítása volt, mivel a kérelmező szerint az eltávolítás volt a kockázatosabb, míg a szakértő és a kérelmezett álláspontja szerint az eltávolítás elhagyása lett volna a kockázatosabb. A kérelmező szerint a szövettan nem igazolta, hogy daganat állt fenn, míg a kérelmezett és a szakértő álláspontja szerint a szövettan csak azt igazolta, hogy az elváltozás nem volt rosszindulatú.

A fenti ellentmondások miatt a felek megegyezni nem tudtak, így az eljárást a felek megszüntették a kérelmező peres eljárás keretén belül kereste igazát.

Összefoglalva:

Heveny vakbélgyulladás gyanúja esetén a vizsgálatok elvégzése és a panaszok, valamint a beteg megfigyelése után a vakbélműtét elvégzése indokolt volt. A műtét alkalmával vastagbél gurdélyának gyulladása következtében tumorszerű konglomerátum képződött. A szövettani vizsgálat tisztázta, hogy rosszindulatú daganat nem volt. A műtét kiterjesztése szükséges volt, mert ha az nem történik meg előbb vagy utóbb a gyulladással gurdély perforált volna. A műtétet követő sipolyozás, illetve a Schloffer tumor kialakulásának oka a fel nem szívódó műtéti varrónál volt.

A beteg a tájékoztató nyilatkozatot aláírta, de az nem derült ki, hogy megértette-e a felvilágosítást, volt-e azután valamilyen kérdése. A tájékoztatás elengedhetetlen feltétele a szóbeli és írásbeli tájékoztatás együttes megléte, az egyedüli írásbeli tájékoztatás nem elégséges.

Az eset értékelése:

A szakértői vélemény alapján is, a heveny vakbélgyulladás gyanúja miatti műtéti megoldás elkerülhetetlen volt, de a tájékoztatás dokumentálása, annak hiányossága megkifogásolható. Az eset alkalmas lett volna a közvetítói eljárás keretén belül az ügy befejezésére.

1.2. Második eset

45 éves nő 2004. május 14-én felkereste fogorvosát azzal, hogy szeretné alsó fogsorában lévő régebbi két fogmű (fog-híd) kicserélését, mivel úgy gondolja, hogy a meglévő már nem felel meg elvárásainak, elszíneződött, esztétikailag számára nem megfelelő, szebbet szeretne. Az orvos fogászati vizsgálat után elzárkózott a beteg kérése elől, mondván megfelelőnek tartja a hidat, és véleménye szerint nincs szükség új porcelán fogmű (fog-híd) elkészítésére, így azt nem javasolta. A beteg ennek ellenére ragaszkodott az új fogmű elkészítéséhez, amely később megtörtént.

Ismételt kontroll vizsgálatok alkalmával a beteg panaszkodott, hogy hídja nem megfelelő, magas, mozog és rágásnál fájdalmat érzett. Az új fogmű elkészítését követő három hónap elteltével a beteg kérte fogorvosát, hogy új hidat készítsen, mert amit felhelyezett nem megfelelő, panaszt okoz. Az orvos elzárkózott a beteg kérésétől.

A beteg az orvos ellen panasszal élt, és a *panaszos kérelme alapján indították meg a közvetítói eljárást*. A panaszlott orvos is vállalta az egészségügyi közvetítést, és értesítette biztosítóját. Miután a felek megfizették (fele-fele arányban) az általános eljárási költség összegét (16 000Ft), a felek meghívása után az egészségügyi közvetítói tanács összetételének egyeztetése, és az eljárás során, a rendelet alapján felmerülő költségek megbeszélése után a panaszos kérelmező szakértői véleményezést kért, kárigénye (vagyoni és nem vagyoni kár) négyszázötvenezer forint volt.

A *beavatkozó biztosító-társaság* a kérelmező kárigényét csak nyolcvanötezer forintban nevesítette, ezáltal a felelősségbiztosítás kártérítési alapját nyolcvanötezer forint képezte, és eltúlzottnak tartotta a kérelmező által megkívánt összeget. Végül szakértőt nem kértek fel, mert a kérelmező miután meghallotta a biztosító által nevesített kártérítési összeget, oly mértékben igazságtalannak tartotta a biztosító véleményét, hogy felindulásában teljesen *elállt a közvetítói eljárás további folytatása elől*.

A mediátor tett még kísérletet, hogy a megegyezés létrejöjjön, de ez az erőfeszítés eredménytelen maradt. A két fél nem tudott megegyezni, továbbiakban a kérelmező peres úton kívánta kárigényét érvényesíteni.

Összefoglalva:

A fogorvos a hibás fogműért felelősséggel tartozik annak ellenére, hogy nyilvánvalóan nem ő készítette azt, de a beteggel ő állt jogviszonyban. A panaszlott fogorvos akkor teljesít hibásan, ha a szolgáltatott fogmű (híd) a teljesítés időpontjában nem felel meg a jogszabályban vagy a szerződésben (megrendelésben) meghatározott tulajdonságoknak. A hibás teljesítés megállapítására akkor is sor kerül, ha a fogmű nem alkalmas a rendeltetéséből következő megfelelő használatra. A panaszos hibás teljesítés esetén elsősorban kijavítást vagy kicserélést követelhet. Ha a fogorvos a hiba kijavítását a fogtechnikus bevonásával megfelelő határidőre nem vállalja vagy nem végzi el, a beteg a hibát a fogorvos költségére maga kijavíthatja, vagy mással kijavíttathatja.

Az eset értékelése:

Ha a panaszos beteg, és a panaszlott szolgáltató fogorvos rugalmasan közelített volna a végcélhoz, a megegyezéshez, úgy hogy a beteg mérsékli a kártérítési összeget, a szolgáltató kiegészíti a biztosító által felajánlott összeget, vagy az orvos felajánlja, hogy kijavítja a hibát. Ámbár nagy valószínűséggel a beteg nem kívánta volna igénybe venni a felajánlott hibajavítást, mivel a jól működő eredetileg meglévő hidat sem akarta kicserélni az orvos (úgy tűnik, igaza volt az orvosnak).

2. A szolgáltató által elutasított mediációs kísérlet

2.1. Első eset

A 65 éves férfi 2002. november 18-án 13 óra 30 perckor került felvételre az egyik kórház II. számú belgyógyászati osztályára és 2002. november 19-ig - haláláig - kezelték ott. *Kórelőzményében* 1958-ban mandulaműtét, és a felvételét megelőzően egy hónappal reumatológiai vizsgálat során panaszt okozó, mindkét térdizületi és boka arthrosist és

térületi tömlőgyulladást talált a vizsgáló orvos. A javasolt terápia Diprophos + Lidocain injectio, amelyet a térdizületi régióba a beteg két alkalommal megkapott.

Felvételét megelőző napon beteg panaszmentes volt, délután sem volt panasza. Felvétele napján reggel heves gyomortáji és jobb bordaív alatti fájdalomról panaszkodott, keveset csuklott, majd lázas lett. Hasa puffadt, teltségérzése volt. Reggel még volt széklete, de az óta a szelek nem mentek. Vizelete délben volt, ami eltérést szemmel láthatólag nem mutatott.

A kórházi *beutalás diagnózisa heveny hasi katasztrófa és heveny hasnyálmirigygyulladás*. A rendelkezésre álló iratokból kiderült, hogy felvételkor a korpulens, elesett állapotban lévő férfi, arcbőre szederjes, acrocyanosist volt látható. Nyirokcsomó nem volt tapintható. A tüdők felett érdes légzés, helyenként sípolás, bűgás, közepes fokú bronchitises szőröcsölés volt érezhető. Has felpuffadt, mellkas szintjéből elődomborodó, puha, betapintható, diffus nyomásérzékenységet észleltek, punctum maximum az epigastrium (gyomorszáj) és a jobb bordaív alatt. A máj két harántujjal nagyobb volt, alatta bizonytalan érzékeny képlet (feltehetően ökölnyi epehólyag). Lép nem volt tapintható. A vesetájék szabadnak bizonyult. Mozgásszervek alakilag épeknek látszottak. Vérnyomása 105/70 Hgmm, pulsus: 78/perc filiformis.

A laboratóriumi leletek (2002. november 18. 15 óra 50 perc) között magas serum transzamináze és gamma GT, serum bilirubin, alacsony serum K, és mérsékelt leukocytosis volt észlelhető (SGOT: 239U/l, SGPT: 67 U/l, gamma GT:223 U/l. serum amiláz: 361 U/l, serum bilirubin 52,5 mmol/l direct: 18 mmol/l, fvs: 10,9 G/l, Hgb: 132 g/l, HCT:0,421 l/l, MCV 110.1 fl, MCH: 34,5 pg, MCHC:313 g/l, Plt: 272 G/l.

Az iránydiagnózis: Heveny epehólyag és epeút gyulladás, közös epevezeték kövesség, epekövesség, hasnyálmirigy gyulladás (Cholangitis, cholecystitis acuta cholecystitis calc. Choledocholithiasis? Pancreatitis?)

Továbbá *hasi ultrang* vizsgálat *mellkas rtg. és nativ hasi felvétel* is készült. Perforatio iránydiagnozissal.

Mellkas+natív has (2002. november 18.): Rekesz éles kontúrú, friss kóros intrapulmonális árnyék nem látható. Amennyire fekvő helyzetben megítélhető a szív megnagyobbodott, aorta tág. Szabad hasi levegő nem látható. A has középső részén egy tágult folyadékívót tartalmazó vékonybélkacs ábrázolódik. A colonban kevés gáztartalom látható.

Vélemény: Hasi üreges szerv perforációra utaló radiológiai jel nem látható.

Hasi áttekintő UH vizsgálat (2002. november 18. 13 óra 53 perc):

A hepar kp. fokban nagyobb gócos elváltozás benne nem látható. Epeút tágulat nincs, a cholecysta fala vastag (5 mm), benne apró gyulladásra utaló oedemás csík látható. A cholecysta mellett pericholecystitisre utaló folyadék van. A vesék normálisak. A többi szerv a meteorizmus miatt nem vizsgálható. Az erek folyadéktartalma a szokottnál fokozottabb. Szabad folyadék jelenleg nincs.

Vélemény: Cholecystitis acuta (kő irányában a vizsgálat nem informatív), pericholecystitis.

A kórházi ápolási esetről készített adatlap a felvétel időpontjaként 2002. november 18. 15 óra 30 perc szerepel. A távozás időpontja 2002. november 19. 7 óra 10 perc.

A beleegyező nyilatkozat 2002. november 18-án kelt, ezen az is szerepel, hogy a szükséges sebészi beavatkozást illetően felvilágosították. A beteg aláírásánál az szerepel „alkalmatlan”, alatta: „felesége tájékoztatva”.

Terápia: Claforan antibiotikum, Ulceran valamint Zantac a gyomor védelmére, infusio Na-Klorid + Kalium

November 19-én 00 óra 45 perckor a nővér azt észlelte, hogy a beteg nem vonható kontaktusba, ébernek tűnik, tekintete réveteg, pupillák szűkek, kerek, egyenlők. Vércukor d-cont vércukor meghatározó műszerrel mért vércukor értéke alacsonyan, mérhetetlen. 40 %-os glukóz i.v. (100 ml) adását követően állapota rendeződött, tudata feltisztult. Ezt követően panasza nem jelentkezett.

November 19-én 7 óra 10 perckor a nővér a beteget ágyában holtan találta, előzetesen a beteg nem panaszkodott, nem kelt fel, állapotrosszabbodást szobatársa sem vett észre, Észleléskor pupillák tágak, bőre már livid, cyanotikus volt, így reanimáció nem jött szóba. November 19-én 7 óra 10 perckor elhunyt.

Kórboncolás során kiszögös májchirost, ascitist, icterust, a patkóbél heveny peptikus perforáló fekélyét találták, amelyet a máj részben fedett. Következmenyes elváltozása a heveny fibrines diffúz hashártyagyulladás. Gyakorlatilag ez esetben melléklet az általános érlemeszesedés és a szív extrém fokú megnagyobbodása és

tágulata. A halál közvetlen oka a perforációból és hashártyagyulladásból eredő keringési elégtelenség volt.

A felperes kártérítés és járulécai megállapítása iránt kereseti kérelmet nyújtott be a bírósághoz.

A keresethez orvosszakértői véleményt csatolt. A szakértő szakvéleményében azt állapította meg, hogy a kórházi, diagnosztikai tevékenységet végző orvos részéről diagnosztikus tévedés történt, és e tévedések maradéktalan elfogadása körében a kezelőorvos téves következtetéseket vont le, ezért nem a betegségnek megfelelő kezelést alkalmazta és ez vezetett a beteg halálához.

A Megyei Bíróság rövid tényállásként közli, hogy a felperes néhai férje, 2002. november 18-án került felvételre az alperes II. belgyógyászati osztályára, ahol másnap hajnalban elhalálozott.

A Bíróság igazságügyi orvosszakértői vélemény adását rendelte el a megküldött iratok alapján.

Orvosszakértői iratokból (2003. január 14.)

A leleti részben a már fentebb áttanulmányozott iratokat idézi.

A leleti részben ezen kívül idézi az OMSZ 2002. december 12-én keltezett adatszolgáltatását: Orvos megbízásából 2002. november 18-án 10 óra 52 perckor kértek egy órán belüli szállítást. A gépkocsi hiány miatt az egy óra lejártával a legközelebb levő mentőegységnek 12 óra 15 perckor adták át a feladatot, a késedelem miatti telefonálás a menetlevélen nem került rögzítésre. A mentőegység 13 óra 10 perckor érkezett a betegfelvétel helyére. Fekve szállították a beteget a kórház II. belgyógyászatára. A kórházban az orvos 13 óra 35 perckor vette át a beteget pancreatitis acuta kórismével.

A szakértő a véleményben az előzményi adatok ismételt idézését követően megállapította, hogy néhai a máj apró göbös idült alkoholfogyasztásra jellemző májcirrhosisában (májzsugorodás), a szív mindkét kamra tágulatában, a bal kamra falának megvastagodásában szenvedett. Ezen betegségei mellett hevenyen alakult ki a nyombélfekély átfürödés és ezt követően a diffúz gennyes hashártya-gyulladás, amely halálát eredményezte. A heveny átfürödással járó nyombélfekély betegség sebészi kezelést igénylő megbetegedés. A kezelőorvos nem vett igénybe sebész konzíliumot, amely konzílium igénybevétele íratlan szakmai szabály, így a szükséges beavatkozás lehetőségét nem mérlegelte az ebben megfelelő jártassággal rendelkező szakember. Az elváltozás gyanújának felmerülése esetén sebészt kell hívni a beteghez.

A kezelőorvos a szakma szabályai szerint járt el, amikor a vélelmezett üreges szerv kilyukadására gondolva natív hasi röntgen vizsgálatot és hasi UH vizsgálatot kért. A hasi UH vizsgálatot végző orvos részéről diagnosztikus tévedés történt a hasúri folyadékgyülem fel nem ismerésekor. Az üreges szerv kilyukadásának gyanúja esetén a hasi röntgen vizsgálatot álló testhelyzetben kell végezni, mert a rekeszkupola alatt így válik láthatóvá a hasüregbe jutott levegő. Amennyiben a beteg állapota ezt lehetővé tette volna és a vizsgálat nem így történt, abban az esetben a vizsgáló orvos részéről e szabály megszegése véleményezhető. Fekvő helyzetben végzett vizsgálat esetén figyelembe kell venni, hogy az esetlegesen hasüregben levő levegő a fizika törvényeinek megfelelően nem a rekesz alatt jelenik meg. A lelet nem tér ki arra, hogy ezt a kórisme felállításakor a leletező figyelembe vette-e vagy sem. Utólag már nem rekonstruálható, hogy a meteorisztikusnak véleményezhető belek valóban azok voltak, vagy a hasüregben levő levegőt - tévesen - meteorizmusnak kórismézték, a hashártyagyulladás okozta hashártyamegvastagodás miatt. Ezt a diagnosztikus tevékenységeket végző orvos tévedéseinek maradéktalan elfogadása magyarázza a kezelőorvos részéről végül levont téves következtetést – diagnosztikus tévedést –, mely szerint a nyombélfekély átfürödés helyett epehólyag körüli gyulladást kórisméztet, és ez eredményezte a betegség megfelelő kezelésének elmaradását (sebészi feltárás, erélyes antibiotikus kezelés).

2003.07.21-én az *igazságügyi orvosszakértő kiegészítő véleményt adott*. Véleménye szerint, amennyiben tényként megállapítható, hogy röntgen vizsgálatot a fenti levélben (ügyvéd levele) hivatkozott módon végezték el, abban az esetben szakmai szabályszegés nem állapítható meg, az eredeti orvosi dokumentációban nem jelezték, hogy a vizsgálatot milyen módon végezték el. A hiányos orvosi dokumentáció képezte a téves szakértői következtetés alapját.

Összességében e hiányosságok miatt következhetett be a téves kórisme felállítása és a beteg halála. A kórházi felvételkor már igen nagy valószínűséggel fennálló kiterjedt gennyes hashártyagyulladás, megfelelő kezelés esetén is magas százalékban halálos kimenetelű. Az elhunynál meglévő apró, göbös májzsugorodás és szívnagyobbodás mindkét kamrának tágulatával a bal kamra falának megvastagodásával olyan különleges testi állapotként értékelhető, mely a gyógyulás esélyét jelentős mértékben rontotta.

Néhai egészségi állapotában 2002. november 18-19-i kezelése során új tényező a fel nem ismert nyombél átfürödés és diffúz gennyes hashártyagyulladás volt. A

boncjegyzőkönyv szerint a boncoláskor a hashártyagyulladás diffúz volt és nem letokolt. A kórház álláspontjának kifejtése során nem ismertette azt az orvosi szakirodalmat, amely a diffúz hashártyagyulladás fennállása esetén kizárná azt, mint halálokot az abban szenvedő betegnél.

A tankönyvi és szakirodalmi adatok szerint, diffúz hashártyagyulladás fennállása esetén a nem kezelt hashártyagyulladás tekinthető a bekövetkező halál okaként, amint az a boncjegyzőkönyvben is szerepel, és a betegnél fennálló idült elváltozások egyéb társbetegségek a beteg állapotát, életkilátásait ronthatják, nem pedig e helyett a beteg hirtelen halálát okozzák mellékesen.

Tényként megállapítható hogy néhai nem részesült a diffúz gennyes hashártyagyulladásnak megfelelő kezelésben, tekintettel arra, hogy az nem került felismerésre. Összességében ismételten véleményezhető, hogy a diagnosztikus tévedések, és azok miatt elmaradt kezelés, esélyt sem biztosított a beteg túlélésére. A fel nem ismert diffúz gennyes hashártyagyulladás okozta a beteg halálát.

2003.09.15-én egy másik igazságügyi orvosszakértő is adott kiegészítő véleményt, mivel a kórház képviselőjében eljáró ügyvéd véleménye szerint néhai kezelése során nem történt diagnosztikus tévedés, mert a betegségre jellemző tünetek nem jelentek meg.

Egy kórképet nem csak a legtipusosabb megjelenési formájában kell egy kezelőorvosnak (különösen nagy tapasztalattal bíró vezető beosztásban levő orvosnak) felismerni, hanem az ún. atípusos formákban is. A hasi ultrahang vizsgálat során is diagnosztikus tévedés történt, mert a diffúz hashártyagyulladást körülírtnak véleményezte a vizsgálatot végző orvos. A beteg a kórházi kezelés során többször kapott erős hatású fájdalomcsillapítót, mely a tüneteket elfedte.

Tehát összességében, ismételten az véleményezhető, hogy a kezelő és vizsgáló orvosok részéről diagnosztikus tévedések történtek.

A felkért belgyógyász - egyetemi tanár- szak-konzultánsként adott véleményt az esetről:

Vélemény: 2002. november 18-án 13óra 30perc körül került a kórházba, majd 18 óra körül felvételre a kórház belosztályára. 13 óra 53 perckor mellkasi és hasi röntgen vizsgálat történt a rendelőintézet kérésére, ahol nagyobb szívet láttak és a hasüregben szabad levegőt nem észleltek. A hasi üreges szerv perforációra utaló radiológiai jel nincs. Egy tágult bélkacs, folyadéknyívt írtak le (tehát gondoltak a perforáció lehetőségére, amelyet a röntgenvizsgálat kizárt).

2002.11.19-én 7 óra 10 perckor hunyt el, tehát belgyógyászati észlelése mindössze 18 óra volt. A beteg észlelése a felvételét követő első 10 percben megtörtént. 13 óra 53 perckor már hasi ultrahang vizsgálat történt, ahol szabad levegőt nem találtak a hasüregben, szabad hasi folyadékgyülemet sem írtak le.

A laborvizsgálat leletek 2002. 11.18. 15 óra 50 perckor:

hypokalémia 3,2; a májenzimek emelkedettek, (GOT 239 U/l, GPT 67 U/l, GGT 229U/l), amyláz 361 U/l, emelkedett bilirubint észleltek,(52,5 mmol/l, direkt 18 mmol/l), a vércukor 3,7 mmol/l alacsony.

Vérkép: 2002 11.18. Beküldő II. Bel. (mérsékelt leukocytosis) fvs: 10,9 G/l, Hgb: 132 g/l, HCT:0,421 l/l, MCV 110.1 fl, MCH: 34,5 pg, MCHC:313 g/l, Plt: 272 G/l.

0 óra körül Th: Claforan- antibiotikum, és Ulceran, valamint Zantac a gyomor védelmére, infusio Na-Clorid + Kalium 0 óra 45 perckor észlelik a hypoglikémiát (értéke nincs megadva) 100ml 40%-os glukózt i.v. kapott.

Boncjegyzőkönyvből kiemelendő, a jelentősen nagyobb szív, lép, a kis- és nagygyöbös cirrhosis, a duodenum hátsó falán fibrinnel és a májjal fedett (abba penetrált), a májhoz tapadt friss átlyukadt fekély. 1500 ml –t fibrines folyadékot nyertek a hasüregből, szövettanilag a kis- és nagygyöbös májcirrhosis igazolt. A cholecystában követ nem találtak, fala sem volt vastagabb.

A tüneteknek megfelelő vizsgálatokat végzett a vizsgáló orvos, a jobb bordaív alatt rezisztenciát tapintott, UH-t végzett, üres hasi röntgent az esetleges perforáció kizárására két vizsgálati lelet is a *szabad hasúri levegő hiányát mutatta*, így nem kellett perforációra gondolnia. A laborlelet (leukocytosis, az emelkedett transzamináz értéke, a bilirubin emelkedettség), gyulladásos folyamatra utalt (az epehólyagban követ nem észleltek). Még ajánlható lett volna a nasogastrikus szonda levezetése, amellyel az esetleges gyomorbennék eltávolítható lett volna, amennyiben hasnyálmirigy gyulladásra utal, ez ajánlható, de a helyes diagnózishoz ez sem vitt volna közelebb.

Az igaz, hogy *történt diagnosztikus tévedés*, de nem a hasúri folyadékgyülem fel nem ismerésekor, mivel azt a radiológiai vizsgálatok nem igazolták. A másfél liter folyadék a nagy elődomborodó hasban általában fizikálisan nem tapintható, nem észlelhető. A boncjegyzőkönyvben az szerepel, hogy az elhunyt „korpulens” azaz túlsúlyos, (kövér volt) ilyen személynél ennyi hasúri folyadék UH-val álló helyzetben sem mindig látszik.

A hasi röntgent álló helyzetben kellett volna végezni, amennyiben a beteg képes állni, a leírás szerint „elesett állapotban volt” amiből arra lehet következtetni, hogy nem volt képes rá.

A beteg felvételekor gondoltak hasüregi perforációra, ez helyes volt, mivel a vizsgálati leletek azonban nem utaltak sebészi megbetegedésre, ezért sebészi konzílium nem volt szükséges, és a sebészi konzílium sem vitte volna előre a diagnózis felállítását, hiszen a sebész is a fizikális, ultrahang és röntgen vizsgálat eredményére támaszkodik. Az alperes a tüneteknek megfelelő diagnózist állított fel, a tünetek azonban a tényleges helyzetnek nem megfelelőek voltak, hiszen a - minden bizonnyal fedett - perforált nyombélfekély nem került kórismézésre.

A fedett perforáció nem kövér és nem elesett állapotú beteg esetében is jelentkezhet atípusos tünetekkel, és gyakran nem ismerhető fel. Ilyenkor a folyamatos megfigyelés a teendő. A néhai esetben elvégezték a hasi ultrahang és hasi röntgen vizsgálatot, a laborvizsgálatokat és a fizikális vizsgálatot, de ezek egyike sem utalt perforációra. Feltehetően azért nem volt felismerhető, mert a perforáció még a felvételét megelőzően (akár éjjel) a hasi panaszok jelentkezésekor történhetett, amelyet a nagyobb máj fedett (elnyomott) és feltehetően azonnal a fekély szélei a máj felszínéhez (hashártya borítékához) tapadt, és mire az orvosi vizsgálatok történtek a perforációs jelek nem voltak észlelhetők.

A terápia a tüneteknek és a felállított diagnózisnak megfelelő volt.

Ha a perforáció felismerésre kerül, műtétet kellett volna végezni. Az elhunynál a kifejezetten nagy szív (ún. ökörszív), a májcirrhosis, súlyos májkárosodás, általános pangás a műtéti kockázatot jelentősen megnövelte, így a megfelelő diagnózis felállítása, és a műtét elvégzése esetén nagy a műtéti kockázat, így nem biztos, hogy elkerülhető lett volna a halála.

Mivel a felperesnél a hypokalémia, azaz alacsony kálium szint és a hypoglikémia, azaz alacsony vércukorszint a máj igen előrehaladott károsodása talaján jöhetett létre, nagyon szigorú ellenőrzés mellett és hosszabb műtéti előkészítés után lehetett volna csak a műtét elvégzése, feltehetően abban az időpontban, amikor a beteg már meghalt.

Az elhunynak a perforációtól függetlenül is annyi betegsége volt, hogy életét bármikor elveszthette volna, ezért műtéti előkészítés ilyen beteg esetén hosszabb időt vesz igénybe, és feltehetően a műtetre csak a reggeli órákban kerülhetett volna sor, amikor a beteg halála már bekövetkezett.

Az a boncjegyzőkönyv alapján is megállapítható, hogy az elhunynál a perforáció fedett volt. A máj állapotához szabad hasúri folyadék társulhat, tehát a teljes hasúri folyadék feltehetően nem a perforált bélből eredő gyomor ill. béltartalom (szalmasárga!), hanem a májbetegség másodlagos következményeként kialakult ascites (szabad hasúri folyadék). A folyadék zavarossága, fibrines volta arra utal, hogy a perforáció órákkal előbbi keletkezése valószínűsíthető, hiszen a fibrin kialakulásához idő kell. Ez is azt támasztja alá, hogy a perforáció még otthon történhetett, és ezt követően lett fedett, már az orvosi vizsgálatok idejére. Az elhunyt kórboncolásnál talált egyéb betegségei önmagában is elegendőek lettek volna a halál bekövetkezéséhez az adott időpontban, a betegség felismerését a korpulens alkat, és a máj nagyfokú nagyobbodása hátráltatta.

A halál közvetlen oka a kórbonctan szerint a pangásos szívelégtelenség, az alapbetegség pedig az alkoholos májzsugorodás, amelyben a hashártyagyulladás megelőző okként, azaz alkalmi kiváltó tényezőként játszott szerepet. Tehát az amúgy is jelentősen károsodott keringésvizsgálatban, esetlegesen ritmuszavar is kialakulhatott, hiszen már a felvételekor hypokalémia van, amely ritmuszavart okozhat, és a hasi folyamat még tovább súlyosbította az állapotát.

Az alperes a felperes elhunyt férjének kezelésekor ugyan diagnosztikai tévedést követett el, de ez a tévedés az alperesnek nem róható fel. Az agresszív diagnosztika (gyomortükrözés) az elhunyt állapotában helyes lett volna, az egyéb megbetegedések miatt. A gyomortükrözéssel felfedezhető lett volna a helyes diagnózis, de ennek a vizsgálatnak is van kockázata, és a jelen esetben a beatvakozás kockázata nagyobb volt, mint a beavatkozás elmulasztásával járó kockázat. (A gyomor felfújásával a fedett perforáció nyílttá válhat, és a tükrözés különösen ilyen nagy szív mellett ritmuszavarokat okozhat.)

„Véleményem az, hogy az alperes az Egészségügyi törvényben megfogalmazott legnagyobb gondossággal járt el a szakmai és etikai szabályok betartásával”.

Összefoglalva

A tüneteknek megfelelő vizsgálatokat végzett, ezeknek megfelelő diagnosztikai eszközöket alkalmazott a vizsgáló orvos: a jobb bordaív alatt rezisztenciát tapintott, ultrahang vizsgálatot végzett, üres hasi röntgent az esetleges perforáció kizárására. Két vizsgálati lelet is a szabad hasúri levegő hiányát mutatta, így nem kellett perforációra gondolnia.

Igen, történt diagnosztikus tévedés, de nem a hasúri folyadékgyülem fel nem ismerésekor, mivel azt a radiológiai vizsgálatok nem igazolták.

A kórház tehát nem tagadja, hogy diagnosztikus tévedés történt. A beteg tünetei atípusosak voltak, amely a valódi kórképet elfedte. A szolgáltató alperes a közvetítői eljárás megajánlását visszautasította, mivel a rendelkezésre álló adatok alapján az alperes az 1997 évi CLIV. törvényben megfogalmazott legnagyobb gondossággal a szakmai és etikai szabályok, irányelvek betartásával járt el a beteg kezelésekor.

Az eset értékelése

Az alperes kórház elismerte diagnosztikus tévedését, de véleménye szerint az orvostudomány jelenlegi állása szerint végezték el a téves diagnózishoz vezető vizsgálatokat. Sajnos előfordulnak esetek, amikor a „betegség nem tanulja” a tankönyvet. Az alperes szolgáltató elutasította a közvetítői eljárást, mivel nem érezte magát vétkesnek.

2.2. Második eset

48 éves (könyvelő ezt megelőzően gyors-és gépíró) felperes 1998. február 18-án balesetet szenvedett oly módon, hogy hátramenetben az autó kormányra visszapörgött, és csuklója beszorult a kormány alá. A baleset után a felperes gyógykezelése az alperesnél történt, amelynek során a sérült kézre két esetben gipszrögzítést helyeztek fel. A felperes kezének állapota azonban nem javult és jelenleg az erős fájdalmak miatt csuklójának merevítését javasolták megoldásnak

Álláspontja szerint az alperes a gyógykezelés során az 1998. június 2-án elvégzett gipszrögzítéskor nem a szakmai előírásoknak megfelelően járt el, és a kezének jelenlegi állapota ezzel hozható okozati összefüggésbe.

Az alperes érdemi ellenkérelmében a kereset elutasítását kéri, álláspontja szerint a felperes balesete utáni gyógykezelése és a kezének jelenlegi állapota között okozati összefüggés nem áll fenn, tekintettel arra, hogy a felperes jelenlegi állapota sorsszerű megbetegedés következménye.

A felperesnek, a kórház alperes ellen kártérítés iránt indított perében a Bíróság elrendelte a felperes *igazságügyi orvosszakértői vizsgálatát*, melynek értelmében őt az Igazságügyi Intézetbe beidézték, megvizsgálták, iratait, orvosi leleteit áttanulmányozták, ezek alapján leletüket és véleményüket az alábbiakban közölték.

A szakértőnek az alábbi kérdésekre kellett választ adnia:

- 1.) A felperes gyógykezelése – különös tekintettel az 1998. VI. hó 02-án elvégzett gipszelés – során az alperes a szakmai előírásoknak megfelelően járt-e el, vagy megállapítható-e a gyógykezelés során szakmai hiba?
- 2.) Határozza meg a szakértő a felperes bal csuklójának jelenlegi állapotát, javulás várható-e vagy megállapítható-e maradandó egészségkárosodás?
- 3.) A felperes bal csuklójának jelenlegi állapota összefüggésben van-e az alperesnek a felperes gyógykezelése során elkövetett esetleges szakmai hibájával, ha nem, a bal csukló jelenlegi állapota mire vezethető vissza?

A bíróság által rendelkezésre bocsátott orvosi iratokból:

A kórház által rendelkezésre bocsátott iratokból: Traumatológiai és Radiológiai Osztály.

1998.03.27. Egy hónapja megütötte a kezét. Status: a bal csukló os naviculare felett nyomásérzékenység.

Rtg: a bal naviculare, az os scaphoideium distalis harmadában törésgyanús vonal látható.

Kórisme: a kéz sajkacsontjának törése. Gipszrögzítés, házi betegápolás oktatása.

Vélemény: Obs. ad fract. navic. I. s. Terápia: navic. gipsz. Kontroll 2 hét múlva.

1998. 04. 10. Radiológiai kontroll: a bal naviculare 4 irányú felvételen fractura nem látható.

Traumatológiai kontrollt: A bal csuklóizület még fájdalmas. Dg: A csukló és kéz egyéb részeinek zúzódása.

Beavatkozás: gipszkötés eltávolítása, gipszrögzítés, gipszkötés átpólyázása.

Vélemény: gipszlevétel. Rtg. kontroll: törés nincs. Panaszai fájdalma miatt Benett típusú gipsz 4 hétre. 4 hét múlva kontroll.

1998.05.12. Traumatológiai kontroll. Diagnózis: A csukló és kéz egyéb részeinek zúzódása.

Beavatkozás: gipszkötés eltávolítása.

Vélemény: gipszlevétel, javasolt aktív torna, fizioterápiára utalva.

1999.07.02. Radiológia: Nagyított navic sor. Az os naviculare friss fractura nem látható, pseudo arthrosis nem látható. Az os naviculare kp. distalis harmada határán a radiális oldalon a kontur sclerotikusabb. Az *intercarpalis* és *carpo-metacarpalis* ízületekben *arthrosis*.

1999.10.19. Radiológia. A bal csukló 4 irányú felvétele: A carpo-metacarpális ízületben arthrosis. Fractura nem látható. A csontok porotikusak.

2000.03.08. Radiológia: bal csukló 2 irányú felvétel, a radícarpális és carpo-metacarpális ízületekben arthrosis vannak. A kéztőcsontokban mérsékelt fokú mészes szegénység.

2002.06.25. Traumatológia ambulancia kontroll:

4 évvel ezelőtt volt csuklósérülése, bal csuklója, azóta szinte teljesen lemerevedett.

Status: A bal csukló mérsékelt duzzadt, minden irányban csak minimális, fájdalmas mozgások.

Rtg: Bal navic sor: *a kéztőcsontok gyakorlatilag egymással fuzionáltak, a proc. stil. radii kihelyezett. Előrement radio-carpalis és intercarpalis arthrosis.*

Terápiás javaslat: Radius styloidectomia esetlegesen a mozgásokon javíthat. Az ízület elmerevítése a fájdalmakat megszüntetné.

Diagnosis: Arthrosis radio-carpalis et intercarpalis l.s.

Orvosszakértői iratokból:

Országos Orvosszakértői Intézet Orvosi Bizottság (továbbiakban OOSZI OB) irataiból:

2002.09.18. I. fokú Orvosi Bizottság

Kórisme: Gastrooesophágéalis reflux oesophagitissal, az egyik felső végtag csontjainak több tájékon levő törése, egyéb másodlagos arthrosis, egyéb spondylosis, neurasthenia.

Munkaképesség csökkenés: 40 %

Indokolás: 4,5 évvel ezelőtt bal csuklótáji sérülést szenvedett, naviculare törés miatt gipszrögzítés, majd hosszas utókezelés történt. Bal csukló gyakorlatilag merev, a bal kézen szorítóerő az ellenoldali felére csökkent. Egyéb érdemi eltérést a betegnél nem észleltünk. Gyökéri tünet, számottevő mozgáskorlátozottság vagy érdemi bel-szervi eltérés nincs.

Vélemény a rehabilitációhoz: Jó bal kéz funkciót igénylő nehéz munkakör nem javasolt.

A státuszban szerepel: A bal csukló duzzadt, körfogata 17 cm, jobb csukló 16 cm, a bal tenyér 19 cm, a jobb tenyér 20.5 cm, bal kézzel szorít, gyűrűképzés az I-s V. ujjal bal kézen nem vihető ki, a többi ujjal is gyengébb erővel. A bal csukló csaknem teljesen merev, minimális 1-2 fokos mozgás vihető ki, csuklótáj nyomásérzékeny. Többi felső végtagi ízületen alaki, funkcionális eltérés nem észlelhető, csuklórögzítőt visel.

A határozatot a beteg megfellebbezte.

2002.11.27. II. fokú Orvosi Bizottság

Kórisme: Egyéb spondylosis. Gastrooesophágiális reflux oesophagitissal, neurasthenia, egyéb másodlagos arthrosis, egyik felső végtag csontjainak több tájékon levő törése. St. p. appendectomiam et cholecystectomiam.

Munkaképesség csökkenés: 40 %.

Indokolás: Tápláltsági állapota jó, keringése kompenzált, a bal csukló merevségén kívül lényeges mozgáskorlátozottság nem észlelhető. Állapotát rontja neurotikus zavara, emiatt szorongáscsökkentő kezelésben részesül. Egzisztenciális nehézségekről számol be, jelentősebb munkaképesség csökkenés nem véleményezhető.

Az iratok között található egy *másik igazságügyi orvosszakértő véleménye*, amelyben az szerepel, hogy a bal csukló ízületi elváltozásai irreverzibilisek. A fájdalom megszüntetésére és a kéz használhatóságának javítására a csukló funkcionális helyzetben való arthrodesise végezhető. A beteg terápiájában több kezelési hiba is történt, melyek felelősek lehetnek a rokkant állapotért.

A baleset napján 1998. február 18-án délután a kórház ambulanciáján elmulasztották rtg felvétel készítését, amely késleltette a szakszerű kezelés elkezdését. Rtg. felvétel készítése nélkül törés biztonsággal nem zárható ki.

Az 1998. március 27-én történt ismételt vizsgálatkor a röntgenleleten a bal oldali sajkacsont törése nem került leírásra, az ellátó orvos saját megítélése és a beteg panaszai alapján a panaszokat a sajkacsonttörésnek vélte, és ennek megfelelően gipsz felhelyezését rendelte el.

Az 1998. március 27-én történt *gipszelésnél nem volt jelen orvos*, a gipszet műtőssegéd helyezte fel egyedül, és a gipszelés befejeztével a gipsz helyességét a megfelelő ízületi beállítást orvos nem ellenőrizte. A helytelenül felhelyezett gipsz a panaszok fokozódását eredményezte és később a gipsz miatti kontroll vizsgálat a jelentkezésekor sem történt, a gipsz meglazításán kívül egyéb korrekció. A törés nem kellő időben való diagnosztizálás és a helytelen gipszelés miatt kb. három hónap alatt irreverzibilis ízületi elváltozások alakultak ki, amelyeken a reumatológiai kezelések javítani nem tudtak. Jelenleg egy csökkent funkciójú állandó fájdalmakat okozó bal kézzel állunk szembe, melynek károsodása végleges, illetve annak progressziója várható.

Összegezve a beteg által a gyógykezelésről elmondottak és a rendelkezésre bocsátott leletek alapján a gyógykezelésben több hibás lépés is történt, melyek a fenti pontokban kerültek részletezésre és az egészségkárosodás kialakulásában szerepet játszhattak.

2002. szeptember 3-án a Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinikán orvos vizsgálta, és arthrodosis műtétre előjegyezték.

Kórisme: Arthrosis radiocarp. et intercarp l. s. A műtétre végül is nem került sor, mert ekkor volt a beteg mandula műtéte. Kezét végül is ezért nem műtötték meg.

A csatolt orvosi iratokon kívül bemutatja X kórház zárójelentését, amely 2002. május 31-én kelt a Városi Fürdő Komplex fizioterápiás kezeléseiről. A zárójelentés anamnézisében az szerepel, hogy a DEXA osteopeniát mutat, diffúz gerinc fájdalmai vannak.

Felvételi mozgás státusz: a bal csukló mozgások kifejezetten beszűkültek, fájdalmasak. Mérsékelt interosseus atrophia, megtartott lumbalis lordosis, csigolyák feletti ütögetési érzékenység, anteflexió 30, lateroflexió 10, retroflexió 10 fok. Paralumbalis izomzat spasztikus, Lasegue mko végállásban jelzett. Alkalmazott gyógymód Ritex pakolás, IF-vállövek, derék, kéz kisizmok szelektív inger, gerinctorna massage, tangentor. A Dionin iontoforézistól allergiás tünetei jelentkeztek, ezért azt elhagyták. Távozáskor bal csuklófájdalmai még vannak, csuklómozgás korlátozottság még továbbra is fennáll. Emiatt esetleg kézsebészeti vizsgálata indokolt.

A beteg bemutatja a fizioterápiás kezelőlapokat, amelyek tartalmazzák a kapott kezeléseket. Elmondja, hogy a bal csuklója gyakran beduzzad, fájdalmas, különösen jelentkezik ez akkor, ha a munkakörében egy aktát kell megemelnie, de nem nagy súlyú, de mégis ez problémát jelent. Ezen kívül a számítógépet, mint könyvelőnek rendszeresen kezelnie kell, eredetileg tíz ujjal gépel, hiszen gépiró az eredeti foglalkozása, és a tíz ujjas géplelésnél a bal kezét nem tudja jól használni, mivel azt fel kell emelni, akkor néhány perc után már kifejezett fájdalmak jelentkeznek, estére beduzzad, bedagad.

Falusi kertés házban lakik, ahol a házkörül számtalan két kézzel végzendő fizikai munka van, nem csak a házon belül, a háztartásban is. Ott is szüksége lenne mindkét kezére és annak funkciójára, ott sem tudja ellátni a munkát. A mosogatásnál pl. a bal kezét nem tudja kellően fordítani, egy lábast nem tud megtartani. Sokszor kiesik a kezéből, amit tartania lenne szükséges, nem tud ablakot tisztítani, porszívózni. Mosásnál nem tud kicsavarni egy ruhadarabot.

A külső munkák közül a házhoz tartozik zöldséges és gyümölcsöskert, korábban termesztettek zöldbabot, uborkát és egyéb zöldségeket, amelyeket elvitt a piacra, most

még saját maguknak is meg kell vennie az otthon termesztett zöldségeket, most mezőgazdasági jellegű munkát egyáltalán nem tud végezni. A munkahelyén azért is jelent ez problémát, mert nehezebben tud vele dolgozni, azt mondják, hogy lassú, és emiatt nem tud megfelelni a munka követelményeinek. Fél, hogy itt is meg fog szünni a munkahelye, ahova a Munkaügyi Központ helyezte el egy évre és támogatással, ezért tartják még, de később nem tudja mi lesz. Nagyon sokszor túlórában látja el munkáját, mert a rendes munkaidő alatt nem tudja elvégezni. Tömegközlekedési eszközt nehezen tud használni, hiszen a buszon nem tud kapaszkodni, mert csak a jobb kezével tud kapaszkodni, másik kezével viszont támaszkodni kellene vagy esetleg bármit, például a táskáját is vinni kellene. A lakóhelyétől 25 km távolságra fekvő helységben lakik, így naponta kell buszoznia, ez kifejezett nehézséget okoz. Lelkileg is nagyon megviselte ez az egész folyamat, mert egészen 2002-ig bízott abban, hogy majd csak javul az állapota, mivel az orvos azt mondta, hogy a kéztőcsontok gyógyulási folyamata nagyon lassú, járt fizioterápiás kezelésekre és mindig azt várta, hogy javulni fog, majd 2002-ben, amikor orvos vizsgálta, akkor lett egyértelmű számára, hogy kezét csak elmerévíteni lehet. Nagyon elkeseredett emiatt, így nem tudja a munkáját úgy ellátni, mint eddig, és ennek pszichés hatásai is vannak. 2001-ben munkakörét is megszüntették, mert már akkor is lassú volt, és ezért azt is összefüggésbe hozza azzal, hogy rosszul kezelték a kezét. Alvászavara van, nem tud aludni csak altatóval, egyébként is ideges.

A felperesnek, a kórház alperes ellen kártérítés iránt indított perében a felperes *igazságügyi orvosszakértői és traumatológus-kézsebész szakorvosi vizsgálata, iratainak, röntgenleleteinek áttanulmányozása alapján a Bíróság által feltett kérdésekre az alábbiakban válaszol.*

A baleset után készült rtg. felvételek tanulmányozása alapján biztonsággal állítható, hogy a felperesnek *sajkacsont törése (scaphoideum, naviculare) szalagsérülése a vizsgált időszakban nem volt.* A felperes gyógykezelése során az alperes a szakmai előírásoknak, a terápiás elveknek megfelelően járt el. Ezek írják elő, hogy törésyanú esetén 1-2 hét után ismételni kell a rtg. felvételt. Az alperes javára írható az is, hogy tartós ízületi probléma esetén rögzítő kezelést vezetett be.

Ami kifogásolható - amennyiben igazolható- hogy a gipszkötés felhelyezésénél nem volt jelen orvos, illetve ha a gipszkötést a felhelyezés után sem ellenőrizte orvos. Ugyanakkor megállapítható, hogy a felperest a gipszkötés szövődményeiről, a szükséges

teendőkről kioktatták. Ennek ellenére csak napokkal később jelentkezett az ellátónál. A gipsz felvágása illetve meglazítása időben történt.

A felperes által is leírt tünetekből az véleményezhető, hogy a "szoros" gipsz késői következményt nem okozott, mivel a gipsz-szorítás következtében szövetelhalás, enyhébb esetben izületi kontraktura alakul ki rövid időn belül, amely elváltozás a felperesnél nem volt tapasztalható. Tehát a jelenlegi állapot nem a gipszrögzítéssel hozható okozati összefüggésbe, akkor sem, ha a gipsz felhelyezésének körülményei kifogásolhatók.

Kis csontok törésénél a diagnosztika nehéz, de ismételt, megfelelő irányú rtg. felvételekkel megvalósítható, Ez jelen esetben megtörtént, a törést kizárták, a rtg. felvételek utólagos áttekintésekor sem észlelhető törés.

A felperes bal csuklója jelenleg gyakorlatilag merev, a csuklóizületben súlyos fokú elfajulásos elváltozás állapítható meg, *az állapot maradandó illetve javulás nem várható.* A maradandó egészségkárosodás mértéke *40 %-os munkaképesség csökkenéssel fejezhető ki.* Az állapotában változás várható, ha a fájdalomosság elviselhetetlen mértékű lesz, akkor *javasolt a csukló elmerevítése,* amely a csukló mozgásképességén javítani nem fog, csak a fájdalomosság csökkenhet. Azonban meg kell jegyezni, hogy egy ilyen műtétnek is van kockázata.

A felperes csuklójának merev állapota miatt nem képes a mindkét kéz jó funkcióját igénylő feladatok elvégzésére. Így orvosilag alátámasztható az, hogy a munkavégzéskor a kisebb terhek emelése is nehézséget okoz, akkor fájdalom, duzzadás jelentkezik, valamint a két kézzel történő gépelésnél, számítógép kezelésnél a bal csukló fájdalomossága, fáradékonysága, mozgásának korlátozottsága miatt ezt foglalkozásszerűen nem képes üzni, olyan értelemben, hogy a jobb kezét képes használni a számítógép kezelésben, amely azért okoz nehézséget, mert gépiróként tíz ujjal tanult meg gépelni, tehát a jobb kézzel nagyon nehéz átszokni arra, hogy az egyébként bal kezével ütött billentyűket képes legyen jobb kézzel működtetni. Tehát a munkakör ellátásához ereje különös megfeszítése szükséges, illetőleg feltehetően ez több időt vesz igénybe, mint e sérülés következmény nélkül volna.

A felperesnél a bal csukló megbetegedésen kívül a gerinc elfajulásos elváltozása, epeműtét, vakbélműtét utáni állapot áll fenn, *össz-szervezeti munkaképesség csökkenése az OOSZI Orvosi Bizottságainak megállapításával egyezően 40 %-ra véleményezhető.* A munkaköri alkalmatlanság azonban kizárólag a bal csukló elváltozás következménye, egyéb betegségeivel eredeti munkakörét is, egyéb házköri munkákat is el tudná látni.

Összefoglalva:

A bal csukló jelenlegi állapota az alperesnek a felperes gyógykezelése során tanúsított magatartása között okozati összefüggés nem állapítható meg. Tekintettel arra, hogy a kéztőcsonttörés, és a súlyos szalagsérülés kizárható, a jelenlegi vizsgálat alapján *alaposan feltételezhető az, hogy nem a sérülés illetve annak következményei tehetők felelőssé a jelenlegi állapotért, hanem egy sorsszerű, természetes megbetegedés, a bal kéz kisizületeinek reumás eredetű gyulladása.* Ezt támasztja alá a normális laborleletek ellenére a radiológiai elváltozás, amely a laboratóriumi vizsgálatoknál specifikusabb, azaz az adott kórképre jellemzőbb.

A sérülés utáni elváltozásoknál (törés, szalagsérülés) a rögzítés néhány hét alatt csökkenti a panaszokat, jelen esetben a panaszok a rögzítés mellett is fokozódtak, a “szoros gipszkötés” adott helyzetben nem okozhatta a panaszokat. A sérülés utáni elfajulás a posttraumás arthrosis hosszú évek alatt alakul ki, a kéz vonatkozásában nem terjed ki ennyi izületre. A jelen esetben 17 hónap alatt rtg. felvétellel igazolt rendkívül súlyos elfajulás (arthrosis), illetve csontkárosodás (destrukció) alakult ki a csuklóban, a kéztőizületekben, illetve a kézközépcsontok izületeiben.

Az eset értékelése:

Hasonlóképpen ellentmondó szakértői vélemények ütközése után, mint ahogy az első esetben is történt, a bíróság kirendelt igazságügyi szakértője, a kialakult állapotot sorsszerű megbetegedésnek véleményezte, és nem talált ok okozati összefüggést az ellátás és az egészségkárosodás között, annak ellenére, hogy a szolgáltató elmarasztható a megkifogásolt gipszfelhelyezés miatt. Mivel az alperes meg volt győződve arról, hogy egészségkárosodást okozó mulasztást nem követett el, a medicíós eljárás szóba sem került.

2.3. Harmadik eset

19 éves fiatal lányhoz hívták ki a mentőt. A hívást leadó elmondása szerint állítólag néhai rosszulletet követően fürdőkádban elcsúszott, eszméletlen. A mentőszállító *kiérkezésekor* a megadott helyen, *eszméleténél van, támogatva önállóan jár.* A mentő személyzete előzetesen a rosszulletet nem látták, pontosan nem is tudták, hogy mi történt,

de közben a néhai sápadttá vált, falfehér, hideg nyirkos tapintású a bőre, hyperventillált. Radiális pulzus nem volt tapintható vérnyomás sem volt mérhető. A feltett kérdésekre eleinte elég pontosan válaszolt erős motoros izgatottság volt látható a végtagjain. Pupillák egyformák, közepesen tágak, fényre akciók jók. Hirtelen légzése felületessé vált, pupillái fénymerevekké váltak, eszméletét veszítette, carotis nem volt tapintható, és 3-4 terminalis légzés után exitált. Ezt követően reanimációt kezdtek el és orvosi segélykocsit kértek, amely 16 óra 28 perckor a helyszínre érkezett (bejelentés: 16 óra 04 perc).

A helyszínen lévők elmondják, hogy a kislány nem helybéli lakos, vendégségben van, körülbelül két-három hete pleuritis miatt állt orvosi kezelés alatt. Délelőtt erős fejfájása volt, emiatt állítólag orvosi ügyelet a délelőtt folyamán kint volt nála, de nem küldte intézetbe. Jelenlevők elmondása szerint mellkas kompressziót végeztek még a mentő kiérkezése előtt, amelynek hatására eszméletét visszanyerte, spontán tevékenységre képes volt.

Dr. X felperesnek, az Országos Mentőszolgálat és társai alperesek ellen kártérítés iránt indított perében a Bíróság igazságügyi orvosszakértői bizonyítást rendelt el, mivel *a felperesek álláspontja szerint* 1997. Január 26-án néhait az I. r. alperes alkalmazottai, valamint az utánuk helyszínre érkező ügyeletes orvos (II. r. alperes) nem megfelelő gondossággal részesítették ellátásba a néhait, és ezen magatartásuk és a beteg halála között ok- okozati összefüggés áll fenn.

A kezelő orvos által adott néhai kórtörténeti előzménye:

1997. 01 13. 17 óra 30 perc. Jobb mellkasa légzése nagyon fáj, lázas volt. Status: Garat negatív. Pulmo: érdekesebb légzés mko. Dg: Mellkasi fájdalom. Th: Ceclor 500, Algopyrin, Sinecod.

1997.01.13. 20 óra 10. Hívás. Mellkasi fájdalma nem szűnik. St. idem, mellkas rtg-re utalva. Terápia: 1 ampulla Contramal.

1997.01.14. Mellkas Rtg lelete: „T.” városi Rtg szakrendelés 1997.01.14. Irány Dg: Pleuritis l.d. Pneumonia: l.d.

Mellkas átvilágítás: Éles conturu rekeszek, jobb oldalon a rekesz a nagyrés irányában csipkézett, rekesz-mozgás kissé renyhébb, de mellkasi folyadék nincs, a rekesz fölött ventro-laterálisan csekély intenzitású kötegárnyék látható. A tüdő baloldalon tiszta, a szív normális nagyságú, vascularizáció megtartott. A vélemény: A rekesz csipkézettség

régebbi pleuritis következménye, *de a kötegezetség friss peribronchialis infiltrációnak véleményezhető*, antibiotikus terápia után kontroll átvilágítás javasolt.

Th: Contramal caps. Ceclor 500.

1997. 01.19. Rendelés. Ellátás oka: üdülő. Panasz: sokat javult. Status: pulmok negatív, hallgatózási lelet. Beutalás mellkas röntgenre. Kontroll vizsgálat: Pleuritis ld.

1997.01.24. „T” városi Röntgen és Ultrahang diagnosztika: *Kontroll mellkas átvilágítás: a kontroll vizsgálatkor a rekesz-mozgás jó, de jobb oldalon a rekesz csipkézett és fölötté csekély intenzitásos kis kötegezetség is látható. Mellkasi folyadék nincs. Az előző vizsgálathoz képest a gyulladós folyamat regressziót mutat.*

A felperes által benyújtott keresethez csatolt a középiskola (olvashatatlan a pecsét egyéb része) igazolása arról, hogy a beteg hiányzásai: Január 7-én az 5. 6. óra, 10-én a 6. óra, január 14-én, 15-én és 16, 17-én összesen orvosi igazolással 25 órát igazolt a tanuló. 16-án lett volna testnevelés órája, de azon nem vett részt. Január 23-án a 8. rajzóráról igazolatlanul volt távol, 24-én 8 igazolt hiányzása van.

Az Országos Mentőszolgálat által rendelkezésre bocsátott iratokból:

OMSZ adatfelvételi lap szerint 1997.01.26-án a 19. éves nőbeteg, fürdőkádban megcsúszott, állítólag eszméletlen.

Bejelentés ideje 15 óra 41 perc. A 82-es mentő orvost kér 16 óra 03 perckor.

Orvosi ügyelet értesítve vette Dr.

Eset-gépkocsinak átadva.

Exitus miatt 17 óra 20 perc a rendőrség értesítve. Mentő gépkocsi kiindult 15 óra 42 perckor. (A MATÁV híváslista igazolása szerint a mentőhívás 1997.01.26-án 15:36:59-kor történt. A beszélgetés hossza 48 másodperc).

Esetlap: Napló tételszám 581.

1997. január 26.

Bejelentés 15 óra 41 perc. Indulás 15 óra 42 perc Helyszínre érkezés 15 óra 52 perc
Helyszínről indulás 19 óra 10 perc

Állomásról indul orvos, mentőtiszt Dg: Exitus. Th reanimáció. Segélykocsi hívás 16 óra 03 perc, érkezés 16 óra 28 perc. Rendőrség 17 óra 20 perc. Érkezett 18 órakor.

A beteget 01.26-án 16 óra 8 perckor exitus kórismével átvettem. Dr. M. R

Esetleírás: 37 orvosi segély, 16. Órakor

ES áttolható légút biztosítás reanimáció. Veszteglés 16 óra 09 perctől 19.09 oka helyszíni reanimáció, rendőrségre várakozás.

Az adatfelvételi lap hátoldalán a leírás szerint (kézzel írva, rosszul olvasható). Állítólag rosszullét, fürdőkádban elcsúszott, eszméletlen. Kérkezéskor a megadott helyen bent a lakásban elájult, eszméleténél van. Támogatva önállóan jár. Rosszullétet nem láttuk, pontosan nem tudjuk, hogy mi történt. Sápadt, falféher hideg nyirkos tapintású a bőre. Hyperventillál. Radiális pulzus nem lehet tapintani, vérnyomást sem lehet mérni. A feltett kérdésekre eleinte elég pontosan válaszol, erős motoros izgatottság látható végtagjain. Pupillák egyformák, közepesen tágak, fényreakciók jók. Hirtelen légzése felületessé válik, pupillái fénymerevek lesznek, eszméletét veszti. 3-4 terminális légzés után carotist sem lehet tapintani. Ezt követően reanimációt kezdtünk el, orvosi segélykocsi kérés. 16óra 28 perckor mentő 15/31-es megérkezik, bekapcsolódnak az újraélesztésbe. 17 óra 12 perckor sikertelenség miatt újraélesztést abbahagyták. A kikerkező orvos exitust állapít meg, a beteget helyszínen hagyjuk. Kérdésünkre elmondják, hogy a kislány nem idevaló lakos, vendégségben van, kb. 2-3 hete pleuritis miatt állt orvosi kezelés alatt. Délelőtt erős fejfájása volt bal oldali szemöldök fölött meggymagnyi haematoma és kb. 10 cm-es horzsolt seb látható, mely már hegesedett. Hason, fartájékon, combokon régen történt égési sérülés nyomai láthatók. Állítólag orvosi ügyelet a délelőtt folyamán volt kint nála a fejfájás miatt, de nem küldte intézetbe. Jelenlevők elmondása szerint mellkas kompressziót végeztek még a mentő kikerkezése előtt, amelynek hatására eszméletét visszanyerte, spontán tevékenységre képes volt.

Bejelentés ideje 15 óra 41 perc.

Indulás 16 óra 04. Helyszínre érkezés 16 óra 28 perc Helyszínről indulás: 17 óra 28 perc

Átadási helyre érkezés: 17 óra 28 perc.

Idegen elsősegély : 15 óra 15 perc

Anamnezis: Két hete pleuritis, ma fájt a feje.

Terápia: Endotracheális intubáció, O₂-vel intubáltan ambuval lélegeztetve, bal. V.subclavia penetráció R-L szívkompresszió, Tonogén 4 a i.v.

Anamnézis: Állítólag 15 óra 30 perckor lakáson fürdőszobában rosszul lett, elesett, eszméletét veszítette rövid ideig. Kikerkező 82-s kocsis személyzete, eszméletlenül találja felöltözve, gépkocsiba elhelyezés után (ápoló elmondása) ismét eszméletvesztés, keringés, légzésleállítás. Pupillák azonnal kitágultak, fényre nem reagáltak. Haladéktalanul újraélesztést kezdenek, és segélykocsit hívnak. 16 óra 28 perckor a helyszínre érve: tág

fénymerev pupillák, carotis nem tapintható, ambuval lélegeztetve. Garatban híg kevés váladék, azonnal endotracheális intubáció (endotrachealis leszívás során kevés váladék szívható le). Újraélesztés mellett bal oldali v.subclavia punctio, R-L infúzió, ismételve 5 percenként 1 a Tonogént kezelést alkalmaztak, 100 % oxigénnel Ambu-S lélegeztetéssel. Szív kompresszió mellett az EKG-n észlelt elektromos tevékenységet nem észleltek, carotisok nem tapinthatók, pupillák végig tágak, fényre nem reagálnak. Anyzocoria nincs. Atonia, areflexia, laza tarkó. A folyamatos újraélesztés mellett elektro-mechanikus disszociáció, asystolia 17 óra 12 perckor exitus letalis (nagyon rosszul olvasható fénymásolt, kézzel írt lelet). A rendőrség értesítve.

Az iratok között található a néhai 1997. január 29-én készült boncjegyzőkönyve. Boncolta bűnügyi orvosszakértő.

Boncjegyzőkönyv adataiból:

Az agy súlya 1450 g, az agyállomány főtt tészta tapintatú, az öreglyuk lenyomata az agyalapon kifejezetten látszik. A velőállomány duzzadt csillogó. A szívkuhártya kötőszövetes lemezében a jobb kamra hátsó falának területében elszórtan néhány tühegnyi lencsényi petecses vérzés. A szív üregeiben a vér élénk cseresznyepiros. Bal szívkoszorúerek keresztmetszete szűkebb és az elülső fal leszálló ága két ágra oszlik. A jobb koszorúverőér főtrözsze is szűkebb a szokásosnál.

Csecsemőmirigy 4,5 cm x3,5 cm x 1-1,5 cm nagyságú. A mirigyes rajzolat felismerhető.

A boncolás során a bal homloktájon hámzúzódást, felületes hámhorzsolásos sérülést, a hajas fejbőr körülírt bevérzését, orvosi beavatkozások nyomait, a közép-nagy és nagy verőerek csökkent keresztmetszetét, meglevő csecsemőmirigyét, a szívkuhártya alatt elszórt petecses vérzést, a szívizom balkamra falának túltengését üregének enyhe fokú tágulatát, tüdővizenyőt, a tüdők pangásos vérbőségét, heveny nagymértékű pangás tüneteit, annak részeként pangásos lépet, májat, veséket, a lágyagyhártyák visszeres pangásos vérbőségét agyvizenyőt, testszerte élénk piros vért, annak folyékony voltát, papírszerűen elvékonyodott kétoldali mellékvese kéregállományt, egyebekben a kornak megfelelő belszerveket találtak.

Az utólag készült kórszövettani vizsgálat a fentiekén túl *diszkrét disszeminált bronchopneumoniát* véleményezett, néhány léghólyagcsát érintő több gócú heveny lobsejtes gyülemmel fibrin kicsapódással. Ezen gyulladással folyamat következményének tartja a septicus jellegű lépgyulladást. A máj kisfokú elzsírosodása mellett sinusoideálisan fiatal myeloid (fehérvérsejt fiatal előalakja) jelenlétében shockos keringésre következett.

Visszaigazolt megtartott csecsemőmirigy mellett annak tükrében vizsgálta a lép lymphoid szövetét, azonban ún. lymphoid hyperplasia túltengés szöveti jeleit nem észlelték. A véralkohol vizsgálat negatív volt, és a széndioxid vizsgálat tíz relatív százalékon belüli értéket véleményezett.

Véleményük szerint a *néhai halála bal szívfél elégtelenségben cardiogén (szív eredetű) shockban határozható meg*, melynek hátterét, mint hirtelen halálra *hajlamosító tényező* középnagy – (nagy verőerek csökkent keresztmetszete *érrendszeri hypoplasia*) *meglevő perzisztáló csecsemőmirigy képezte*, továbbá úgyszintén nem elhanyagolható a kórszövettani kórismeként véleményezett több kiscócú tüdőgyulladás jelentősége sem. A továbbiakban toxikológiai vizsgálatot is végeztek. Az ún. QT tünetegyüttes fennállását a kivágott szívizomdarabokon kiboncolni nem lehetett. Felvetődik a mentőszolgálat és a kikerülő ügyeletes orvos működésének szakszerűsége. Ugyanakkor megállapította, hogy az idejekorán nyújtott ún. komplex reanimáció, újraélesztés esetén sem biztos, hogy néhai élete megmenthető lett volna, azonban szakszerűen alkalmazott komplex újraélesztés a túlélés esélyét minden bizonnyal növelte volna.

A helyszínre érkező mentőszolgálat minden kétséget kizáróan már a klinikai halál állapotában alkalmazott teljes körű szakszerű újraélesztést, így terhükre felróható, a szakma szabályainak megszegésére utaló adat és körülmény nem merült fel.

1997. április 29-én *igazságügyi orvosszakértő adott véleményt*. A boncjegyzőkönyv véleményi részében foglaltakat továbbra is fenntartja, megállapítható, hogy az ügyben eljáró, hívás alapján helyszínre érkező ügyeletes orvos fizikális vizsgálatokon túl, a már folyamatban levő újraélesztésben (szívkompresszió, ballonos lélegeztetés) tevőlegesen nem vett részt. Ily módon nem kerül sor az újraélesztés alapfeltételeinek kibővítésére, nevezetesen érdemi gyógyszeres beavatkozásra azzal, hogy orvosnak, ügyeletes orvosnak ún. életmentő gyógyszerekkel rendelkeznie kell, azok alkalmazása jelen esetben szakmailag indokolt.

A fentiek miatt szakmai mulasztás mindenképpen megállapítható, azonban természettudományos pontossággal ok-okozati összefüggés a mulasztás és újraélesztés sikeres végrehajtása esélyek között megállapítani egyértelműen nem lehet, hiszen idejekorán nyújtott szakszerű orvosi ellátás jelen esetben komplex reanimáció esetén sem biztos, hogy néhai élete megmenthető lett volna.

A vizsgálatra küldött mintákból *toxikológiai vizsgálattal* amfetamin származékokat, opiátokat, cannabinoidekat és kokain metabolitokat valamint *központi idegrendszerre ható gyógyszer hatóanyagokat kimutatni nem lehetett*. A vizsgálatok során közelebbről már nem azonosítható pirasolon származék bomlástermékeit detektálták, mely származhat fenti vegyületeket tartalmazó gyógyszer terápiás mennyiségben történt alkalmazásából.

Orvosszakértői iratokból:

1997. október 27-én igazságügyi orvosszakértő adott orvosszakértői véleményt, amelyben idézi az igazságügyi orvosszakértői boncolás leletét, valamint a kórszövettani vizsgálat eredményeit. Ennek alapján azt állapítja meg, hogy a néhai halálának közvetlen oka heveny keringési és légzési elégtelenség volt, a folyamat kialakulásában egy részt szerepe lehetett a kórszövettani vizsgálattal is igazolt a jelzett gócos hörgő körüli tüdőgyulladásnak és a hirtelen halálra hajlamosító kórboncolás során leírt elváltozásoknak, a csecsemőmirigy felnőttkori megmaradásának, a vékony mellékvesekéregnek és a közép-nagy, nagy verőerek csökkent keresztmetszetének. Ezek megfelelnek a státusz hypoplasztikus, timolymphatikus kórbonctani elváltozásnak, amely az adaptációs képesség jelentős fokú csökkenését eredményezi. A kórboncolás során leírt szívűly korhoz viszonyított növekedése a balkamra izomzatának túltengése, a kamra ürterének tágulása, valamint a leírt pangásos elváltozások arra utalnak, hogy a keringés kóros megterhelése már az eseményt megelőzően is fennállott.

A halál folyamata, az alapvető élet működése keringés, légzés megszűnésével kezdődik, amelyet az első 4-6 perces időszakot figyelembe véve klinikai halálnak nevezünk, ezen időszakban reális esély van a keringés és légzés helyreállítására, és még nem alakulnak ki azok az irreverzibilis elváltozások, amelyek átmennek a biológiai halálba, ahol az alapvető funkciók helyreállításának lehetősége már nem áll fenn. Az alapvető életműködés helyreállítását célozza az újraélesztés. *Az újraélesztésnek szigorú szabályai, és megfelelő sorrendisége van, ezek átjárható légutak, a belégzés pótlása, cardialis kompresszió, keringés helyreállítására drogok, definitív terápia, defibrillálás. (Az újraélesztés ABC-je). Az újraélesztésnél a sorrend nem cserélhető fel.* A fentiekből következik, hogy a gyógyszerek adása csak abban az esetben lehetséges, ha a keringés leállítását követő újraélesztési folyamat eredményeként a szív működéssel a keringés megindult.

A beszerzett eredeti orvosi dokumentáció alapján megállapítható, hogy az újraélesztést 16 óra 15 perckor kezdték meg, amikor a pupillák fénymerevvé váltak,

néhány terminális légzése volt és a carotis pulzus megszűnt. Ezen elváltozás alapján az újraélesztés folyamatának, megkezdésének indikációja fennállott, a mentőállomás jelenlévő személyzete a reanimációt megkezdte. Az orvosi foglalkozás szabályainak megszegése nem állapítható meg. 16 óra 28 perckor érkezett meg a segélykocsi és 17 óra 12 perckor hagyták abba az újraélesztés sikertelensége miatti beavatkozást. Amennyiben a rögzített klinikai tünetek 16 óra 15 perckor fennállottak, úgy adott időben a klinikai halál állapota bekövetkezett. Az orvos érkezéséig 13 perc telt el, és az újraélesztés érdemleges hatékonysággal nem járt, így nagyfokban valószínűsíthető, hogy ezen időszakban gyakorlatilag már a biológiai halál állapotába került. A mentőállomás orvosa 16 óra 28 perckor érkezett, tág fénymercv pupillákat rögzített, carotis pulzus nem volt tapintható. Folytatták a további komplex újraélesztést, melynek eredménytelensége után azt 17 óra 12 perckor hagyták abba.

A részletes leírás alapján is az véleményezhető, hogy a helyszínre érkezéskor beállott a definitív halál, az alperes a szakma szabályai szerint járt el, orvosi foglalkozás szabályainak megszegése nem állapítható meg. Az orvosi ügyelet orvosa 16 óra 28 perckor kapcsolódott be a leírás szerinti újraélesztésbe, érdemben az újraélesztésben nem vett részt, csupán fizikális vizsgálatot, szívhangok észlelése, pulzus-tapintást végzett. Orvosszakértőileg az újraélesztési esemény leírását illetően egyértelmű állásfoglalás nem alakítható ki, hogy a légutak átjárhatóvá tétele a befűjásos lélegeztetés és cardiális kompresszió eredményességét a keringés megindulása jelezte-e, mely gyógyszerek adásának eredményessége csak a keringés megindulását követően várható. Ugyanakkor azonban a doktornő helyszínre érkezése és a mentőegység által megkezdett újraélesztési beavatkozás között 13 perc telt el. Az ügyletes orvostól elvárható, hogy az orvosi táskában életmentő gyógyszerek rendelkezésre álljanak, azonban valamennyi körülményt figyelembe véve a meghatározóan a halálhoz vezető folyamatban szerepet játszó kórbonctani és kórszövettani elváltozásokat, nem állítható, hogy az újraélesztés sikerességét jelentő keringés és légzés megindulásakor az adott gyógyszerelés életét megmenthette volna.

Valamennyi körülményt figyelembe véve azonban az ügyletes orvosnőnek a helyszínre érkezésekor nem voltak meg azon feltételek, amelyek a mechanikus újraélesztésnek gyógyszerekkel történő kiegészítését egyértelműen indokolták volna. Amennyiben tényként állott fenn, hogy a keringés megindulása ellenére gyógyszeres

kezelésre nem került sor, akkor ez az újraélesztés sikerességét a túlélés esélyeit kedvezőtlenül befolyásolhatta volna.

Fentieket figyelembe véve határozottan nem állapítható meg olyan körülmény, mely a mentőegység, illetve a helyszínre érkező ügyeletes orvos részéről az orvosi foglalkozás szabályainak megszegését merítené ki.

2004.03.05-i *igazságügyi orvosszakértő* által adott *vélemény* szerint:

Az alperes OMSZ Mentőállomás 1997. 01. 26-án 15 óra 41 perckor kapott értesítést néhai rosszullétéről. A bejelentés tartama alapján nem lehetett gondolni egyértelműen arra, hogy olyan súlyos egészségkárosodásról vagy balesetről lenne szó, hiszen feltétlenül rohamkocsit kellene akkor a helyszínre küldeni orvossal. Egy szakképzett mentőápolóból és a neki segítő gépkocsivezetőből álló esetkocsit küldtek a helyszínre, amely 15 óra 52 perckor a helyszínre érkezett. Ekkor a beteg eszméleténél volt, de shockos állapotra utaló tünetei voltak. Állapota 16 órakor fordult válságossá, klinikai halálnak megfelelő keringés és légzés leállás történt, ekkor értesítették az ügyeletes orvost, és egyidejűleg szakszerű újraélesztésbe kezdtek. Ehhez a megfelelő eszköz biztosítva volt, mivel a betegnél a klinikai halál állapotában vénás keringés nem volt, gyógyszer adásának lehetősége fel sem merülhetett, mindössze az újraélesztés volt az egyetlen teendő a beteg állapota alapján.

Észlelve a klinikai halált az esetkocsi ápolója haladéktalanul orvosi segítséget kért a központi ügyelet ügyeletesét értesítve, ezen kívül riasztották rádión a központi mentőállomás rohamkocsiját, amely *35 km távolságból 16 óra 03 perckor indult és 16 óra 29 perckor érkezett a helyszínre*. Még ezt megelőzően 16 óra 15 perckor érkezett a központi ügyelet ügyeletes orvosa, aki észlelte, hogy az első kiküldött mentőegység folyamatosan végzi az újraélesztést. Személyesen megvizsgálta a beteget és megállapította a halál beálltát. Meggyőződése szerint a *végleges biológiai halálról volt szó*, révén hogy már 10-15 perc telt a klinikai halál megállapításától, és ez alatt az agy oxigént nem kapott.

Szakértőileg ez alapján elfogadható, hogy semmilyen életmentő gyógyszer adására nem gondolhatott az ügyeletes orvos, meggyőződése ellenére a rohamkocsi megérkezéséig végig a beteg mellett tartózkodott az újraélesztést végző személyzetet felügyelte, és mivel

tevékenységüket szakszerűnek ítélte nem volt indokolt, hogy személyesen bekapcsolódjon a műveletbe.

16 óra 29 perckor érkezett ki a rohamkocsi, mely *oxiológus szakorvos* vezetésével átvette az újraélesztés folytatását, Tonogént és folyadék adásával kiegészítve, de mivel eredmény változatlanul nem volt a több mint egy órás folyamat után 17 óra 12 perckor abba hagyták a reanimációt.

Mindebből megállapítható, hogy alperes a segélyt kérő telefonhívás tartalmának megfelelően intézkedett, biztosítottak voltak a személyes tárgyi feltételek, komolyabb akár életmentő beavatkozása is, néhai aktuális állapotának megfelelően.

A mentőszolgálat dolgozói a rendelkezésre álló adatok alapján mindent megtettek a szakmai szabályoknak megfelelően annak érdekében, hogy a beteget az adott helyzetnek megfelelően ellássák.

Az alperes mindent megtett és rendelkezett az életmentő beavatkozáshoz szükséges megfelelő feltételekkel.

Az első mentőegység helyszínre érkezésekor a beteg akkori állapotának megfelelően kezdte meg a tevékenységét tekintettel az előzményi adatokra. A klinikai halál bekövetkezésekor pedig megfelelő lélegeztetést, szívmasszázszt kezdeményeztek és haladéktalanul orvosi segítséget hívtak. Mivel keringése nem volt, gyógyszer adása teljesen felesleges lett volna.

Kiérkező ügyeletes orvos már biológiai halált észlelt, miután a klinikai halál kezdetétől a kritikusknál jóval több idő 15 perc is eltelt. Erre tekintettel az ügyeletes orvos elfogadhatóan nem kezdett terápiába, az újraélesztést azonban nem állította le, megvárta az időközben megérkező rohammentőt.

Összességében tehát az első kiérkező mentőszemélyzet, valamint az ügyeletes orvos is az adott helyzetnek megfelelően cselekedett, szakmai szabályszegést nem követtek el, néhai halála bekövetkeztének megakadályozására nem volt mód.

Elfogadható az is, hogy a segélyhívás alapján alperes a beteg akkori állapotának megfelelően nem küldött rohamkocsit, ha ez történt volna, akkor tekintettel a beteg állapotának gyors változására, a rohamkocsi személyzete is ugyanarra a ténykedésre szorítkozott volna, vagyis újraélesztési tevékenységet kellett volna végeznie és csak a keringés megindulása esetén, jöhetett volna szóba életmentő gyógyszer adása. Az a körülmény, hogy a rohamkocsi személyzet Tonogént és folyadékbevitelt is alkalmazott adott esetben irreleváns, ugyanis a betegnél ekkor már fennállt a biológiai halál.

Figyelemmel néhai alapbetegségére a bármikor hirtelen halálra hajlamosító csökkent fejlettségű érrendszer, és a csecsemőmirigy fenn maradt voltára, és a gyorsan kialakuló klinikai halálra, orvosilag nagy valószínűséggel állítható, hogy a haláleset akkor sem lett volna elkerülhető, ha az alperes azonnal rohamkocsi kiküldését biztosította volna.

Az elsőként ténykedő mentőápoló a neki előírt képzettségnek megfelelt és a tőle elvárható módon járt el. Másod rendű alperes olyan feladatot adott esetben nem vállalt, amelyre nem volt képesítése. A klinikai halál átjutott a biológiai visszafordíthatatlan szakaszra, mivel az eltelt mintegy 15 perc keringés nélküli állapot az agy ilyen tartalmú oxigénhiánya élettal összeegyeztethetetlen. Tehát érdemi segítséget már nem nyújthatott.

Oki kapcsolatot természettudományos pontossággal nem lehet megállapítani. Adott esetben a szakszerű folyamatos reanimációt végezték, mely sikerrel nem járt, a klinikai halálba került beteg keringését, légzését megindítani nem tudták, és a tartós agyi oxigénhiány elvezetett a biológiai halálhoz így hibás orvosi közreműködésről nem lehet beszélni.

Orvosilag elfogadható, hogy a helyszínre érkező elsőrendű alperes a beteget ép tudatállapotban találta, fizikai mentést nem kellett volna végezni, komoly kórelőzményi adat nem állt rendelkezésre, ezért első feladata volt a kórelőzmény tisztázása, a beteg kikérdezése. Elsődlegesen a diagnózist nem ismerve nem lehetett szó gyógyszer adásáról. Amikor pedig a betegnél a klinikai halál hirtelen beállt, akkor csak újraélesztésről lehetett szó.

Összefoglalva:

Megállapítást nyert, hogy néhai gyógykezelése alkalmával mind a szállító gépkocsi személyzete, mind az ügyeletes orvos, mind a később kiérkező esetkocsi személyzete az orvosi foglalkozás szabályainak megfelelően járt el, részükről gondatlanság vagy foglalkozási szabályok megsértése nem bizonyítható.

Az eset értékelése:

Az eljáró ügyeletes orvos tevékenységét különösen értékelve, alapvető fontosságú az a tény, hogy a légzés és keringés megállást követően igen rövid idő 4-6 perc alatt a központi idegrendszer irreverzibilisen károsodik. Amennyiben tehát a vérkeringést ezen intervallumon belül nem lehet helyreállítani maradandó agyi károsodások vagy a

disszociált agyhalál kialakulásával kell számolni. A keringés és szívleállás 16 óra körül következett be, az ügyeletes orvos 16 óra 15 perc és 16 óra 25 perc között érkezett a helyszínre, mind a mentőápoló, mind az orvos tanúvallomása szerint a megkezdett újraélesztés ellenére a keringés nem állott helyre. Tehát az ügyeletes orvos kikerkezésekor legalább 15 perc agyi keringéshiány állott fenn, amely többszörösen meghaladja az idegsejtek túlélési idejét. Ezért nem kifogásolható, hogy az ügyeletes orvos gyógyszert nem alkalmazott, hanem az alapvető életmentő beavatkozások folytatása mellett döntött. Orvosilag nem releváns, hogy az életmentő gyógyszereket a keringés leállás után 15 vagy 28 perccel kezdték alkalmazni. Mindezeket figyelembe véve a közvetítői eljárást az alperesek elutasították volna.

2.4. Negyedik eset

42 éves alkoholista férfi 2000. május 27-én 09 óra 25 perckor jelentkezett a háziorvosi ügyeleten. Panaszként elmondta, hogy 3-4 napja erősen fáj a feje, szédül, lázát nem mérte. Úgy emlékszik, hogy a múlt héten megcsípte egy kullancs, időpontjára nem emlékszik. Testsúlya 54 kg, testmagassága 156 cm. Státus: kissé anaemiás küllemű, éber, beszéde lelassult. Testén kullancs-csípésre utaló jel nem látható. Jobb oldali pupilla tágabb, jobbra irányuló nystagmus észlelhető. Egyensúly: Romberg helyzetben eldől. Diagnosis: Kullancs által terjesztett visszatérő láz, fejfájás, szédülékenység. Encephalitis? Tekintettel a neurológiai tüneteire, ill. kullancs csípés említésére beutalóval neurológiai osztályra utalta a háziorvos. Terápia: Injekció Torecan+Algopyrin+B6 vitamin intramuscularisan beadva.

Az *alperes kórház* Ideggyógyászati Osztályának kórlapjában fellelhető a beleegyezési nyilatkozat, mely a ciszterna punctio elvégzéséhez került kiállításra. A vizsgálat elvégzéséhez néhai aláírásával beleegyező nyilatkozatát adta.

A kórlapban fellelhető „észlelő lap” tartalmazza, hogy néhai 2000. május 27-én 13 óra 30 perckor érkezett az intézménybe, beutaló diagnosis: encephalitis? Az észlelő lapon rögzítették, hogy az ideggyógyászaton végzett vizsgálatkor 13 óra 40 perckor vérnyomása 190/100 Hgmm, 13 óra 45 perckor az ideggyógyászati osztályon liquor vételre került sor. Az észlelő lap tartalmazza még azon bejegyzést, hogy *a beteg az osztályon 15 óra 08 perckor exitált.*

A kórlapban megtalált orvos-szakmai betétlap szerint házi orvos utalja az ambulanciára, *előzőleg az osztályon ambulansan vizsgálták, krónikus alkoholizmus miatt.* Gyógyszert nem szedett. Gyógyszerallergiáról nem tudott.

A beteg elmondta, hogy felvétele előtt két héttel az erdőn bal alkarját kettő kullancs csípte meg, akkor ezeket eltávolította. Azóta szédült, feje fájt, rosszul aludt, járása gyengült. Általános testi gyengeséget észlelt. Kp. mennyiségű szeszesital fogyasztását említi. A testi vizsgálatkor leromlott állapotú, sovány, astheniás férfi, bőre halvány, anaemiás küllemű, sclerák fehérek bevont, lepedékes nyelv, ajakcyanosis. Törzsön, mindkét karon, lábon, hasfalon testszerte tetoválások. Mellkas részarányos. Mindkét oldalon érdeesebb alaplégzés, renyhe rekeszkitérés. Szívhatárok balra MC vonalat meghaladják, szív működés ritmusos, szívcsúcs felett zöreje. Májszél tömött tapintatú, lekerekített szélű, defansé, izomvédekezés, kóros resistencia nincs. Alsó végtagokon oedema nincs. Perifériás pulsus tapintható. RR: 190/110 Hgmm, pulsus 78/perc. Az idegrendszer vizsgálatkor koponyán kóros dudor, heg, impresszió nincs, tarkó szabad, meningeális izgalmi jelek nincsenek. Közepesenél tágabb izokóriás pupillák. Fényre mko. jól reagálnak. Szemmozgások szabadok, Nystagmus nem látható. Jelzett szájjug aszimmetria. Mélyreflexek testszerte kiválthatók, kp.-nál renyhébbek, oldalkülönbség nem észlelhető. Mindkét felső végtagon Hoffmann-Trömner jel, vázizomzat testszerte részarányosan megfogyatkozott. Mindkét alsó végtagon hyperaesthesia, mindkét oldalon kivájt lábboltozat, Friedreich láb. Állás, járás ataxiás. Lelki vizsgálatkor éber, orientált, alkoholos lehelet. Térben, időben orientált. Verbálisan irányítható. (A betétlapon dátumként 2000. május 29-e került feltüntetésre).

Külön lapon található a beteg epikrizise, mely szerint 2000. május 27. osztályos felvétel: cisterna punctio: véres liquor, mely valószínű artificialis. Centrifugálás után felülúszó nem xantochrom, sejtszám 1/3 vs, Pándy +. *Ágyrafektetés előtt wc-re kimegy, ott kollabál.* Testszerte nyirkos verejtékezés lép fel. Ágyra fektetjük, vénabiztosítás, Mannizol infúziót kötünk be, majd 15 óra 08 perckor exitus letális.

A 2000. május 27-én 14 óra 31 perckor laborba érkezett vér és liquorvizsgálat eredménye szerint serum elektrolitok normál érték alsó határa alatt vannak, liquor összfehérje 15,8 g/l (N:0,2-0,4) Pándy reakció túros csapadékot ad. (2000. 05. 27. 15 óra 31 perc).

2000. május 29-én a kórház kórbonctani osztályán történt *kórboncolás után a diagnózis:* Idült alkoholizmus ebből eredő zsírmáj. Magasvérnyomás. Lágyszövet alatti masszív vérzés, agykamra vérzés, agynyomásfokozódás. Tüdővizenyő (alkoholizmus chronicus). Hepar adiposum alcoholicum. Hypertensio essentialis. Haemorrhagia subarachnoideális

massiva diffusa sine malformatione vascularis. Haemocephalus internus. Compressio cerebri. Oedema pulmonum. Punctio cisternae magnae ante mortem facta).

Szövetteni vizsgálat: Diffúz alkoholos zsírmáj jeleiként értékelhető szövettani kép, amely a kötőszövetes aktivitást mutató, idült alkoholos hepatitis kíséri. Az agyban diffúz subarachnoidális vérzés figyelhető meg. Vírus encephalitisre utaló szöveti kép az agynak szinte minden részletéből kivágott, nagyszámú, feldogozott szövetblokkban sem észlelhető. A kéregben elszórtan degenerálódó dúcsejtek fedezhetők fel, az encephalitisre jellemző kiterjedtebb satellitózis és neurophagia, továbbá perivascularis lymphocytás infiltratio azonban nem alakult ki.

A boncolás alapján a halál közvetlen oka koponyaűri nyomásfokozódás volt, alaphátalom a haemocephalus internussal szövődött diffúz masszív subarachnoidális vérzés, amelynek okát a boncolás során nem sikerült egyértelműen tisztázni. Vérzésforrásul szolgáló érmalformatiot aneurysmát vagy arterio venosus malformatiot, ill. egyéb okot nem tudtak kimutatni. Mint a vérzés létrejöttét elősegítő tényezőt társbetegségnek kell tekinteni az idült alkoholizmust és a feltehetően véralvadási zavarral, tehát vérzékenységgel járó alkoholos májlaesiót, továbbá az essentiális hypertensiót.

A fentiek alapján megállapítható, hogy a boncolás a halál közvetlen okára, ill. a halálhoz vezető alapteregsége nézve egyértelmű felvilágosítást adott, bár a subarachnoidális vérzés eredetét a boncolással nem sikerült minden kétséget kizáróan tisztázni. A boncolás alapján *nagy valószínűséggel állítható, hogy a halál előtt végzett cisterna punctio nem áll oki összefüggésben a koponyaűri vérzéssel.*

Emellett szólnak az alábbi tényezők:

- 1./ A liquorvizsgálat során masszívan véres agyfolyadék, ill. vér ürült, ami a vérzés fennállása mellett szólt.
- 2./ A boncolás során a vérzést megmagyarázó iatrogén sérülést nem tudtunk kimutatni.
- 3./ A cisterna punctio szövődményei között a subarachnoidális vérzés gyakorlatilag nem fordul elő.
- 4./ A boncolásnál észlelt agykamrai vérömlennyel szövődött, masszív subarachnoidális vérzés kialakulása az előzményekben szereplő rövid idő alatt nehezen képzelhető el.
- 5./ Irodalmi adatokból és a gyakorlatból ismert, hogy a subarachnoidális vérzés okát néha boncolás során sem sikerül kideríteni.
- 6./ Ugyancsak irodalmi adat, hogy a subarachnoidális vérzéses betegeket gyakran központi idegrendszeri fertőzés gyanújával utalják kórházba.

- 7./ A szövettani vizsgálat vírus encephalitis lehetőségét egyértelműen kizárta, így a betegség lefolyása és az anamnézisben szereplő tünetek (szédülés, aluszékonyság, fejfájás) fokozatosan kialakuló, több esetben zajló subarachnoidális vérzéssel is megmagyarázható, amely legalább is részben összefüggésbe hozható az alkoholos májbetegség miatti vérzékenységgel.
- 8./ Végezetül megállapítható, hogy a felmerülő differenciál diagnosztikai kérdések eldöntéséhez a cisterna punctio elvégzésére szükség volt, a vizsgálat indikációja tehát egyértelműen fennállt, vagyis a beavatkozás célszerű, szakszerű volt, amelyet a kezelőorvos a beteg kockázati tényezőkről való felvilágosítása és beleegyezése után végzett el.

A boncolás alapján tehát a halál természetes körülmények között állott be.

A halottvizsgálati bizonyítványon feltüntetett okok szerint halálhoz vezető közvetlen ok koponyaűri nyomásfokozódás, a halál alapjául szolgáló betegség a diffúz vérzés, agykamrai vérömlennyel, kísérő betegség alkoholos zsírmáj, hypertensio essentialis, liquorvétele (cisternapunctio) utáni állapot.

Az eljáró szakértőnek arra vonatkozóan kell véleményt nyilvánítania, hogy mi volt a halál oka a felperes gyermekénél, továbbá kellő szakértelemmel járt-e el az alperes a 2000. május 27-i vizsgálat során? Amennyiben nem, milyen hibát követett el és áll-e ez okozati összefüggésben a bekövetkezett halállal?

Az ügygel kapcsolatban egyetemi docens orvosszakértő (Neurológiai Klinika) az alábbi megállapításokat tette:

Az agyvíz vétel vagy ún. cisterna punctio a betegek számára lényegesen kisebb kockázatot jelentenek, mint az ún. gerincvíz vétel vagy lumbal punctio. A cisterna punctio előtt nem kötelező a szemfenék-vizsgálat, a beküldő diagnózis, vagyis az agyvelőgyulladás gyanúja mellett a tünetek nem utaltak koponyaűri nyomásfokozódásra. Agyvizenyő fennálltakor tudatzavar, szag hallucinatio, epilepsiás rosszullét, hányinger, köhögés jellemző, váltakozó intenzitással. Önmagában a cisterna punctio egy esetlegesen fennálló agyvizenyőt sem befolyásolja. Néha a légzési elégtelenséget az agy alapon elhelyezkedő vérömleny hozta létre és a neurológiai, valamint idegsebészeti gyakorlatból ismert, hogy a subarachnoidális vérzés gyakran két szakaszban zajlik, a betegek 20 %-a az első vérzést nem éli túl, további 10-15%-a pedig az idegsebészeti intézménybe kerülésig, vagy a diagnózis felállítása során szenved újra vérzést, mely után a műtét kockázata már

meghaladja annak esetleges sikerét. Néhaiál az ügyeletes orvosnak kötelező volt elvégeznie a diagnózis felállítása érdekében a liquor vizsgálatot és ehhez a cisterna punctio jelentette a kisebb kockázatot.

Összességében még megállapítható az is, hogy néhai bekövetkezett halála a cisterna punctioval ok-okozati összefüggésben nem áll.

Továbbiakban megállapítható hogy, néhai 2000. május 27-én bekövetkezett halálának oka az agy pókhálóhártája alatti vérzése volt kamrai vérömlennyel, mely következményes koponyaúri nyomásfokozódás miatt vezetett a halálhoz.

Összefoglalva:

Az alperes a 2000. május 27-én történt neurológiai vizsgálata során kellő szakértelemmel járt el a differenciál diagnózis felállítása érdekében, a megkezdett ellátás során a megfelelő vizsgálatokat végezte el. Az alperes által végzett ellátás és vizsgálat során hibás tevékenység nem állapítható meg, néhai halála nem áll okozati összefüggésben a végzett beavatkozással. Néhai kezelése és a csatolt nyilatkozatok megfelelnek az egészségügyről szóló törvény 77. § (3) bekezdésében foglaltaknak.¹⁸⁸

Az alperes által végzett kezelés és az elrendelt ágynyugalom során semminemű szakmai mulasztás nem történt, akkor, amikor néhaiak lehetősége volt a szigorú ágyfekvést megszakítva a kórteremből távoznia. Cisternapunctio, vagyis agyvízvétel után nem kell a betegnek 24 órán keresztül szigorúan az ágyban fekvés, mivel ilyen alkalommal nincs beékelődési veszély. A cisternapunctiot ambuláner is el lehet végezni, mivel a lebocsátott agyvíz mennyisége nem hoz létre olymértékű nyomásváltozást a koponya üregén belül, melynek következményeként fejfájás vagy egyéb szigorú fekvést szükségessé tevő következmény alakulna ki. Tekintettel néhai beutaló diagnózisára, az elvégzett vizsgálat után célszerű volt az ágyban fekvést elrendelni.

Az eset értékelése:

Ez az eset példázza azt a fellendülőben lévő gyakorlatot, hogy az intézmények és az orvos feljelentése egyre gyakoribbá válik, hiszen ez a gyakorlat külön szakágként pénzszerzési lehetőséggé avanszált, és a beteg illetve hozzátartozója előbb utóbb rátalál arra az

¹⁸⁸ 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről, 77.§. (3) „Minden beteget - az ellátás igénybevételének jogcímére tekintet nélkül – az ellátásában részt vevőktől elvárható legnagyobb gondossággal, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni”.

ügyvédre, aki erre hajlandóságot mutat, nem kis honorárium fejében. Mint ismeretes külön szakágként nőtte ki magát a jogásztársadalomban az az ügyvédi réteg, amely az orvosok illetve intézmények elleni perben részt vesznek. Félreértés ne essék: hibát mindenütt lehet találni!

Ezekben a fent tárgyalt esetekben a szolgáltató biztos volt, hogy a foglalkozás szabályait betartották, a legnagyobb gondossággal jártak el, ezért szóba sem kerülhetett a közvetítői eljárás.

3. Érdemes lett volna a mediációt megkísérelni

3.1. Első eset

2000. október végén nevezett nőbetegnek egy vasárnapi napon - életében először – epegörce volt, korábban nem tudott róla, hogy ilyen betegsége van, epekőről sem volt tudomása. Úgy emlékszik No-Spa-t vett be, amelyre a görcsök szűntek, majd az ezt követő szerdán jelentkezett ismét a görcs, akkor már nagyon hányt, rosszul volt, panasza gyógyszerre sem múlt el, ezért a következő napon kórházba került.

A bemutatott zárójelentés szerint 2000. november 2-től 17-ig kezelték kórház sebészeti osztályán. A zárójelentés szerint a hasi ultrahang vizsgálattal a máj normális nagyságú, echo szerkezete ép. Az epeutak nem tágak, jelenleg kp. nagy cholecysta ábrázolódik, fala echodús, megvastagodott. Belső kontúrja borzolt, benne igen kevés folyadék nagyszámú kis kő echo látható. Normális széles homogén pancreas, normális nagy lép. A vesékben kő, pangás nem látható. A ves. urin kevésbé telt. Uterus rendes nagy. **Diagnosis: Cholecystitis calculosa képe.**

Mellkas rtg.: mellkasi szervek épek.

2000. november 3-án belgyógyászati konzílium történt, kompenzált cardiorespiratórikus státust, szabályos EKG-t, vérnyomás 140/80 Hgmmt észleltek. A tervezett beavatkozásnak nem volt belgyógyászati kontraindikációja, ezért *2000. november 6-án cholecystectomy laparoscopica műtétet végeztek.* Szövettan: Cholecystitis chr.

Hasi ultrahang: (*november 8.*) sima kontúrú normális echo szerkezetű máj, cholecysta eltávolított, az epeutak nem tágak. A cholecysta helyén csak echo dús zóna

van, sem a májkapu környékén, sem egyéb subhepatikus régióban folyadék echo nem látható. A pancreás régió homogén. Lép normál nagy, vesékben kóros nincs, a ves. urin. részlegesen telt, echomentes, medencékben lecsorgó folyadék nem látható.

Hasi ultrahang kontroll (*november 11*). a máj nem nagy, homogén, cholecysta eltávolított, choledochus nem tág. Pancerás megtartott, a vesékben pangás-kő nem látható. A ves. urin. részlegesen telt. A parenchymás szervek körül és a kismedencében szabad folyadék nincs, a hasban folyadéktartó bélkacsok nem láthatók.

2001. november 14. Post operatív szakban a drainen keresztüli folyamatos epecsorgás miatt még aznap *reoperációra került sor és a járulékos epeút ligatúrája történt.* Epecsorgás megszűnt. A reoperáció során a hepar VII-VIII segmentum határán kb. 20 mm átmérőjű előemelkedő terimét találtak, melynek követése javasolt volt (CT, biopsia). *Draint eltávolították, majd fokozódó icterus* miatt a belosztály endoscopos laboratóriumába küldték át ERCP-re, szükség esetén felvételre.

Th: Aktil, Zantac, Flavinin inj. Magnezium tableta, Augmentin film.

2000. november 17-től december 7-ig a kórház sebészeti osztályára került felvételre mélyülő icterus miatt. Ductus hepaticus restructioját, majd choledocho-jejunostomiát készítettek.

Összefoglalva az eddigi eseményeket:

2000. november 6-án elvégzett laparoscopos cholecystectomy során nem felismert choledochus sérülés történt, epés váladékozás miatt *november 14-én relaparotomiát végeztek choledochus sérülés ekkor sem került felismerésre és a proximális csonkot lekötötték.* Mélyülő icterus miatt került sor a felvételre. A valós helyzet tisztázása után choledochus rekonstrukciót végezték el, ill. Kehr drainás történt. A Kehr csövön végzett cholangiográfia a májban levő epeút rendszert jó feltöltötését, a duodenum felé jó elfolyást mutatott. Ezt követően epés váladékozást észleltek a drain csövön át, ismételt colegráfia kilépést mutatott. *Reoperáció* során megvarrt choledochus anastomosis egynegyed részére terjedő lacerációt találtak. Anastomosis biztonsággal nem lett volna rekonstruálható, ezért Roux kaccsal choledocho-jejunostomiát készítettek, anastomosison át, drain csövet vezettek be. Ezt követően eseménytelen műtét utáni szak, sebe rendben, varratait eltávolították, icterusa megszűnt, bélműködése rendezetté vált, láztalan. Panaszmentesen otthonába bocsátották.

Műtétek időrendi sorrendje:

2001. november 6. - Laparoscopos cholecystectomy.

november 14. - reoperatio.

november 18. - ductus hepaticus rekonstrukcio

november 24. - choledocho-jejunosomia Raux kaccsal

A beteg testsúlya műtét előtt 61-62 kg körül volt, akkor lefogyott 15 kg-ot, majd ebből később 10-t visszahízott. Panaszai: sebe fáj, hasmenése van, bélpanaszai vannak, puffad. Széklete rendszertelen néha két napig nincs máskor napi kétszer-háromszor. A műtét után sokáig szorulásos volt, majd hasmenéssé vált, amely jelenleg is fennáll. Gyenge fáradékony, varrónői munkáját nem tudja folytatni, hajolni nem tud. Korábban a gyerekekkel az erdőbe is gyakran mentek kirándulni. Most ezt sem tudja megtenni. A háztartási munkák közül a nehezebbeket, amelyek emeléssel, hajolással járnak azokat nem tudja elvégezni, így a takarítás bizonyos részeit; illetve besárláskor nehezebb terhet nem tud hazavinni. Kertes családi házban laknak, ott is sok munka lenne. A kertben dolgozott korábban, veteményes kertje volt, most ezeket a munkákat egyáltalán nem tudja ellátni.

A műtete előtt egy életvidám ember volt jó kapcsolatban dolgozott a munkatársaival, akik erről tudnának akár tanúskodni is, lelkiileg nagyon megviselték a műtétek, a műtét óta egészen megváltozott a személyisége, szorongásos lett, ideges, sokkal érzékenyebb, ha valaki egy kicsit is másképp szól, mint ahogy elvárja, már a sírás kerülgeti, gyakran sír.

A felperes kártérítés iránt kereseti kérelmet nyújtott be a bírósághoz.

Munkaképesség-csökkenés megállapítása miatt vizsgálta az Országos Orvosszakértői Intézet Orvosi Bizottsága (OOSZI OB) is.

Országos Orvosszakértői Intézet I. fokú Orvosi Bizottsága irataiból megállapítható, hogy össz-szervezeti munkaképesség csökkenést 40 %-ban állapította meg. A beteg az OOSZI határozatát megfellebbezte, de a II. fokú Orvosi Bizottság 40 %-t helyben hagyta, azzal hogy nehéz fizikai munka végzését nem javasolja.

Pszichiátriai szakorvosi vizsgálatát az igazságügyi pszichiáter-szakértő elvégezte:

A pszichiátriai státusz: Éber, minden vonatkozásban tájékozott. Figyelem, felfogás, emlékezet rendben. Gondolkodása alakilag ép, erős betegségtudat, egyéb tartalmi zavart nem észleltem. Nyugodt, rendezett, érzékcsalódás nem deríthető fel, ilyenre utaló jel sincs. Hangulata labilis. Olykor a sírás fojtogatja, néha el is sírja magát.

Vélemény: A szomatikus leromlás miatt teljesítőképessége csökkent, ez a zavar, mint a panaszok egy részével az életvitel beszűkülésével jár együtt, és depressziós tüneteket idéz elő.

Ugyancsak a bíróság által rendelkezésre bocsátott iratok között szerepel egy *másik igazságügyi orvosszakértő véleménye*, amely a felperes ügyvédje kérésére készített 2002. Május 28-án. Véleményében kifejti a tényállás rögzítésén túlmenően, hogy a felperes epekövességben betegedett meg, amelyet helyesen próbáltak laparoszkiás beavatkozással megoperálni. A beavatkozás alkalmával *megsértették az epevezeték*, amely e tevékenység ritka szövődményének számít. Azt is el kell fogadni, hogy reoperációt végeztek, azonban ez szakmailag nem volt megfelelő. E beavatkozás után ugyanis besárgult, azaz epeelfolyás akadályozottá vált, a sérülés megkeresése nélkül a felső csonkot lekötötték.

Kérdés az, hogy megfelelően felvilágosították-e a beteget az esetleges szövődményekről, tekintettel arra, a laparoszkiás beavatkozás igen kis számban vezet epevezető sérüléshez – 5 % alatti – e lehetőségről a beteget nem feltétlenül kell felvilágosítani.

Az is vitatható beavatkozás volt, hogy az első műtét után a hasi görcsök megoldására görcsoldó injekciót adtak, különösen igaz ez akkor, ha orvos ezt nem rendelte.

Teljesen érthetetlen – és ez az orvosi dokumentációban is megtalálható – hogy miért “találtak” a beteg máján daganatot, amikor ez nem volt.

Meg kell állapítani, hogy a beteg jelenlegi hasi panaszai a műtéti szerencsétlenség nem megfelelő megoldása oki összefüggésben van és a jövőben a munkaképesség csökkenés mértéke emiatt 40 %.

Összefoglalva:

A beteg műtét utáni egészségromlása abból áll, hogy mivel az epevezeték nem a szokásos úton szájazik be, hanem a vékonybélbe, ahol nincs záróizom, az epe folyamatosan csorog a vékonybél kb. egyméteres szakaszába - anélkül, hogy ott a megemésztendő táplálékkal találkozna. Hiszen az a gyomron, patkóbélen keresztül jut a vékonybél alsóbb szakaszába, így az epesav irritáló hatása izgalmat okoz a bélben, amely után heves perisztaltika (azaz olyan mozgása a bélnek, amely a benne levő tartalom kiürülését célozza) jön létre, és ilyenkor görcsös állapot kíséri ezt a jelenséget, amely általában addig tart, amíg az epe nem távozik.

Ezt a beteg hasmenésként éli meg, tehát az epés hasmenés lényegében az epe időszakos távozását jelenti a bélből görcsök kíséretében, amely napi többszöri alkalommal is előfordulhat. Ez a jelenség az epehólyag eltávolítása után az ún. normál epe műtéténél is jelentkezhet, függ a beteg tűrőképességétől is, de a felperesnél kialakult állapotban ennek jóval nagyobb a lehetősége. Ez az állapot okszerűen összehozható a felperesnél elvégzett műtétekkel. Ugyancsak azzal hozható összefüggésbe - feltehetően a többszöri műtét utáni összenövések miatt - hogy a műtéti területen, annak környezetében, időszakos hevesebb és állandó tompa nyomásszerű fájdalom jelentkezik a felperesnél.

Megállapítható, hogy jelenlegi állapotában lényeges javulás már nem várható, az már kialakult állapot.

A felperes műtéttel összefüggésbe hozható munkaképesség-csökkenése 40 %-ban állapítható meg, össz-szervezeti munkaképesség-csökkenése véleményem szerint 50 %, amelyben a műtét utáni állapoton kívül szerepet játszik a kialakult csonttritkulás, ami panaszokat okoz, valamint a jelentős mértékű fogyás is, amelyek miatt a felperes nem alkalmas nehéz vagy közepesen nehéz fizikai munka végzésére.

Felperes panaszai közül a görcsös hasmenés miatt - amely kétségtelenül okoz széklettartási nehézségeket is - az életvitele olyan értelemben beszűkült, hogy pl. autóbuszon nem képes utazni, illetve munkát nem tud vállalni. Hozzátartozik ehhez az a pszichés állapot is, amelyet a pszichiátriai szakvizsgálat megállapított, hogy a szomatikus, azaz testi leromlással együttjáró teljesítőképesség csökkenés az életvitel beszűkülésével együtt depresszió, azaz lehangoltsággal járó tünetegyüttest hozott létre, amely a meglévő panaszokat még tovább rontja. A depresszió miatt célszerű volna pszichiátriai kezelése is, tekintettel azonban a műtét óta eltelt 4 évre és arra, hogy a panaszokat fenntartó testi állapotban jelentős javulás nem várható, a pszichés javulás is csak kifejezetten hosszú évekig tartó kezeléstől várható, tehát az ebből eredő hátrányokat is tartósnak kell tekinteni.

Az eset értékelése:

A szakértői vélemények alapján a *legnagyobb gondosság elve a kórház orvosai részéről nem állapítható meg*, önmagában a laparoszkóppal történt epevezető sértés műtéti szerencsétlenség, hibaként nem róható fel, de annak meg nem találása és szakszerűtlen ellátása már hiba volt. Ehhez járult még a kialakult depressio, az életvitelének beszűkülése. Mindezek figyelembevételével érdemes lett volna a közvetítői eljárást megkísérelni, ezt felajánlhatta volna az alperes, és biztosítója

3.2. Második eset

A fiatal nőbeteg (felperes) 2001. augusztus 15-én lépcsőn menet bal bokája sérült, az alperes kórház traumatológiai osztályára vették fel, ahol augusztus 18-ig kezelték. A következő napon végezték el a műtétet, a szakadt talo-fibularis szalagot csomós dexan öltésekkel megvarrták. Gondos vérzéscsillapítás után réteges sebzárás. Intracután tovafutó bőrvarrat, kompressziós kötés, gipszsín.

A kórlapon az anamnézisében az szerepel, hogy korábbi lényeges betegsége nem volt (anamnézisében 1997-ben microinvasív méhszájrák miatt, petefészkek megtartása mellett méheltávolítást végeztek. Radiológiai illetve kemoterápiára nem volt szükség. Sem a műtét előtt, sem azt követően vérhígító kezelést nem kapott). Gyógyszert nem szed, gyógyszerérzékenységről nem tud.

Előadja, hogy gipszsín rögzítés emlékezte szerint egy hétig volt a lábán, *egy hét múlva kellett visszamenni varratszedésre*, azt mondták, hogy szép a sebe, majd könnyített járógipszet helyeztek fel. Azt is mondták - amikor felhelyezték a járógipszet - hogy ha dagadna, vagy fájna a lába, akkor polcolja fel ugyanúgy, mint amikor a fekvő gipsz volt rajta.

A járógipsz kb. másfél hete volt a lábán, amikor érezte, hogy fáj a lába. Először a *fájdalom és a dagadás a vádliban kezdődött, majd feljebb jött a térdhajlatban és egészen a combig terjedt*, ekkor hívták ki az ügyeletet. Kórházba került, 2001. szeptember 8-tól 13-ig a kórház sürgősségi osztályán kezelték. A felvétel napján *Doppler komplex vizsgálatot* végeztek. A bal alsó végtag mélyvénái és a főtörzs echoszegény, trombussal kitöltöttek, bennük áramlás nem volt, ugyancsak a thrombus volt a bal vena iliaca externában, de a communisban sem lehet áramlást regisztrálni. A jobb oldali medencei vénák szabadok és vena cava inferior lumene is szabad volt. A kismedencében, illetve a nagy erek mentén térfoglaló képlet, megnagyobbodott nyirokcsomó nem látszott, szabad folyadék nincs, a felvételkor normális tüdő és szívlelet. *Diagnosis: A bal oldali közös csípővéna és a bal alsó végtagi mélyvénák thrombosisa (thrombosis v. iliacae communis l. s. et vv. prof. extr. inferioris. l. s. St. p. exstirp uteri).*

Fiatal kora illetve kiterjedt iliacaikat is érintő thrombosisa miatt streptolysis mellett döntöttek, 250 E/30 min + 72 órás TI-vel kontrollált kisadagú átlag 50 E/A Kabikináse kezelést kapott. Kontroll Doppler vizsgálatokkal a thrombus kiterjedésének csökkenését

dokumentálták. További gyógykezelés céljából LMW Heparin (low molecular weight heparin) átfedésben Syncumar kezelést kapott az elbocsátás napján is.

Érsebészeti vizsgálat alkalmával gyógy-harisnyát írtak fel, duzzanat az alsó végtagon nem látszott. Mellkas felvétel: (09.21.) Normális tüdő és szívlelet.

Traumatológiai vizsgálat (09.21): Az előzményre való tekintettel *a további gipszrögzítéstől eltekintettek*, rugalmas pólya viselése továbbra is szükséges, kontroll panasz esetén.

A kórházi kezelés 6. napján került át az osztályra panaszmentesen, Cumarin és kis molsúlyú Heparin terápiával, prothrombin szintje terápiás tartományban volt.

A 7. napon *mellkasi panaszok* illetve az elvégzett echocardiográfiás vizsgálat során detektált magas pulmonális nyomás alapján *pulmonális embóliát diagnosztizáltak*. Panaszai megszűntek, későbbiekben mobilizálása szövődménymentes volt.

A járó beteg szakellátás szerint a prothrombin idő INR egyéb alvadási faktorokat kontrollálva 2002. VI. hó 27-i bejegyzés szerint hemostázis vizsgálata alvadási zavart nem igazolt, ezért a beteggel megegyezve a Syncumart felfüggesztették.

2002.07.25. *Duplex UH vizsgálat*: A bal véna iliaca externát echodus szervült trombus tölti ki, áramlási jel recanalizáció nem látható. A trombus proximalis vége a bélgázok miatt pontosan nem állapítható meg, de a véna cava inferiort nem érinti. A véna femorális communis és profunda lumene szabad, bennük intenzív légzés szifonáramlás látható. A véna femorális superficialis keresztmetszete kisebb az artériánál, de benne végig folyamatos a légzést nem, vagy alig követő áramlást lehetett regisztrálni. Véna poplitea normális tágasságú, könnyen komprimálhatók a color-jel teljesen kitölti az ér lument. A lábszári mélyvéna törzsek szabadok.

2002. augusztus 15-én jelentkezett a sürgősségi osztályon mivel a bal lába előző nap óta fáj. Ultrahang vizsgálatot végeztek. „A lábszári mélyvénák szakaszosan vizsgálhatók, komprimálhatók, echoszegény thrombussal kitöltött érképlet nem különíthető el, a végpont poplitea szabad. Egyebekben a lelet változatlan”.

2003.01.24. duplex ultrahang vizsgálatlall lényegében az előzővel megegyező lelet. A véna iliaca communis és externa továbbra is echodus szervült trombus tölti ki, egyéb ereknél az áramlás jó.

A felperes kártérítés iránt kereseti kérelmet nyújtott be a bírósághoz.

A felperes előadja bal lába elsősorban a lábszára, ha megterheli, fáj. Bedagadást nem észlelt, a fájdalom görcsös jellegű, nem az izomzat feszül meg, hanem mintha belül görcsölne valami.

A sérülése és a megbetegedés előtt egy Kft-nél gépkezelő munkakörben dolgozott; álló jellegű munka volt, tehát amikor átesett ezen a műtéten, és az szövődményesen gyógyult, ezt követően a munkakörbe nem tudott visszamenni. Igaz, hogy a munkaköre közös megegyezéssel szűnt meg, de az azért szűnt meg, mert a munkáltatója nem tudott számára olyan munkakört biztosítani, amelyet el tudott volna látni. Lehet, hogy nem kellett volna a közös megegyezésbe bele mennie, de lényegében a munkát sem így sem úgy, nem tudta volna ellátni sem akkor, sem azóta.

Nemcsak a munkakörét nem képes folytatni, hanem a mindennapi életvitelében is lényegében a nehéz fizikai munkától a nehéz terhek emelésétől eltiltották. Ezért a mindennapi házkörűli munkák közül is többet nem tud ellátni. Családi házban laknak, ahol gázfűtés van, de azért egy nagyobb takarítás, nehezebb fizikai tevékenységet igényel, ebben a gyermekei illetve élettársának kell segíteni, holott azt korábban önállóan ellátta. A házhoz 300 négyszögöles kert tartozik, ahol konyhakert volt, amelyet teljes egészében ő művelt meg, most ez sem tudja ellátni, a gyerekek illetve az élettársa végzi ezeket a munkákat. Miután szakképzetlen mindig is fizikai tevékenységet végzett, és most is ilyen tevékenységet tudna ellátni, a korábbi munkaköre megfelelő volt számára, most viszont egyáltalán nem tud elhelyezkedni. Ha meglátják az orvosi papírjait, leleteit, azt hogy milyen korlátozottságokkal dolgozhat, azonnal elküldik. Most ugyan az önkormányzat jóindulatából van állása februárig, de közhasznú munkásként tovább már nem dolgozhat. Így kilátástalannak érzi a helyzetét, és anyagilag is tönkrement a család, megbetegedése miatt. A gyerekeinek sem tud úgy megadni mindent, ez pszichésen is súlyosan befolyásolja. Lelkileg is kifejezetten érzékeny, azóta félelmei is vannak, elsősorban attól, hogy az ott maradt thrombus esetleg leszakad, ezért is nem mer nehezebb terhet emelni vagy fizikai munkát végezni, mert tudja, hogy abból tüdőembólia lehet és emiatt olyan félelmei is vannak, hogy vajon látja-e még a gyerekeit, föl tudja-e őket nevelni. (Mindezek elmondása közben végig sír.)

Alvászavara van, el tud aludni, de ha felébred, akkor sokáig nem tud újra elaludni. Olyan is előfordul ilyenkor, hogy fáradtabban ébred, mint ahogy lefeküdt. A helyzetét tulajdonképpen kilátástalannak érzi. Ez mind az anyagiak, mind pedig a testi állapota miatt így van.

A sérülése után egy évig - ameddig csak lehetett - táppénzes állományban volt. Ezután került munkanélküli státuszba. Most már ez a munkanélküliség is lejárt. 2004. április 1-től dolgozik a hivatalnál.

A betegsége előtt szívesen járt táncolni, most hosszabb és egyenetlen talajon való járásra már nem vállalkozhat illetőleg, táncolni sem tud - a betegsége miatt. Állandóan hordja a kompressziós harisnyát, emiatt nem is tud úgy öltözködni, mint ahogy korábban, nem tud olyan csinosan járni, ez zavarja őt.

A felperes beadta az Országos Orvosszakértői Iroda Orvosi Bizottságához iratait, munkaképesség csökkenés megállapítása végett. *Az Orvosi Bizottság 40 % munkaképesség csökkenést véleményezett.* A beteg a határozatot megfellebbezte, de a másodfokú Orvosi Bizottság határozatában megerősítette a 40%-t. A Bizottság véleménye szerint: az alsó végtag gipszelése után fellépett bal alsó végtagi valamint bal iliaca communisra terjedő mélyvénás trombozissal. Thrombolysissal kezelték, a háttérben alvadási zavart kimutatni nem lehetett, ennek alapján krónikus antikoaguláns kezelését is felfüggesztették. Kompressziós harisnya viselése mellett posttrombotikus szindróma sem alakult ki. Kifejezetten nehéz fizikai munka nem javasolt.

Az igazságügyi orvosszakértő 2003. július 8-án adott orvosszakértői véleményt, amelynek leleti része tartalmazza az általa is idézett orvosi adatokat.

Véleményében megállapította, hogy 2001. augusztus 16-án helyes kórisme alapján célszerűen és szakszerűen elvégzett bal bokaizületi műtéttel összefüggésben *nem az elvárható gondosság elve alapján jártak el*, amikor vérrögösödést megelőző gyógyszeres kezelést nem végeztek, legalább az alsó végtagi gipszrögzítés miatti kényszerű immobilizáltság időszakára.

Az orvos szakma elsőrendű feladata, hogy a műtétek által előidézhető mélyvénás trombozist, és annak szövődményeit megelőzze. A konkrét esetben az alsó végtagi sérülés és következményes műtét majd immobilizáltság ha kis kockázattal is, de eleve megteremtette a vérrögösödés lehetőségét, és ennek létrejöttére annál is inkább számítani kellett volna, mivel a kórelőzményben rosszindulatú daganatos megbetegedés miatti radikális nőgyógyászati műtét szerepelt. Amennyiben a kórelőzményt a kórházi felvétel időpontjában kellő alaposítással veszik fel, abban az esetben nevezett a mélyvénás rögösödés létrejöttének lehetőségét tekintve legalább közepes rizikó kategóriába tartozónak lett volna minősítendő, mely csoport esetében – *a legnagyobb gondosság elve alapján* – *a vérrögösödést megelőző gyógyszeres kezelés feltétlenül alkalmazandó.*

Amennyiben a thrombosis megelőző gyógyszeres kezelést a műtét utáni időszakban alkalmazzák, abban az esetben elkerülhető lett volna a bal alsó végtagi mélyvénakon, bal oldali közös csípővéna, valamint tüdőverőereket érintő mélyvénás rögösödés, mely kórállapotok maradvány állapota túlnyomórészt eredményezi az OOSZI által véglegesen megállapított 40 %-os munkaképesség csökkenést.

Traumatológus egyetemi docens szakkonzultáns véleményéből az derült ki, hogy thromboemboliás kockázat a betegnél a kis és középső kategória határán volt, a megnevezést illetően orvosi szakmai mérlegelésnek volt helye. Az, hogy a thromboemboliás szövődmény mégis kialakult nem gondatlanság következménye, hanem a kis kockázatú betegre vonatkozóan 10 %-os határon belül alakult ki.

Leírja a Traumatológiai Centrum, tehát munkahelyének kialakult álláspontját, amely szerint úgy járnak el, hogy minden alsóvégtagi gipszrögzítéssel illetve felső végtagi, alkar-felkar rögzítéssel járó sérülés esetén kötelező kis molekulású heparin (LMWH) megelőzés, legalább 30 napig, mivel a beteg számára ez fokozott biztonságot nyújt a thromboemboliás szövődményekkel szemben, mivel a veszélyhelyzet az első héten illetve a 22-28. napon jelentkezik a tapasztalatok szerint. Ezzel a profilaxissal kapcsolatban számottevő szövődménnyel nem találkoztak. Megjegyzi, hogy ez a készítmény elég drága és a betegnek általában magának kell beadni injekció formájában.

Összefoglalva:

Traumatológus mellékelten kifejtett véleménye alapján, mivel a felperesnél a thromboemboliás kockázat a kis és középső kategória határán volt, a megelőzést illetően orvosszakmai mérlegelésnek volt helye, és a thromboemboliás szövődmény kialakulása nem gondatlanság következménye, hanem a kiskockázatú betegekre vonatkozó 10 %-os határon belül alakult ki. Azonban az, hogy gondatlanság nem történt, nem jelenti azt, hogy a felperes orvosai az elvárható legnagyobb gondossággal jártak el, hiszen a szakkonzultáns által is kifejtett vélemény szerint, a legnagyobb gondosságot az jelentette volna, ha az alsó végtag-rögzítéssel járó esetben a 30 napig thrombosis megelőzést alkalmazzák. A klinikai gyakorlaton túlmenően ezt támasztja alá az iratokban mellékelte sebészeti tankönyv is, amely az alsó végtag rögzítés esetén thrombosis profilaxist javasolt. Indokolt lett volna hazabocsátás után további vérrögösödést gátló kezelés alkalmazása a járógipsz felhelyezése után is legalább 30 napig, tekintettel arra, hogy a traumatológiai gyakorlat szerint a szövődmények leggyakrabban az első héten, majd később a 22-28. napon jelentkeznek, mint ahogy ez a felperes esetében is történt.

Amennyiben alperes alkalmazza a prevenciót, minden valószínűség szerint elkerülhetővé vált volna a thrombosis bekövetkezése, amelynek szövődménye volt a tüdőembólia, és az ennek következtében létrejött 40 %-os munkaképesség-csökkenés, illetőleg sokkal nagyobb esély lett volna arra, hogy ezek ne következzenek be.

Összes körülményre való tekintettel nem a legnagyobb gondossággal és körültekintéssel járt el az alperes, amikor nem alkalmazott sem a műtét előtt, sem ezt követően vérrögösödést gátló kezelést.

A felperes vizsgálatával is megállapítható, hogy a 40 %-os munkaképesség csökkenés egyrészt azt jelenti, hogy nehéz vagy közepesen nehéz munkát nem végezhet, emeléssel, hajolással, sok állással járó munkakör betöltésére nem képes, így a szakképzettséggel nem rendelkező és 8 általános iskolát végzett felperesnél az ún. professzionális, azaz szakmai munkaképesség csökkenés jóval magasabb a 40 %-nál, hiszen ez az általános munkaképesség csökkenést jelenti, mivel az iskolázottságának és korábbi betanított munkakörének megfelelő munkák betöltésére nem alkalmas, és a munkaerőpiacon ezzel az egészségügyi károsodással elhelyezkedése jóval nehezebb, mint amilyen a bekövetkezett káresemény előtt volt. Ezen túlmenően mindennapi életvitelében elsősorban az ugyancsak emeléssel és sok állással járó munkák végzésére nem alkalmas, ezek közül is az egyenetlen talajon való járás okoz nehézséget, így a háztartásban a nagytakarítás illetőleg a mezőgazdasági munka végzése.

Ezen kívül, az átélt betegség hatására valamint annak tudatában, hogy az elzáródott alszárerek közül, elsősorban a felső szakasznak az újra megnyílása (recanalizáció) nem ment végbe, tehát a rögösödés szervült, olyan tudat alakult ki a felperesben, amely kifejezett félelmet, szorongást okoz abban a vonatkozásban, hogy ezek a rögök, úgy, mint először, ismét leválhatnak és tüdőembólia következhet be. Ez még halálfélelmet is jelent nála, amely elsősorban abban nyilvánul meg, hogy attól fél, hogy gyermekeit nem fogja tudni felnevelni. A pszichiátriai vizsgálattal tehát, a bekövetkezett eseménnyel kapcsolatban, depressziós állapot fennállása is véleményezhető, amelynek pszichiátriai kezelése is szükséges lenne. Azt is meg kell jegyezni, hogy ennek a kezelésnek is vannak anyagi kihatásai, hiszen 35 km-re lakik olyan várostól, ahol egyáltalán ez a kezelés megoldható. Mivel a betegség és a jelen vizsgálat között három év eltelt, ez a depresszió tartósnak tekinthető, tehát a pszichés hatás is tartós a felperes esetében, amely a családi életben való részvételét, gyermekeivel való foglalkozását, párkapcsolatát is hátrányosan befolyásolja.

Az eset értékelése:

Az alperes nem a legnagyobb gondossággal és körültekintéssel járt el, amikor nem alkalmazott sem a műtét előtt, sem ezt követően vérrögösödést gátló kezelést.

Az eset alkalmas lett volna a közvetítői eljárás lefolytatására. Az alperes, - ha bizonyítani akarná segítőkészségét - elismerve, hogy hibázott, így elégtételt is adott volna a felperesnek.

3.3. Harmadik eset

11. osztályos gimnáziumi tanuló, és a kiskorú törvényes képviselője elmondása szerint a gyermeknek a sérüléséig komolyabb megbetegedése, kórházi kezelése, műtét vagy más balesete nem volt. 2003. december 30-án elesett, jobb kezét ütötte meg. Városi kórház traumatológia ambulancián Tetanusz toxoid profilaxis, sebkötözés, kötéscsere (aszéptikus). Összefoglaló szakorvosi lelet szerint a III. ujj végpercén zúzott seb, a köröm közepén harántul eltörött (rtg felvétel a jobb kezujjokról: a köröm közepén darabos törés). Másnap kontroll vizsgálatnál a seb gyulladásmentes volt.

Az esethez tartozó megjelenések:

2003.12.30. 16 óra 06 perc, 12.31. 10 óra 22 perc,

2004. 01. 08. 10 óra 28 perc, 01. 12. 9 óra 20 perc, 2004. 01 29. 9 óra 29 perc

Kórisme: a jobb kéz III. ujj nyílt sebe a köröm sérülésével, a kéz egyéb ujjának sérülése.

Beavatkozások:

03.12.30. Vizsgálat.

03.12.31. Kontroll vizsgálat konzílium, sebkötözés, kötéscsere, (aszéptikus).

04.01.08 Kontrollvizsgálat konzílium.

04.01.09. Kontrollvizsgálat, konzílium.

04.01.09. sebkötözés, kötéscsere.

04.01.12. Kontroll vizsgálat konzílium.

04.01.12. sebkötözés, kötéscsere aszeptikus.

Javaslat:

03.12.30. Holnap ellenőrzés, kenőcsös kötés.

03.12.31. Betadin kenőcsös kötés, 2-án kontroll.

04.01.08. Betadinos kötés, holnap kontroll.

04.01.09. Betadinos kötéscsere, 2 nap múlva kontroll. Szükség esetén előbb.

04.01.12. Rtg: a jobb kéz III. ujj körömpercének darabos *fractura*, a törtrészek közti 2-4 mm-es *dislocációval* változatlanul ábrázolódik. Posttraumás ostitis miatt *sebrevízió* a devitalizált csontrészek eltávolítása *céljából*. *Traumatológia ambulanciára utaljuk ellátás céljából*.

Vélemény: Fract. proc. ung. dig. III. m.d. Abl.part.ung.dic. III. m.d.

A jelenlevő édesanya törvényes képviselő elmondja, hogy 2003.01.02-án is voltak kontroll vizsgálaton, ahol kötéscsere történt, ez feltehetően azért nincs beírva, mert pénteki napra esett ugyan, de az ünnepek miatt ügyelet volt, a napcserek miatt, ezért a kórház épületében látták el, nem is a szakrendelésen.

Ezen a másodikai kötéscserénél azt mondta az orvos (a pénteki napon), hogy egy hétig hagyják pihenni, mert eddig minden nap átkötötték, és ezért felszakították a sebet. A következő hét csütörtökre rendelte vissza, ez volt a jan. 8-i nap. Akkor nem is 8-án jelentek volna meg, ha nem másodikán hívták volna őket vissza a 8-i napra.

Miután a 2004. január 12-i kötözésnél a gyermek egyedül volt az orvosnál, és azt mondták a kiskorúnak, hogy menjen fel a traumatológiai osztályra, ahol felnyitják a sérült területet, lényegében megoperálják. Akkor a gyerek megijedt és inkább hazament, mert egyedül nem mert fölmenni egy ilyen ellátásra. A szülők úgy döntöttek, hogy egy másik városban lévő kórházba viszik inkább a kiskorú gyermeket.

2004.01.12-én 15 óra 26 perckor a kórház Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika ambuláns lapjából kitűnik, hogy ekkor jelentkezett vizsgálatra

Vizsgálatkor észlelték hogy a jobb kéz III. ujj körömperc distalis végén inveterált seb látható, melynek alapján sárgás hintőpor látszik, a sebzúgból pus ürül, a köröm distalis fele hiányzik, *az ujjbegy az alapperc proximális harmadáig necrotikus, fekete*. Feltárva a sebet az ujjkúp területén a korábban visszahelyezett szabad körömdarabot megtaláljuk. Tekintettel az előrehaladott necrosisra az ujjvég körömperc szintű amputációját tudjuk végezni nyitott sebkezelés mellett.

javaslat: fájdalmak esetén fájdalomcsillapító illetve 3x625 mg Augmentin szedése javasolt. Kontroll 01. 13-án, 14-én, 15-é, 20-án.

Utolsó kontroll vizsgálat 01. 27-én. Ekkor sebe reakciomentesen gyógyult, kontroll panasz esetén.

Kórisme: Osteomyelitis, a lágyrészekben visszamaradt idegentest, Osteomyelitis acuta proc. unguicularis digiti III. m. d. Corpus alienum digiti III. m. d.

A beteg és törvényes képviselője úgy ítélte meg jelen állapotot, hogy esztétikailag az a probléma, hogy a jobb kezén van a csonkolt ujj, pl. már egy kéznyújtásnál is, kézfogásnál is látszik, hogy csonkolt, és ez őt zavarja a társas kapcsolataiban, párkapcsolatban is ez nehezítő tényező. Iskolába jár, társai is többször előfordultak, hogy gúnyos megjegyzéseket tettek a csonkolt ujjára vonatkozóan, illetőleg előfordul, hogy a középső ujját felmutatva, mutogatva nevettek, “cukkolták”. Azóta úgy tűnik, hogy megpróbálta feldolgozni ezt a helyzetet, de azért továbbra is zavarja, ha nem is olyan mértékben, mint korábban. Fizikailag az jelent kellemetlenséget, hogy pl. a számítógép kezelésénél erre az ujjára is szükség volna, és a csonkolt ujjon a tapintásban zavarja, hiszen az ujjbegy hiányzik és a csonkolt résznek a felismerési funkciói kisebbek, illetőleg ha odaüti valamihez vagy erőteljesebben nyomó mozgást fejt ki vele, akkor fájdalom is jelentkezik. A párkapcsolatoknál - egy simogatásnál, táncnál ahol a kezét tartja - ugyancsak zavaró tényezőt jelent.

A felperes kártérítés iránt kereseti kérelmet nyújtott be a bírósághoz. 2004. április 6-án az alperes (közhasznú társaság) ellenkérelmében szerepel:

Alperes álláspontja szerint sérült körömpercének ellátása során mindenben a szakmai és etikai előírások messzemenő betartásával, legnagyobb gondossággal jártak el a kezelőorvosok. A sérülés sebellátása majd az azt követő kezelések teljesen korrektek voltak. A felperesi előadás néhány ténybeli tévedésére is rámutat.

Első ellátásakor 2003. december 30-án a kezujjak kétirányú rtg. felvétele készült, ezen a letört köröm fedés nélküli része jól látható. Beadta az ilyenkor kötelező Tetanusz toxoid védőoltást és Betadin kenőcsös aseptikus kötözést helyezett fel, másnap ellenőrzésre rendelte vissza. Az első ellátó orvos urológus volt, a későbbiekben azonban sebészek végezték kezelését.

A keresett sérelmező törött köröm visszamaradt részét nem vették le, ennek semmiféle orvos szakmailag alátámasztott indoka nem volt. A körömnek az a része, amely letört, tehát a körömágytól számított távolabbi (distalis rész) leválasztódott az tehát már az első kezelés során sem maradt a sebben.

A felperes a január 2-i kontroll vizsgálaton nem jelent meg, csak január 8-án. A keresetlevéllel ellentétes álláspont.

Sebészeti osztályon és az ambulancián sebhintőport egyáltalán nem alkalmaznak, kizárólag kenőcsös illetve oldatos sebkezelés az előírás. Tehát a felperes kezén az ő kezelésükhöz kapcsolható sárga por bizonyítottan nem lehetett, ami azért fontos, mert a kórház ambuláns lapján is szerepel a sárgás hintőporra utalás. A szakorvosi leletekből megállapítható, hogy végig Betadinos kenőcsöt alkalmaztak, amely színében is eltér a sárga folttól, ez vöröses barna jódra hasonlító színű készítmény. Kérdéses, hogy hogyan kerülhetett a sebbe az általuk nem alkalmazott sebhintőpor. A január 12-i megjelenésekor a csontrészek eltávolítása céljából traumatológiai ambulanciára utalták a felperest, de ezt nem fogadta el, hanem a Klinikát kereste fel, ahol az általuk is felajánlott feltárást végezték. Ekkor állapították meg az előrehaladott necrosist, amelyet követően az ujjvég körömpercének amputációját végezték. Sajnálatos, de ez még a leggondosabb kezelés mellett is szükségesé válhat tekintve, hogy roncsolt zúzott sebek minden megelőző kezelés ellenére befertőződhetnek és kialakulhat olyan csontgyulladás, amely miatt az amputáció nem kerülhető el. A klinikai ambuláns lapon szereplő "alapperc" nyilvánvaló elírás.

Felperesnél kialakult osteomyelitis olyan szövődmény, amely a legkörültekintőbb beavatkozás mellett sem zárható ki, tehát nem orvos szakmai mulasztás következménye. A sérült ujj fizikális helyzetében sem az első ellátáskor, sem a későbbi kezelése során nem lehetett következtetni a csont rész életképtelenségére vagy elhalására. A január 12-én javasolt feltárást az ekkor észlelt posttraumás ostitis miatti sebreviziót célozta meg. Ezt megelőzően nem volt arra utaló jel, hogy osteomyelitis alakult ki. *Felróhatóság hiányában nem ismerik el a felelősséget és elutasították a bejelentett kárigényt.*

2004. szeptember 2-án tartott tárgyalásáról készült jegyzőkönyv, amelyen az ellátó orvos tett tanúvallomást.

Elmondta, hogy a Klinikán jelentkezett az elmúlt év decemberében a felperes, megvizsgálta és azt tapasztalta, hogy a jobb kéz III. ujjának ujjvégén van egy idősült sérülés, a sebe gennyedzett. Az ujjról a köröm hiányzott, az ujjvég pedig fekete, elhalt volt. A felperes elmondta, hogy kb. két héttel korábban érte sérülés és más kórházban látták el a sebet. Még aznap eltávolították a klinikán az elhalt fekete ujjvéget. Amikor a műtétet végezte azt tapasztalta, hogy a sebben benne volt a köröm, ez egy idegen test, amely a fertőzést okozta. A sebet nyitva hagyták, mert a gyulladást meg kellett szüntetni, majd amikor az megszűnt, újabb műtéttel bevarrták az amputált testrészt. Megállapította, hogy a köröm ketté volt törve a sérült ujjon, és azt, véleménye szerint, el kellett volna távolítani. Ő egy körömrészt talált a sebben. Azért kellett volna eltávolítani, mert ez

esetben a körömrész becsúszhat a két csont közé, és akkor fertőzés keletkezhet. Amikor ő látta a sérült testrészt akkor azt állapította meg, hogy csak a köröm felőli része volt sérült az ujjnak, éppen ezért a fertőzés keletkezését csak az általa elmondottakra tudja visszavezetni. Amikor megvizsgálta akkor azon sárga port talált, valószínűleg sebhintőpor volt. Elfogadott ez a kezelés a felületes sérüléseknél, pl. egy hámhorzsolásnál, egyébként pedig nem szokták alkalmazni olyan sérülésnél, mint ami a perbeli eset volt. Ettől függetlenül ő úgy gondolja, hogy nem ez volt az oka annak, hogy elfertőződött a seb, önmagában ehhez elég volt a körömdarab sebben történő bent maradása.

Mielőtt amputálták volna a testrészt, készítették a sérült ujjról oldalhelyzetben rtg. képet, azon egy éles árnyék képet látott és azt gondolta, hogy az egy csontdarab. Mikor elvégezte a műtétet akkor tapasztalta, hogy ez körömrész, mégpedig a distalis körömrész, ami az ujjvég felőli körömrészt jelentette. A vizsgálat során az kiderült, hogy az ujjon a proximális körömrész, tehát a körömágy felőli körömrész megvolt, a distalis (ujjvégi) körömrész sebbe törő beágyazódása vagy benn maradása okozta az ujj elfertőződését.

Elmondta még az orvos, hogy a sérült ujjra vissza szokták helyezni a körömöt akkor, ha az egyben van, ez orvosilag elfogadott és bevett, abban az esetben, amikor az kettévál, vagy két részben van, akkor ezt nem végzik, mert nem szabad visszahelyezni ilyen állapotban. *Szaktanácsadóként kézsebész, sebész, traumatológus szakorvost kértem fel,* aki az iratok áttanulmányozása alapján azt véleményezte, hogy egy nyílt törés esetén nem akadályozható meg teljes biztonsággal a fertőzéses szövődmény kialakulása.

Minden idegen test a fertőzés veszélyét növeli, ezt a kísérletes vizsgálatok (állatkísérletek az irodalomban) is igazolják. Bár a köröm sérülése esetén – ha az egyben marad - annak eltávolítása nem kötelező, de *ha a köröm törése fennáll, és megvan a veszélye annak, hogy idegen testként viselkedve a fertőzés veszélyét fokozza, akkor el kell távolítani.*

Összefoglalva:

Fiatalkorú felperesnek, az Egészségügyi Kht. alperes ellen, valamint a Biztosító Rt alperesi beavatkozó ellen kártérítés megfizetése iránt indított perében a felperes igazságügyi orvosszakértői vizsgálata iratainak, orvosi leleteinek áttanulmányozása alapján megállapítható, hogy a felperes 2003. december 30-án jobb kezét megütötte, melynek következtében a III. ujj végpercén zúzott sebet szenvedte el, továbbá a köröm közepén harántul eltörött. A beavatkozásként vizsgálat, sebkötözés, kötőscsere és Tetanusz toxid profilaxis van feltüntetve. Tehát az nem állapítható meg a leletből, hogy a

tört köröm milyen irányban, hogyan állt a proximális és distalis azaz felső és alsó köröm, és arra sincs utalás, hogy a körmöt eltávolították-e vagy sem. Ebből arra lehet következtetni, hogy az alsó körömrész eltávolításra nem került, egyébként ekkor az sincs feltüntetve, hogy milyen kötést alkalmaztak. Az feltüntetésre került, hogy kenőcsös a kötés, az azonban, hogy milyen kenőcsöt alkalmaztak az nem. Az feltehetően elfogadható, hogy ez a kenőcs Betadinos kenőcs volt. Ez az ellátás a körömperc eltávolítás szükségességének kivételével helyesnek véleményezhető. Az ujj zúzódásával, a körömperc törésével járó sérüléseknél a diagnosztikai kezelési ismeretek tükrében *objektíven* nem előzhető meg és nem zárható ki a sérült ujjvég amputációjához vezető necrosis. A darabosan tört ujjvég fertőzése megelőzhető - általában gyógyszeres - ha szükséges akár helyi gyógyszeres, akár általános antibiotikus - kezeléssel, azonban mivel a későbbi leírás szerint a törtvégek között a korábban letört alsó köröm részlet idegen testként viselkedett, ez megalapozta a lehetőségét annak, hogy a fertőzés nagyobb valószínűséggel következett be. Azonban tekintettel az akkori ünnepekre, és emiatt az ügyeleti ellátásra, az orvosi gyakorlat szerint ez elfogadható, hogy nem a szakrendelésen, hanem az ügyeleti napon a kórházban látták el, amelyről ambuláns lapot nem kapott. Feltehetően ezen ellátás a kórházi ellátási lapokon (gépben) szerepelhet.

A felperes beadványában feltett kérdésekre, *összességében az állapítható meg, hogy bár a felperes sérüléséből eredően a fertőzést 100 %-ban, teljes biztonsággal, a körömdarab eltávolításával sem lehetett volna megakadályozni, azonban az alperesi kórház orvosa nem a legnagyobb gondossággal járt el akkor, amikor a fertőzés esélyét nem csökkentette azzal, hogy a megmaradt körömdarabot eltávolította.*

A *felperes vizsgálata során* az állapítható meg, hogy a felperes jobb kéz körömperc amputációja utáni állapot áll fenn, amely értékelhető munkaképesség-csökkenést nem okoz, ugyanakkor a mindennapi és társadalmi életvitelt tartósan nehezíti. A megnehezülés mértéke enyhe fokú. A megnehezülés elsősorban az esztétikai hátrányban nyilvánul meg, tehát az, hogy a domináns kézen hiányzik egy végperc, amely pl. a kézfogáskor, a kéz nyújtásakor már feltűnő, ez a fiataalt mind iskolásként, mind egyéb kapcsolatokban zavarhatja, és kismértékű hátrányokat okozhat a társas kapcsolatokban.

A kéz fogókészsége, szorítóereje nem csökkent, azonban az olyan tevékenységekben, ahol a kéz tapintási funkciója is szerepet játszik az ún. gnosztikus funkció (tapintással felismerni pl. a pénzürméket, vagy más finomabb domborulatokat) hátrányt szenved,

illetve olyan tevékenységben, ahol kifejezetten a középső ujj használatára van szükség, pl. a számítógép kezelésénél vagy írógép használatánál ott ez hátrányt jelent.

Az ember biológiai lény, ugyanazon elváltozásokra, beavatkozásokra nem mindenki egyformán reagál, ezért nem adható 100%-os bizonyosságú vélemény (nem olyan, mint amikor egy csavardarabot hagynak egy motorban, és az tönkremegy) azonban tény az, hogy a felperest ellátó orvos nem a legnagyobb gondossággal járt el akkor, amikor a fertőzés esélyét nem csökkentette azzal, hogy a megmaradt körömdarabot nem távolította el.

Az eset értékelése:

A szakmai szabályok szerint nem volt helyes, hogy a megmaradt distalis körömdarabot nem távolították el, azt el kellett volna távolítani. Ez a körömdarab a későbbiekben idegen testként viselkedett, és az ily módon a bekövetkezett fertőzés és emiatt végzett ujjperc-
csonkolás, valamint a köröm bent-maradása között a *közvetlen ok-okozati összefüggés megállapítható*. Csak az nem állapítható meg teljes biztonsággal, hogyha a körömdarabot eltávolítják, akkor biztosan nem következik be fertőzés.

Az alperesnek és biztosítójának törekedni kellett volna a közvetítői eljárás megindítására.

3.4. Negyedik eset

A kismama 2001. június 24-én szült. Terhessége idején 21 éves volt. Részt vett a terhesgondozásban, rendszeresen megjelent a vizsgálatokon, beleértve az ultrahang-vizsgálatokat is. A szülészeti szakrendelés az ultrahang-vizsgálatokat Toshiba 250 SA ultrahang készülékkel végezte, 3,5 MH-zes convex transducerrel. A vizsgálat során videofelvétel is készült. A vizsgálatot az UH diagnosztikában jártas („C” szinttel rendelkező) szakorvos végezte és értékelte. A felvételeken kóros eltérést nem látott. A terhesség 16. hetében az AFP 0,25 ng/l, 0,80 MoM értékű volt. (A normál értéktartomány 0,5-2,5 MoM közötti.)

Megszületését követően a gyermek nem sírt fel, gyermekorvosi ellátásra volt szükség. A zárójelentés szerint a gyermek fokozott gondozást igényelt, és felmerült a genetikai vizsgálat szükségessége. A július 9-én elvégzett genetikai vizsgálat un. tiszta triszómiás Down szindrómát kórismézett. A gyermek 2001. október 11-én szívműtéten

esett át. A 2005. március 30-án készült koponya MR vizsgálat lelete szerint mindkét oldali lencsemag területén apró, régebbi ishaemiás lézióknak megfelelő elváltozás észlelhető.

Az anya kártérítés iránt kereseti kérelmet nyújtott be a bíróságon; álláspontja szerint a kórház megsértette a szakmai szabályokat.

A bíróság szakértői bizonyítást rendelt el.

A rendelkezésre álló orvosi leletek és a magzati ultrahangvizsgálat során készült videofelvétel alapján az eljáró orvosszakértő megállapította, hogy a kezelőorvosok nem sértették meg a szakmai szabályokat.

2001-ben Magyarországon a terhesség alatti ultrahang vizsgálatok típusa kétféle volt: szűrő-jellegű és/vagy diagnosztikus jellegű. 2001-ben Magyarországon már volt szakmai ajánlás a szülészeti ultrahang vizsgálatokra, és alperes az ultrahang vizsgálatok végzésével kapcsolatos szakmai protokollokat betartotta felperes vizsgálata alkalmával.

A felperesnél, terhessége alatt, a megfelelő időközökben és megfelelő módszerekkel történtek az ultrahang vizsgálatok: Ezek leletei magzati fejlődési rendellenesség meglétére (felperes esetében a Down szindróma előfordulására) nem utaltak. A Down szindróma fennállása – ami egyébként kromoszóma rendellenesség – ultrahang vizsgálatokkal nem állapítható meg.

Szűrő jellegű kromoszóma vizsgálatot, rutinszerűen, 2001-ben nem végeztek Magyarországon, és ma sem végeznek. A vizsgálat a magzatvízből végezhető el; a mintavétel invazív beavatkozás, amely a vetélés kockázatát nagymértékben megnöveli. Ilyen invazív, a magzat elvesztésének veszélyével járó vizsgálat csak orvosi javallat alapján, csak a terhes beleegyezésével (vagy kifejezett kérésére) történhet.

A 21 éves terhesnél – családi kórelőzmény vagy egyéb terhesség alatti kóros eltérés hiányában – életkora alapján nem volt orvosi indikáció a terhesség alatti genetikai tanácsadásra, kromoszóma vizsgálat elvégzésére, vagy magasabb szintű szülészeti centrumba történő utalására.

Az alperes által alkalmazott készülék (kétdimenziós, real-time ábrázolást biztosító, 3,5 MHz-s convex transduceres, képi dokumentálásra alkalmas, impulzus üzemű Doppler) alkalmas volt a szülészeti ultrahang vizsgálatok elvégzésére.

A felperesnél elvégzett ultrahang vizsgálat eredményei értékelhetők voltak, azok a szükséges időben megtörténtek, a becsatolt videokazettán látható felvételek értékelésre alkalmasak. A felvételeken látottak speciális vizsgálat elvégzését nem indokolták.

A III. szintű vizsgálat (speciális szakellátás) a „magas kockázatú” betegek szűrésére szolgál, és az alap szinten kiszűrt, vagy a középszinten felismert kóros esetek diagnosztikus vizsgálata utáni végső véleményadást, az invazív vizsgálatok elvégzését (pl. amniocentesis, chordocentesis) jelenti.

A gyermek 2005. március 30-án készült koponya MR vizsgálati lelete alapján megállapított – a lencsemagok állományában észlelt apró, régebbi ishaemiás lézióknak megfelelő – elváltozások kóreredete objektíven nem állapítható meg; azok vérellátási zavar (oxigénhiány) okozta károsodásnak megfelelőhetnek. A szülés közben, azaz a szülés során történt szakmai mulasztás vagy szabályszegés nem állapítható meg. Az értelmi fejlődésben való elmaradás a Down kórból adódik, a gyermekszülés körüli eseménnyel összefüggésbe hozható agyi károsodása nem állapítható meg.

A terhesség 16. hetében végzett AFP vizsgálat eredménye szerint az érték a normál tartományba esett, azaz nem volt kóros; nem indokolta célzott ultrahang vizsgálat vagy genetikai vizsgálat elvégzését. 21-trisómia esetén az anyai AFP szintje az esetek 20 %-ában alacsony; kórosan alacsony koncentráció vagy idős anyai életkor képezi amniocentesis javallatát.

Az eset értékelése:

Az eset egyértelműen alkalmas lett volna közvetítői eljárás lefolytatására. Az orvosszakértői vélemény alapján per kezdeményezésének indokolatlanságát a páciens felismerhette volna. Az eljárás időben gyorsabban, a per költségeinél takarékosabb kiadások révén rendezhető lett volna.

4. A Biztosító által elutasított mediáció

4.1. Első eset

A felperes 2002. szeptember 23-án került felvételre egy Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikára. Felvétele után másnap a méh göbös elváltozásai, vérzési rendellenesség miatt méh és mindkét oldali függelék eltávolítását végezték.

A felperes 2002. szeptember 26-án délután érezte, hogy hasa kissé görcsöl. Szeptember 27-én jobb oldali vesetáji érzékenységet jelzett, ezért az alperes urológiai konzíliumot kért, majd telefonon történt egyeztetés után a felperest *urológiai osztályra helyezték át.*

A felperest 2002. szeptember 27-től október 12-ig a kórház Urológiai Osztályán kezelték, húgyvezető elzáródás gyanúja miatt. A felvétel napján elvégzett cystoscopia (hólyagtükrözés) szerint a hólyag hátsó fala balra kifliszerűen elhúzott (kiöltés?) a bal ureter (húgyvezeték) szájadék balra fenn, a jobb ureter szájadék közepén, a bal ureter szájadék szabadon katéterezhető, a jobb szájadékban négyes katéter 1 cm-re masszívan elakad. *A vese ultrahang vizsgálata során megállapították, hogy a jobb vesében jelentős fokú diffúz üregrendszerű tágulat van, a pyelon csaknem 3 cm tágasságú, az ureter proximális szakasza 10-14 mm, a vesében, mindhárom harmadban ábrázolódik 6-11 mm nagyságú kőreflexió hangárnyékkal. A felső kehelycsoportban lévő kőreflexió több fragmentumból áll. A bal vesében üregrendszerű tágulat nincsen, elszórtan több 5-6 mm-es kőreflexió ábrázolódik.*

Szeptember 28-án a felperesen műtétet végeztek, amely szerint hason fekvő helyzetben jobb oldalra UH vezérelten nephrostomán át draint helyeztek be. Helyzetét képerősítő alatt ellenőrizték. Szeptember 30-án laborvizsgálatot követően *ismételten műtétet végeztek* altatásban.

Ezt követően a felperes több alkalommal járt kezelésre, az Urológiai osztályra.

A beteg kártérítés iránt kereseti kérelmet nyújtott be a bíróságon; álláspontja szerint az alperesnél történt gyógykezelése óta (nőgyógyászat) az alperes által „összevarrt” uréter körül állandó fertőzése van, amely igen magas lázzal, hidegrázással, sorozatos hasi görcsökkel jár, vizeletürítési problémái vannak. Emiatt 2003. augusztus 14-től 2003. augusztus 22-ig, 2003. szeptember 22-től szeptember 26-ig, majd 2004. január 23-tól január 27-ig az Urológiai Osztályon állt gyógykezelés alatt. Állapotát az orvosok maradandónak tekintik. Egészségi állapota miatt a családi életben nem teljes értékű, károsodást a családi élet megsínyli.

A keresethez igazságügyi orvostani szakértő szakértői véleményt csatolt.

A szakértő megállapítása szerint, a műtéti leírás alapján, a beavatkozás során rendkívüli esemény nem történt, jelentős vérzés nem lépett fel, illetőleg kóros anatómiai helyzet rögzítésre nem került.

A műtét során a jobb oldali húgyvezeték teljes lekötése történt, mely műtét után a harmadik napon bekövetkező lázas állapot jobb oldali vesegörcsök következtében elvégzett vizsgálatok során diagnosztizált vese és húgyvezeték kövek miatt urológiai osztályra történő áthelyezést követően az elvégzett szakvizsgálatok során derült ki. A szakértő véleménye szerint a betegnél a műtétet megelőzően szabályos anatómiai helyzet volt, kellő gondosság betartása mellett az anatómiai helyzetet kellő részletességgel történő feltárással kismencedei képletek gondos ellenőrzése mellett elkerülhető lett volna a jobb oldali húgyvezeték lekötése. A beteg a későbbiek során, több műtéten esett át, illetőleg szövődményei léptek fel, amelyek kialakulásában nevezett természetes okú betegségei mellett a jobb oldali húgyvezeték lekötése miatti beavatkozások és azok szövődményei is közrejátszhattak.

Az alperes is magánszakértői véleményt csatolt, melynek lényege szerint a műtétet megelőzően a felperesnél idült gyomorfekély, migrén, vesekövesség, jobb oldali végtagi visszértágulat, illetőleg a magas vérnyomás miatti gyógyszeres kezelés, gondozás szerepel. Az orvosi iratokból azt állapította meg a magánszakértő, hogy a felperes több évre visszamenőleg vesetáji panaszai és ismert vesekövessége volt. A szakértői vélemény szerint a korábbi császármetzés műtétből adódóan a jelen nőgyógyászati műtét során észlelték az anatómiai rendellenességet okozó és műtétet lényegesen megnehezítő elváltozásokat: a méh göbös elfajulását, a húgyhólyag leválasztása megnehezítettségét, a méhnyak körüli kifejezetten kemény terjedelmes összenövéseket. A korábbi császármetzés műtéte miatt változó anatómiai helyzet a végzett méheltávolító műtét kockázatát növelte, ennek ellenére az operáló orvos tapasztalatából adódóan sikerült olyan anatómiai viszonyt teremteni, hogy a műtét során nem vált szükségessé a húgyvezető kipreparálása, mely további lényegesen súlyosabb kockázatot jelentett volna. A húgyvezeték aláöltéses lekötése a műtét során sebészi vérzéscsillapítás lekötés miatt keletkezhetett egy olyan műtéti szövődményként, amely műtét során nem vehető észre.

A szakértő álláspontja szerint a nőgyógyászati műtét során történt jobb oldali húgyvezető aláöltés, a műtét ismert és elkerülhetetlen, műtét során nem észrevehető

kockázati körébe tartozó szövődmény. Húgyvezeték sérülés valószínűségét fokozta a méh göbös elfajulása, korábbi műtéti hegesedés miatti rendellenes anatómiai helyzet.

A szakértő véleménye szerint a felperes jelenlegi állapota nőgyógyászati műtétet megelőzően is fennálló kétoldali vesekövesség, jobb oldali húgyvezető visszatérő kövessége, kőürítések következménye. A társuló húgyúti gyulladás miatt a kétoldali vesekövességhez vesemedence és vese idült gyulladása is kialakult. Mindez gyógyszeres kezelést, urológiai gondozást tesz szükségessé. Nőgyógyászati műtétet követő képalkotó vizsgálati leletek szerint a jobb oldali húgyvezeték aláöltése marandó veseműködési zavarral vagy húgyvezető képességi zavarral nem jár.

Az ellentétes szakértői vélemények miatt a bíróság igazságügyi szakértőt kért fel, aki a feltett kérdésekre megadta a választ.

Összefoglalva:

A felperesnél 2002. Szeptember 24-én elvégzett nőgyógyászati műtét során bekövetkezett húgyvezeték aláöltéssel történő lekötés, ezen műtét szövődményi körébe tartozik.

A hasi feltárásból, vagy akár a hüvelyi feltárásból végzett nőgyógyászati műtéteknél az ureter sérülésének, lekötésének, átmetzésének vagy az ureterfal károsodásának a lehetősége fennáll. *Az ureter sérülés bekövetkezte ezen műtétek szövődményi körébe tartozik, és létrejöttében elősegítő tényezők játszanak szerepet,* pl. az ureter rendellenes lefutása, a parametriumban (méh körüli kötőszövet) hirtelen keletkező vérzés miatt gyorsan szükségessé váló lefogás, vagy a szükséges ér leköttése miatt is fennáll az ureter sérülés, tekintettel arra, hogy a lekötés vakon történt.

Az ureter sérülés a legnagyobb gondosság mellett is előfordulhat, ezt megelőzni, bekövetkeztének létrejöttét biztonsággal elkerülni nem lehet, a műtét kockázata, a betegség természete és az anatómiai viszonyok miatt.

Az ureter sérülés elkerülésének biztosítéka a szabályos technika és a megelőzés alapja az óvatosság. Az ureterhez közeleső területeken végzett vérzéscsillapítás során, különleges esetekben (pl. kiterjedt daganatos kismencedei folyamatnál) az ureterbe katétert lehet vezetni, ami segít a sérülések megelőzésében, de egyszerűbb esetekben ennek felhelyezése a fertőzés veszélye miatt nem ajánlott. (Ureter katéter felhelyezése rutinszerűen nem alkalmazandó eljárás ilyen jellegű műtéteknél, csak egyes esetekben pl. kiterjedt daganatos elváltozásoknál, ahol a daganat már befogta az uretert.)

Szükséges megjegyezni, hogy a klinikai beteganyag *statisztikai értékelése alapján* a nőgyógyászati műtétek során előforduló ureter sérülések (nyúzásos sérülés, ureter lekötés, átvágás) *gyakorisága egyszerű hasi méheltávolításnál 1,5-2,5 % között van.* Ennél magasabb azonban az előfordulási arány, ha egyéb kiterjedtebb műtétet végeznek (pl. Wertheim műtét).

A szakmai megállapítások és szakirodalmi adatok szerint iatrogén (orvosi eredetű) ureter sérülések kialakulása esetenként a gondos körültekintés ellenére sem kerülhető el legfeljebb számuk megfelelő elővigyázatossággal csökkenthető, illetve a gyógykezelésük eredményessége növelhető.

Felperes esetében is állítható, hogy legnagyobb gondossággal történő műtéti technika esetén sem állítható bizonyossággal, hogy elkerülhető lett volna az ureter öltéssel való befogása. Szükséges itt megjegyezni, hogy felperes előzményi adatai között császármetszés műtete utáni állapot is fennáll, ami a hasi lágyrészek közt hegesedést eredményezett és ugyancsak ismert az a tény, hogy császármetszés műtétének végzése során is előfordul a húgyvezető lekötése vagy sérülése.

Felperesnél *a műtét utáni időszakban végzett utánkövetés megfelelő volt,* a vizeletmennyiség csökkenéséből nem lehetett következtetni az ureter lekötés fennálltára, panaszainak felléptekor pedig, amikor az a jobb oldali vesetájékra lokalizálódott, a megfelelő szakirányú ellátást urológiai konzíliumot és urológiai osztályra való áthelyezést igénybe véve a kialakult szövődmény elhárítása érdekében megfelelő módon jártak el.

A felperesnél a 2002. szeptember 30-án elvégzett műtétet követően, majd a későbbiek során szükségessé vált műtétek után a keresetlevélben írt panaszok, melyek jelenleg is fennállnak, nem a nőgyógyászati műtéttel, illetve a húgyvezeték lekötésével hozhatók okozati összefüggésbe.

Semmi nem bizonyítja azt, hogy felperesnél a jobb oldali húgyvezető a lekötés magasságában károsodott volna és e területen oly mértékű szűkület alakult volna ki, ami miatt vizeletelvezetési akadály, vesemedence tárgulat, vagy kőképződés lépett volna fel.

Felperes évtizedek óta vesekő betegségben szenved, így a jelenlegi állapota nem áll összefüggésben a nőgyógyászati beavatkozás során fellépett szövődménnyel.

A felperesnél a 2002. szeptember 24-én végzett nőgyógyászati műtétnél bekövetkezett ureter ligatura után a műtéti feltárás összefügg a nőgyógyászati műtéttel, ez azonban a nephrostoma majd az ureter sínezésére behelyezett JJ katéter eltávolítása után rendeződött, az ismételt panaszokat a vesében már korábban képződött vesekövek

okozták. Így ténylegesen a betegnél nőgyógyászati műtétet követően mintegy 6 héttel a gyógytartam meghosszabbodott, ez összefügg a nőgyógyászati beavatkozással, de *a későbbi kezelések valamint a jelenlegi állapot közti okozati összefüggés nem bizonyítható és a fennálló sorsszerű elváltozásként ismert kétoldali vesekő betegség miatt nem is valószínűsíthető.*

Felperes műtétet megelőző betegségei a jelenlegi állapotát magyarázzák, a fennálló állapota a korábban is ismert sorsszerű megbetegedések következménye.

A nőgyógyászati műtétnél bekövetkezett húgyvezető lekötés, a lekötés magasságában a húgyvezetőt a hegesedés miatt kismértékben szűkíthette, ami közrehat abban, hogy esetleg a vesemedencéből elinduló apró kő a húgyvezetőben könnyebben elakad, de ezt objektíven bizonyítani nem lehet. Az ürítő vesekövek mindennemű szűkület vagy korábbi beavatkozás nélkül is elakadhatnak, a fennálló idült gyulladási tüneteket pedig a vesekő betegség önmagában létrehozhatja tekintettel arra, hogy a vesekövességhez rendkívül gyakran társul a vizelet fertőzöttsége és gyulladási folyamata.

Az alperes által feltett kérdésekre az alábbi válasz adható:

A húgyvezető lekötés műtéti megoldása deligációval lehetővé vált, a sínbe helyezés az elváltozást megoldotta. Így közvetlen okozati összefüggés az ürítő „sérülés” valamint a korábban már fennállott és a jelenleg is fennálló vesekőbetegség között nem állapítható meg. A húgyvezeték lekötés és a szövődménymentes műtét utáni időszak nem magyarázza a felperesnél fennálló állandó fertőzést, ezt a vesekőbetegség alapozza meg.

Felperes vizeletürítési problémáját – mely szerint nem tudja gyakran teljes mértékben kiüríteni a húgyhólyagját – a húgyvezeték lekötése utáni állapota és annak szövődménymentes ellátása nem magyarázza. A felperesnél, a nőgyógyászati műtétnél bekövetkezett szövődményt sikeresen primeren ellátták, a postoperatív szak zavartalan volt, majd ezt követően jelentkeztek a sorsszerű elváltozásból adódóan az ismételt panaszok, tehát *felperes ellátása a szakma szabálya szerint történt akkor, amikor a szövődmény felléptének felismerése után urológiai ellátását végezték.*

Felperes jelenlegi állapotát az évek óta ismert és sorsszerű megbetegedésként fennálló vese és húgyvezető kövesség valamint egyéb sorsszerű megbetegedések magyarázzák.

Az eset értékelése:

Az alperes oldalán beavatkozó biztosító utasította el a mediációs eljárást, mivel a létrejött orvosi hiba nem az alperes gondatlan magatartásából adódott. A sorsszerű betegségeket a felperes szakértője és ügyvédje nem vette számításba. Márpedig minden sorszerű megbetegedés, ha találkozik bármiféle külső, vagy belső behatással locus minoris resistentiae-ként viselkedvén, rontja a beteg állapotát. Mindezen megállapítás mellett nem bizonyítható objektíven, ha nincs sorsszerű megbetegedés, akkor a beavatkozás kapcsán kialakult megbetegedés hogyan viselkedett volna.

4.2. Második eset

A 60 éves férfit 2002. június 11-én gyengeség és hányás, izzadás, nyugtalanság miatt vitték hozzátartozói a házi orvoshoz, aki beszállította a Sz. városi kórház belgyógyászatára. A beteg a beutalását megelőző hónapban befejezett, hosszabb pszichiátriai osztályos kezelés után távozott a pszichiátriai osztályról (ahol korábban lezajlott agyi infarktus maradvány-tünetei, szellemi leépülés, időnkénti zavartság, alvászavar, zavart orientáció stb. miatt kezelték). Az osztályon belgyógyász és onkológus szakorvosi vizsgálával rendelkező orvos vizsgálta meg. Azonnal laborvizsgálatokat kért, infúziót kötött be (mivel a beteg folyadékhiányos volt, nem tudott enni), EKG vizsgálatot végzett. Az infúzió mellett a beteg általános állapota javult. Miután az ambulancián nem lehetett elhelyezni, a belgyógyászati osztályon nem volt hely, ezért a pszichiátriai osztályon helyezték el. Június 12-én belgyógyász konzílium látta. Különböző diagnosztikus vizsgálatokat (mellkas rtg., hasi UH) javasolt. Magasra emelkedett vérnyomás-értékek miatt gyógyszeres kezelést rendelt. Június 20-án a beteg állapota olyan mértékben romlott, hogy visszahelyezték a belgyógyászatra. Itt végzett további vizsgálatok alapján perifériás keringési elégtelenséget, a bal tüdőben hörögő éstüdőgyulladás tüneteit észlelték. A beteg láza ekkor 39,2 fok volt. Lázsillapítót, infúziót, antibiotikumokat kezdtek adagolni. Másnap hajnalban a beteg meghalt.

Kórboncolása során tüdővizenyőt, idült gennyes hörghurut heveny fellángolását, bal alsó tüdőlebenyében összefolyó göcös tüdőgyulladást találtak. Halálának okát légzési és keringési elégtelenségben jelölték meg.

Felperes kártérítés iránt kereseti kérelmet nyújtott be a bírósághoz. *A keresethez orvosszakértői véleményt csatolt.* A szakértő megállapítása szerint a páciens nem részesült

panaszainak és tüneteinek megfelelő kivizsgálásban, nem kapta meg a szükséges gyógykezelést. Ezek elmaradása „nem kizárható módon hozzájárult a keringés felborulását okozó tüdőgyulladás kialakulásához”. A páciens adott időpontban bekövetkezett halála és „a felróható diagnosztizálási és gyógykezelési hiányosságok között” közvetett okozati összefüggést állapított meg. A vélemény szerint „az elvégzett laboratóriumi vizsgálat emelkedett fehérvérsejt-számot és máj-enzim-értékeket, fokozott vérsejt-süllyedést, valamint kiszáradás tüneteit mutatta.” Erre alapozottan azt a megállapítást tette, hogy „a tünetek alapján *feltételezhető* gyulladásos folyamat ellen ható oki kezelésben” a páciens nem részesült.

Az alperes mellett beavatkozott Biztosító ellenkérelméhez csatolt *egy másik igazságügyi orvosszakértő vélemény*t, amely vélemény – *ugyanazon orvosi dokumentáció adatai alapján* – azt állapította meg, hogy „felróható diagnosztikai elégtelenség, vagy diagnosztikai késedelem, illetve a beteg adott időpontban bekövetkezett halála között okság nem véleményezhető.”

A bíróság orvosszakértői bizonyítást rendelt el. A szakértőként kirendelt egyetemi *Igazságügyi Orvostani Intézet szakértője* 2004. december 27-én előterjesztett véleményében – a rendelkezésre bocsátott orvosi dokumentáció és belgyógyász szakkonzultáns véleménye alapján – úgy nyilatkozott, hogy ”a halál bekövetkezésével bármilyen oki összefüggésbe hozható, bármilyen diagnosztikus vagy terápiás beavatkozás elmulasztása orvosszakértőileg nem állapítható meg, és megalapozottan nem is feltételezhető.”

A Bíróság az eljárásban beszerezte az *Egészségügyi Tudományos Tanács Igazságügyi Bizottságának véleményét*. A 2005. július 20-án kelt vélemény elkészítéséhez az ETT IB megpróbálta beszerezni a néhai mellkas Rtg felvételét (sikertelenül), továbbá beszerezte a tüdőből készült szövettani metszeteket, és az alperesi kórházban végzett EKG vizsgálat szalagját. Az EKG szalagon név nem szerepelt, a felvétel technikailag rossz minőségű. A görbe kiértékelése és enzim-eltérések alapján az IB „felvetette” heveny szívizom elhalás lehetőségét (amellyel kapcsolatban leszögezte azonban, hogy azt minden kétséget kizáróan igazolni nem lehet). Az IB véleményének megállapítása szerint is a „halál közvetlen oka tüdőgyulladás volt” A bíróság kérdésére az IB leszögezte azt is, hogy a beteg halála legnagyobb valószínűséggel ugyanígy bekövetkezett volna, ha nem szállítják kórházba.

„Fentiek alapján” az IB azt a megállapítást tette, hogy „a kórházban nem megfelelő gondossággal látták el néhait, és nem klinikai állapotának megfelelő osztályra helyezték.” Mindezek alapján közvetett ok-okozati összefüggést állapítottak meg néhai halálának bekövetkezése és azon – általuk tett – ténymegállapítás között, hogy a beteg „belgyógyászati betegségeinek megfelelő kezelést nem kapott”.

A Bíróság felperes keresetét elutasította. Az ítélet ellen a felperes fellebbezett.

A II. fokú Bíróság hatályon kívül helyezte az I. fokú bíróság ítéletét, és az I. fokú bíróságot új eljárás lefolytatására utasította. A megismételt I. fokú eljárásban felperes indítványozta, hogy a Megyei Bíróság által négy pontban megfogalmazott kérdésekre a bíróság nyilatkoztassa szakértőket, és az általuk előterjesztett véleményt azok alapján egészíttesse ki.

A Bíróság által feltett kérdésekre az Egészségügyi Tudományos Tanács Igazságügyi Bizottsága a következőket válaszolta:

Néhai halálához belgyógyászati eredetű megbetegedés vezetett. A belgyógyászati eredetű megbetegedés valószínűsíthetően szívizom-károsodás lehetett. A halál közvetlen oka tüdőgyulladás volt. A klinikai tünetek, és a szívizom-elhalásra jellegzetes enzimek kóros volta klinikailag felveti a heveny szívizom elhalás kórismét, azonban a kórbonctani vizsgálat során csak régi szívizom elhalást figyeltek meg makroszkóposan. Tekintettel arra, hogy mikroszkópos vizsgálatot nem végeztek a szívizomból a patológiai osztályon, így minden kétséget kizáróan nem bizonyítható szakértőileg, hogy néhainál a régi szívizom elhalás mellett friss komponens is volt.

Néhai kórházi felvételekor a kórlapban nem került leírásra olyan tünet, mely akut pszichiátriai felvételét indokolta volna, állapotát egyértelműen a belgyógyászati eredetű megbetegedések határozták meg.

Fentiek alapján az IB ismételten úgy nyilatkozott, hogy az alperesi kórházban nem megfelelő gondossággal látták el néhait, s nem klinikai állapotának megfelelő osztályra helyezték.

Néhai halálához hozzájárult, hogy nem állapotának megfelelő kezelésben részesítették, ennek százalékos aránya a halál beálltában nem határozható meg.

Amennyiben a beteget nem szállítják kórházba, legnagyobb valószínűséggel a halála ugyanígy bekövetkezett volna. A kórházi kezelés nem hosszabbította meg néhai életét, tekintettel arra, hogy belgyógyászati státuszát figyelmen kívül hagyták.

Néhai belgyógyászati betegségeinek megfelelő kezelést nem kapott, így a halál beállta és a kezelés elmaradása között közvetett ok-okozati összefüggés megállapítható. Ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy nem állítható biztonsággal, hogy nevezett élete megmenthető lett volna, amennyiben belgyógyászati osztályon megfelelő gondossággal kezelték volna.

Alperes kórháza eredetiben megküldte a beteg EKG felvételének szalagját, kórszövettani leletét, és a kórház radiológiai leletét.

Előzőeken túl csak ugyanazok az orvosi adatok álltak az IB rendelkezésére, melyek az alapvélemény elkészítésénél is rendelkezésükre álltak.

A Bíróság az ETT IB véleményét és az EKG görbét megküldte az előző eljárásban közreműködött intézeti orvosszakértőnek és belgyógyász professzor szakkonzultánsnak, és kérte, hogy azok alapján – amennyiben indokoltnak tartja – korábban készített szakkonzultánsi véleményét egészítse ki, illetve az EKG görbe értékelése alapján adjon részletes leletet.

A belgyógyász-szakkonzultáns vélemény-kiegészítése szerint az ETT IB azon feltételezését, mely szerint „A klinikai tünetek, és a szívizom-elhalásra jellegzetes enzimek kóros volta klinikailag felveti a heveny szívizom elhalás kórismét ...” nem tartom megalapozottnak. A klinikai tünet-együttes egyáltalán nem tekinthető myocardialis történéésre jellegzetesnek.

A mellékelt EKG egyrészt valóban nem azonosítható be, másrészt pedig igen rossz technikai minőségű. Az értékelhető részekben (elvezetésekben) azonban acut myocardialis infarctusra egyértelműen utaló kórjelző eltérés nincsen, sokkal inkább bal kamra hypertrophia jelei láthatók. Semmiképpen sem lehet egyetérteni azzal, hogy az észlelt enzim-eltérések myocardialis necrosisra jellegzetesek, hiszen specifikus enzim meghatározás (CK-MB vagy troponin) nem történt, s a többi enzim-emelkedés kinetikája sem erre a kórképre jellemző.

Mindezek alapján nem gondolom, hogy a beteg kezelését ebbe az irányba kellett volna kiterjeszteni. A kórbonctani vizsgálat önmagában is alkalmas jelentősebb kiterjedésű friss myocardialis infarctus diagnosztizálására. Kétségtelen, hogy létezik

mikroszkopikus méretű elhalás is, ennek klinikai jelentősége azonban jóval kisebb, s önmagában biztosan nem vezet súlyos szívelégtelenséghez.

Mindezek alapján korábbi véleményemet teljes mértékben fenntartom.

Az alapeljárásban közreműködött intézeti orvosszakértő összefoglaló véleménye:

„A 60 éves korában elhunyt férfi gyógykezeléséről az alapvélemény elkészítése idején rendelkezésünkre állott dokumentumok, az alapvélemény elkészítéséhez beszerzett belgyógyász szakkonzultánsi vélemény, az azt követően (jelen eljárásban) rendelkezésünkre bocsátott tüdő-szövet-tani lelet és EKG görbe, utóbbinak belgyógyász szak-konzultánsunkkal elvégeztetett újraleletezése alapján – az előttünk eljáró szakértők (köztük az ETT IB) véleményének ismeretében, a Bíróság és az alperes kérdéseire – az alábbi orvosszakértői véleményt terjesztjük elő:

A beteg kórházi felvételét megelőző állapota már olyan állapotként jellemezhető, amely súlyos keringési rizikófaktorokat, és halmozott kockázati állapotot jelentett. Ezen állapothoz társuló kiszáradás (exsiccosis) pedig olyan állapotot hozott létre, amely kifejezetten rossz életkilátásokat (életveszélyt) okozott. A belgyógyászati és a pszichiátriai osztályon alkalmazott kezelés a kiszáradás megszüntetését helyezte előtérbe (az általános állapotnak megfelelő egyéb gyógyszeres kezelés mellett).

A beteg kórházi felvételét követő bajmegállapító (diagnosztikus) eljárások megfeleltek a foglalkozás szabályainak.

Ez a gyógykezelés a közvetlenül végzetes kimenetellel fenyegető állapot megszüntetésére irányult; megfelelt a foglalkozás szabályainak, és a páciens felvételkori állapotának.

Alperesi kórház orvosai minden olyan vizsgálatot elvégeztek, amely a betegnél tapasztalható tünetek alapján – a szakmai előírások, az etikai szabályok, a tudomány jelenlegi állása szerint – elvárható, szükséges és indokolt volt.

A néhainál elvégzett laboratóriumi vizsgálatok eredményeinek értékelése megfelelő volt.

Amint az alapeljárásban előterjesztett szakértői véleményben is megállapítottuk:

A kezdetben észlelt laboratóriumi eltérések (enyhe süllyedés- és fehérvérsejt emelkedés) az exsiccosis következménye is lehetett. Más laboratóriumi eredmények májelégtelenséget jeleztek. A máj működési elégtelenségének oka idült alkoholfogyasztás által okozott májkárosodás, de szívelégtelenség miatt kialakult máj-működési elégtelenség is lehetett.

Az ETT IB szakvéleménye szerint néhai halálához belgyógyászati eredetű megbetegedés vezetett. A belgyógyászati eredetű megbetegedés *valószínűsíthetően* szívizom-károsodás lehetett. A halál közvetlen oka tüdőgyulladás volt. A klinikai tünetek, és a szívizom-elhalásra jellegzetes enzimek kóros volta klinikailag felveti a heveny szívizom elhalás kórismét, azonban a kórbonctani vizsgálat során csak régi szívizom elhalást figyeltek meg makroszkóposan. Tekintettel arra, hogy a patológiai osztályon mikroszkópos vizsgálatot nem végeztek a szívizomból, így minden kétséget kizáróan nem bizonyítható szakértőileg, hogy néhainál a régi szívizom elhalás mellett friss komponens is volt.

Az ETT IB kifejti, hogy a keresethez melléklet szakértő megállapításával ért egyet, de a halálhoz vezető folyamat értékelésénél attól eltérő megállapításra jut. Nem említi a halálokként megjelölt tüdőgyulladás kórereditét, sőt: a halálhoz vezető folyamat értékelésénél olyan megállapítást tesz, amely a biztosító társaság által megbízott szakértő véleményében említve sincsen. (Ezzel kapcsolatban – a szakértő „mentségül” – annyit állapít meg, hogy a szakértő nem látta az EKG görbét, ezért azzal kapcsolatos megállapítást nem tehetett.)

Az ETT IB megkísérelte beszerezni az alperesi kórházban készített mellkas rtg. felvételt. Ezzel kapcsolatban az alábbiakat írja a szakvéleményben: „azt nem készítették, csak átvilágítás történt. Az átvilágítás (2002. 06. 17.) teljesen negatív eredményű volt”.

Az ETT IB az alperesi kórházban 2002. június 17-én (a beszállítás után hat nappal, a halál bekövetkezése előtt négy nappal) készített mellkas átvilágítás negatívnak mondott leletét elfogadta. (Zárójelentésben: Mellkas rtg: jól kitérő rekesz, a tüdő tiszta.) Ez ellentmondásban van azzal, hogy egyetért a keresethez mellékelt szakértői vélemény megállapításával (amely szerint a beteg nem megfelelő kivizsgálása miatt nem állapították meg a nála már beszállítása idején fennállott tüdőgyulladást). Nem részesítették megfelelő (antibiotikus) kezelésben, és ez *közvetett* okozati összefüggésben *lehet* a beteg felvétele után tíz nappal bekövetkezett halálával.

Az elsőfokú alapeljáráásban véleményt előterjesztő intézet szakértője – a fentiek értékelése alapján – a következő megállapításokat tette:

Az ETT IB szerint „A klinikai tünetek, és a szívizom-elhalásra jellegzetes enzimek kóros volta klinikailag *felveti* a heveny szívizom elhalás kórismét ...”

A fogalmazás óvatosságából is kiolvasható, hogy a szakértői testület csak feltételezését fogalmazta meg. A feltételezést nem tartjuk megalapozottnak.

A beteg felvétele idején észlelt klinikai tünet-együttes egyáltalán nem tekinthető myocardialis történésre jellegzetesnek. A mellékelt EKG egyrészt valóban nem azonosítható be, másrészt pedig igen rossz technikai minőségű. Az értékelhető részeken (elvezetésekben) azonban acut myocardialis infarctusra egyértelműen utaló kórjelző eltérés nincsen, sokkal inkább bal kamra hypertrophia jelei láthatók. (Ezt az elváltozást a betegnél régen fennálló keringési állapot jól magyarázza. Friss elváltozásra utaló kórjelző értéke nincsen.)

Semmiképpen sem lehet egyetérteni az ETT IB azon megállapításával, hogy az észlelt enzim-eltérések myocardialis necrosisra jellegzetesek. A vizsgált enzimek emelkedésének kinetikája sem erre a kórképre jellemző. Specifikus enzim meghatározás (CK-MB vagy troponin) nem történt; a tünetek és az elvégzett enzim-meghatározások eredménye alapján nem volt indokolt specifikus enzim-meghatározások elvégzése! Nem volt indokolt a beteg kivizsgálását és kezelését infarktus irányában kiterjeszteni.

A kórbonctani vizsgálat önmagában is alkalmas jelentősebb kiterjedésű, friss myocardialis infarctus diagnosztizálására. Kétségtelen, hogy létezik mikroszkopikus méretű elhalás is, annak klinikai jelentősége azonban jóval kisebb, s önmagában biztosan nem vezet súlyos szívelégtelenséghez.

Hevenyen kialakuló, és pillanatokon belül halálhoz vezető szívizom-elhalás nem minden esetben észlelhető az elvégzett boncolás során (ilyen állapot bonctermi kimutatására speciális, makroszkópos festési eljárások alkalmazhatók). Ha az elhunynál is ilyen, igen hevenyen, teljesen friss, azonnal halálhoz vezető infarktus - esetleg ténylegesen - kialakult, az jól magyarázza (magyarázná) hirtelen bekövetkezett halálát, de az orvosi bajmegállapító eljárások, és az alkalmazott kezelés szakértői megítélése szempontjából azzal a jelentéssel bírna, hogy megerősítené a bajmegállapító eljárások és az alkalmazott kezelés nem kifogásolható voltát.

Ilyen állapot hirtelen kialakulása előre meg nem jósolható, bekövetkezése el nem hárítható.

Az ETT IB által hivatkozott EKG eltérés és enzim-elváltozás nem jelzi ilyen állapot kialakulásának veszélyét, és – mert nincs idő sem rá – nem is jelezheti ilyen heveny elhalás bekövetkeztét.

Amennyiben a boncolás során friss infarctusra utaló gyanú csak felmerül, azt szövettani vizsgálatokkal kell tisztázni. Az a körülmény, hogy a boncoláskor nem történt

kimetszés a szívizomból, önmagában arra utal, hogy a boncolást végző orvos nem észlelt olyan elváltozást a szívizomban, amely alapján friss elhalás gyanúja merülhetett volna fel.

Megismételjük az alapvéleményben tett orvosszakértői megállapítást: "A halál bekövetkezésével bármilyen oki összefüggésbe hozható, bármilyen diagnosztikus vagy terápiás beavatkozás elmulasztása orvosszakértőileg nem állapítható meg, és megalapozottan nem is feltételezhető". Az alperes alkalmazásában álló orvosok a tüneteknek és a laboratóriumi eredményeknek megfelelő gyógykezelést alkalmaztak. (Infúzió, vérnyomáscsökkentő és keringés-támogató szer, szemcsepp.)

Bár feltételezzük, hogy az alperesi intézmény belgyógyászati osztályán a beteg felvétele idején valóban nem volt szabad ágy, a megállapított betegségek kezelése a belgyógyászati megállapítások és belgyógyászati javasolt kezelés alapján alkalmazható volt.

Ha a beteget a belgyógyászati osztályra – helyhiány miatt – felvenni nem lehetett, intézeti elhelyezése (megfigyelése) indokolt volt. Tekintettel állapotára (korábban lezajlott agyi infarktus maradvány-tünetei; szellemi leépülés, időnkénti zavartság, alvászavar, liberációs reflexek, zavart orientáció stb.), továbbá arra is, hogy a beteg a felvételét megelőző hónapban befejezett, hosszabb pszichiátriai osztályos kezelés után távozott a pszichiátriai osztályról, orvosilag indokolt volt, hogy – amennyiben a belgyógyászati osztályon nincs hely – a pszichiátriai osztályon helyezték el.

Összefoglalva:

nem többek feltételezésnél, amely feltételezéseket objektíve megalapozó, vagy azok Az orvosi bajmegállapító eljárások elégtelen voltára, illetve az ilyenre visszavezetett kezelési elégtelenségre vonatkozó megállapítások – amint megfogalmazásukból is kiderül – meglétének akár valószínűségét alátámasztó orvosi adatok nincsenek.

Az eset értékelése:

A biztosító elállt a mediációs eljárás lehetőségétől, tekintettel arra, hogy a szakértői vélemények egymástól jelentősen eltérő jellege és végkövetkeztetése miatt az eset nem lett volna alkalmas közvetítői eljárásban történő befejezésre. Bizonyosan per követte volna a megkísérelt közvetítői eljárást.

Végül egy igazi különlegesség

Évek óta az érdeklődés középpontjában áll egy különleges műhibaper, amely egy robot ellen folytatódott Németországban és 2003 óta tart. A robotot a frankfurti Szakdolgozói Baleseti Klinika (BGU) alkalmazta először 1995-től 2003-ig. A *Robodoc* nevű orvosi robotot csípőprotézis beültetésénél használták a fenti intézeten kívül még hatvan német klinikán, és a kilenc éve alatt összesen 4500 beteg kapott csípőprotézist segítségével. A műtétet követően több százan késői fájdalomról panaszkodtak, és kísérleti nyulaknak érezték magukat, amiért nem kipróbált megoldást alkalmaztak náluk. A robot feladata a csípőcsont kivájása volt, és a kivájt üregbe került a protézis. Előzetes bevizsgálás után a TÜV Rheinland megfelelőnek minősítette az eszközt és Európa-szerte engedélyezte alkalmazását.

A bírósági perekben az ügyvéd 150 Robodoc által operált beteg érdekeit képviselte. A Robodoc által operált betegek közül többen alig tudtak járni, vagy lábra állni, állandó, nagy fájdalmaik és izomgörcseik voltak. Az ügyvéd leszögezte, hogy számos orvos véleménye szerint mindig az olyan izom vagy ideg sérült, amelyet a robot kezelt. Ellenben nem hanyagolható el az a tény, hogy nagyon sok betegnek viszont semmilyen panaszja nincs, meggyógyult, kerékpározik, síel, fut - nyilatkozta a BGU igazgatója. Egy másik professzor szerint az első két hónapban a műtétek 25 százaléka sikertelen volt, és a sikertelenséget a robot működésével hozták kapcsolatba, mivel nagyobb vágási nyílás miatt az izomzat nagyobb mértékben károsodott, és emiatt megnőtt a műtét ideje. Ezért fél év után használatát a professzor leállította (az is befolyásolhatta, hogy bár a robotot az USA-ban fejlesztették ki, annak használata ott nincs engedélyezve).

Végül is a bíróság arra a következtetésre jutott, hogy a számítógép segítségével végzett műtétek nem jelentenek nagyobb kockázatot a betegnek, mint a hagyományos operációk. A szakértő megállapította, hogy az eljárás megbízható, és hogy minden esetben, minden kérdésben felvilágosították a betegeket. Így az ügyben eljáró bíróság egyelőre a robotot alkalmazó klinikának adott igazat.¹⁸⁹Vajon sikeresen kísérrelhető-e meg ilyen esetben a mediáció?

¹⁸⁹ Orvosi műhibaper egy robot ellen. <http://www.webdoki.hu/cikk.php?cid=40705> (2007.09.23.) Vannak más orvosi robotok, mint például német kutatók által kifejlesztett Da Vinci, amelyet szívműtéteknél használnak. Az első sikeres bypass szívműtét 2001-ben volt ezzel a technikával. A sebészek joystick segítségével irányították a robotot, de szükség esetén bármikor személyesen is be tudtak volna avatkozni. Hasonló operációkat, azóta már Innsbruckban, Grazban és Bécsben is végeztek, de még nem jelent meg közlemény a fentihez hasonló egészségkárosodásról.

Irodalomjegyzék

- Antal Géza:* Betegjogok I-III. rész, Családorvosi Fórum 2004/9, 78-80. o.
- Bajnóczky István:* Orvossalakért az egészségügyi közvetítói eljárásban, előadásvázlat 2001.
- Bándi Gyula:* A közvetítés (mediáció) jogi szabályozásának továbbfejlesztése. Jogtudományi Közöny 2000/1, 11-13. o.
- Bognár Gábor / Telkes József:* A válás lélektana, Budapest, 1986, Gondolat,
- Breidenbach, Stephaen:* Aussergerichtliche Streiterledigung – Sinn, Grenzen, Ausgestaltung, Zusammenspiel mit den Gerichtsverfahren. Athen, 2001, 1-2. o.
- Breidenbach, Stephan:* Mediation, Köln, 1995, Verlag Dr. Otto Schmidt.
- Burgstaller, Alfred:* Merre tart az osztrák büntetőeljárás? Magyar Jog 2003/1. 37-43. o.
- Carver, Todd B / Vondra, Albert A.:* Alternative dispute resolution: Why it does not work and why it does? Harvard Business Review, 1994/3.
- Danzon, P.M.:* The Swedish Patient Compensation System: Myths and Realities. International Review of Law and Economics. 1994. 461 o.
- Déri Katalin / Burján Antal:* Az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítása biztosítói nézőpontból, Budapest, Egészségügyi menedzsment, 2000. II. évf. 3. sz.
- Dósa Ágnes:* Az orvos kártérítési felelőssége Budapest, 2004, HVG-ORAC.
- Dósa Ágnes:* Konfliktusrendezés közvetítói eljárással. Lege Artis Medicine, 2001, 11 (5). 2. o.
- Eörsi Mátyás / Ábrahám Zita:* Pereskedni rossz! Budapest, 2003. Minerva.
- Ervo, Laura:* Substantive Law and newest procedural trends in Scandinavia, Helsinki, 10-11, 14-15. o.
- Fabinyi Tihamér:* A választottbíráskodás. Budapest, 1926, Szerző kiadása.
- Gaál Csaba:* Mindennap elhull egy s mindig a legjobb, Orvosok lapja, <http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=22138> (2005.04.06)
- Galanter, Marc:* The Emergence of the Judge as a Mediator in Civil Cases, 69. Judicature, 1986. 256. o.
- Gönczi / Horváth / Stipta / Zlinkszky J.:* Egyetemes jogtörténet, I. Budapest, 2003, Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Herczog, P.:* Einige neuere Entwicklungen in der Arztaftpflicht in den Vereinigten Staaten. In: Ahrens, H-J. (rsg.): Festschrift für Erwin Deutsch. Carl Heymans, Köln. 1999.

- Heuer Orsolya*: Konfliktuskezelés a betegjogi sérelmeknél. Az egészségügyi közvetítói eljárásról, *Lege Artis Medicine*, 2001, 11 (1)
- Ishikawa, Akira*: Einige Denkanstöße zur Diskussion der Alternative Dispute Resolution – insbesondere deren Situation in Japan. National and Kapodistrian University of Athens, Faculty of Law Research Institute of Procedural Studies, Athen, 2001, 1-13. o.
- Jarkov, Vladimir*: Mediation in Russland, Berlin, 2006, BWV Berliner Wissenschafts-Verlag, 93-99. o.
- Karen Anderssen / Gatterburg Angela*: A válások vesztesei, *Valóság*, 2003. 2. sz. 117-125. o.
- Kengyel Miklós*: A mediáció Magyarországon (kézirat) Pécs, 2003. 1-15. o.
- Kengyel Miklós*: A polgári bíráskodás hétköznapijai, Budapest, 1990, Közgazdasági és Jogi könyvkiadó.
- Kengyel Miklós*: Die Perspektiven der Mediation in Ungarn. In Sascha Ferz (HRSZG.): Rechtskultur-Atreitkultur – Mediation. Studien zur Rechtswissenschaft, Band 127. Graz, 2003, Verlag Dr.Kovač, 87-92. o.
- Kengyel Miklós*: Konfliktbehandlung und zivilrechtspflege in Ungarn. In Festschrift für Panagiotis A. Kargados, 2004, 985-997. o.
- Kengyel Miklós*: Magyar polgári eljárásjog, Budapest, 2006, Osiris.
- Kovács József*: A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába, Budapest, 1999, Medicina
- Köpeczi Béla*: A Rákóczi-szabadságharc kitörésének 300. évfordulója. II. Rákóczi Ferenc külpolitikája, *Magyar Tudomány*, 2003/6, 8. o.
- Krasznai Éva*: Ex lex – Kórházak kötelező felelősségbiztosítás nélkül. *www.webdoki*, 2004. július 24. 1-3. o.
- Lovas Zsuzsa / Herczog Mária*: Mediáció avagy a fájdalommentes konfliktuskezelés, Budapest, 1999, Múzsák Kiadó
- Mathews / Rod / Zimmerman*: Healthcare alternative dispute resolution, 2003, *CPA Journal*, 73, 12. o.
- Nagy László / Kahler Frigyes*: Közvetítő (mediátor) felállításának szükségességéről az állampolgárok és a gyógyító intézmények (orvosok) közötti vitás kérések peren kívüli megoldására. *Magyar Jog*. 1995/4, 229. o.
- Ole Halesby*: Személyiségtípusok, 1997, Harmat Kiadó.
- Petersen, Lars Lindencrone*: Danish Legislation on Arbitration. Alexander Trunk, Ari-Matti Nuutila, Vytautas Nekrošius (Hrsg.): Schiedsgerichtsbarkeit und andere Formen alternativer Streitbeilegung. Erfahrungen und Tendenzen im Ostseeraum, Berlin, 2006, BWV Berliner Wissenschafts-Verlag GmbH, 71-72. o.
- Pirenne, Henri*: A középkori gazdaság és társadalom története. Budapest, 1983., Gondolat
- Rottleuthner, Hubert*: Probleme der Beobachtung von Arbeitsgerichtsverfahren. In *Interaktion vor Gericht*. Baden-Baden, 1978, 129. o.
- Sándor Judit*: Gyógyítás és ítélkezés. Budapest, 1997, Medicina.
- Sáriné dr. Simkó Ágnes (szerk.)*: A mediáció. A közvetítói tevékenység, 2003. HVG-ORAC.

Shetreet., Simon: Alternativen zum formalen Justizsystem: Ausländische Beispiele. In: Blankenburg - Gottwald - Stempel Hrsg. (1982): Alternativen in Ziviljustiz. Bundesanzeiger. Bonn. 111-123. o.

Somfai Balázs: A mediáció, mint alternatív konfliktuskezelés. Pécs, 2001, 1-3. o.

Somogyi Árpád: Mi fán terem a mediáció? Jogtudományi Közlöny, 2000/1, 21-24. o.

Sótonyi Péter: Az orvosi felelősség, Budapest, 2006. Semmelweis Kiadó.

Söderlund, Christer: Recognition of Foreign Arbitral Judgements: the Practice in Sweden, Alexander Trunk, Ari-Matti Nuutila, Inj Vytautas Nekrošius (Hrsg.): Schiedsgerichtsbarkeit und andere Formen alternativer Streitbeilegung. Erfahrungen und Tendenzen im Ostseeraum, Berlin, 2006, BWV Berliner Wissenschafts-Verlag.

Stroschnieder, Sarah: Mediation und interessengerechtes. Verhandeln Köln, Heymanns 2003. 159. o.

Sunoo, B, P.: Hot disputes Cool Down in Online Mediation. Workforce, 2001/1

Todd B. Carver, Albert A. Vondra: Alternative dispute resolution: Why it does not work and why it does? Harvard Business Review, 1994/3. Cit. *Sáriné dr. Simkó Á.* (szerk.): A mediáció. A közvetítői tevékenység. HVG-ORAC, Budapest, 2003, 121.o.

Wallacher Lajos: Előkészítő tanulmány a választottbírásról szóló 1994. évi törvény tervezetéhez. In Választottbíráskodás, 1995, Kommentátor.

Weinberg, Matthias: Stand der Mediation in Schleswig-Holstein, Alexander Trunk, Ari-Matti Nuutila, Vytautas Nekrošius (Hrsg.): Schiedsgerichtsbarkeit und andere Formen alternativer Streitbeilegung. Erfahrungen und Tendenzen im Ostseeraum, Berlin, 2006, BWV Berliner Wissenschafts-Verlag GmbH, 85-91. o.

A felhasznált egyéb források jegyzéke

A községi bíráskodás. mek.oszk.hu/02100/02152/html/08/278.html

Egészségügyi közvetítői gyakorlati képzés:[Pécsi Tudományegyetem és az Országos Mediációs Egyesület munkatársai] Pécs 2002, (kézirat).

Green Paper on alternative dispute resolution in civil and commercial law presented by the Commission. Commission of the European Communities: Brussels, 19.04.2002 COM(2002) 196 final 15. o.

History of alternative dispute resolution. <http://www.gama.com/HTML/history.html> (2003.12.18.)

<http://www.mediatoriroda.hu/dijzas.html> (2005.11.20.)

[http://www.patientenhilfsbund.de./](http://www.patientenhilfsbund.de/) (2003.11.30.)

[http://www.patientenhilfsbund.de./](http://www.patientenhilfsbund.de/) (2003.11.30.)

http://www.szoszolo.hu/06tanulmanyaink/230514.bjogok_erv_gyak.htm (2007. 03.18.)

<http://www.webdoki.hu/cikk.php?cid=310022> (2006.06.14.)

<http://www.webdoki.hu/cikk.php?cid=39271> (2007.07.13.)

<http://www.webdoki.hu/dikk.php?cid=16294> (2004.06.10)

<http://www.webdoki.hu/dikk.php?cid=17249> (2004.07.24)

<http://www.webdoki.hu/dikk.php?cid=21496> (2005.02.12)

<http://www.webdoki.hu/dikk.php?cid=41729> (2007.11.12)

<http://www.webdoki.hu/dikk.php?cid=41748> (2008.03.26)

<http://www.webdoki.hu/dikk.php?cid=44755> (2008.04.09)

<http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=16038> (2004.05.28)

<http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=16038> (2004.06.12)

<http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=19738> (2004.11.24.)

<http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=22824> (2005.06.27).

<http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=25790> (2005.09.12.)

<http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=25820> (2005.09.13.)

<http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=26701> (2005.11.04.)

<http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=28855> (2006.02.28.)

<http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=30847> (2006.06.04.)

<http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=37456> (2007.04.14.)

<http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=40449> (2007.09.12.)

IRM archivum: Közvetítői eljárás, büntető ügyekben - a helyreállító igazságszolgáltatás új eszköze. 2006. 01. 13.

J/95. számú jelentés a közvetítői működés gyakorlati tapasztalatairól szóló hatástanulmány megállapításairól a 2003. március 17. és 2005. március 16. közötti időszak vizsgálata alapján. Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium

Kutatási beszámoló. A Munkaügyi Közvetítői és Döntőbírói Szolgálat tevékenységének társadalmi hasznossága című kutatás, Rézler Gyula Mediációs Intézet Budapest, 2007, 57-63.
Orvosi műhibaper egy robot ellen. <http://www.webdoki.hu/cikk.php?cid=40705> (2007.09.23.)
Recommendation No. R (98)1 of the Committee of Ministers to Member States on Family Mediation

TASZ álláspont 11. szám az egészségügyi közvetítői eljárásról <http://www.c.3.hu/hclu/eukozvel.htm> 3. o. (2002.05.03.)

The Act of Mediation of Civil Cases in General Courts,
www.logir.fo/foldb/lov/1972/0000181.htm

www.megegyezes.hu/osszefoglalo.htm (2008.04.12)

www.msk.arbitr.ru/law/docs/12027526/12027526-001.htm (orosz)

www.uncitral.org/english/texts/arbitration/conc-rules.htm

www.uncitral.org/english/texts/arbitratio/arb-rules.htm

www.uncitral.org/english/texts/arbitration/ml-cone-e.pdf

www.uncitral.org/english/texts/arbitration/NY-conv.htm

A felhasznált magyar jogszabályok jegyzéke

1949. évi XX. törvény a Magyar Köztársaság Alkotmányáról
1952. évi III. törvény a Polgári perrendtartásról
1957. évi IV. törvény az államigazgatási eljárás általános szabályairól
1959. évi IV. törvény a Magyar Köztársaság Polgári törvénykönyvéről
1978. évi IV. törvény a Büntető Törvénykönyvről
1990. évi XCIII. törvény az illetékekről
1992. évi XXII. törvény a Munka Törvénykönyvéről
1992. évi LXIII. törvény az adatvédelemről
1993. évi XLVIII. törvény a bányászatról
1994. évi LXXI. törvény a választottbíráskodásról
1995. évi LIII. törvény a környezet védelmének általános szabályairól
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
1997. évi CLV. törvény a fogyasztóvédelemről
1998. évi XI. törvény az ügyvédekről
1998. évi XIX. törvény a büntetőeljárásról
2000. évi CXVI. törvény az egészségügyi közvetítói eljárásról
2002. évi LV. törvény a közvetítói tevékenységről
2004. évi CXL. törvény a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól
2006. évi CXXIII. törvény a büntető ügyekben alkalmazható közvetítói tevékenységről
2008. évi XXX. törvény a Polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény és egyes kapcsolódó törvények módosításáról
- 4/2001. (II.20.) EüM-IM együttes rendelete az egészségügyi eljárással kapcsolatos egyes kérdésekről