Súd:	Okresný súd Michalovce
Spisová značka:	16C/116/2022
Identifikačné číslo súdneho spisu:	0022204972
Dátum vydania rozhodnutia:	28. 03. 2025
Meno a priezvisko sudcu, VSÚ:	Mgr. Daniela Pristášová
ECLI:	ECLI:SK:OSMI:2025:0022204972.8

ROZSUDOK V MENE SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Okresný súd Michalovce, sudkyňou Mgr. Danielou Pristášovou, v spore žalobcu: 1.) A. B., nar. X.X.XXXX, bytom C. X, XXX XX D., 2.) E. B., nar. XX.X.XXXX, bytom C. X, XXX XX D., 3.) A. B., nar. XX.X.XXXX, C. XXXX/X, XXX XX D., 4.) D. F., nar. XX.X.XXXX, bytom G. H. XXXX/X, XXX XX D., 5.) I. F., nar. XX.X.XXXX, G. H. J. XXXX/X, XXX XX D., zast.: ADVOKÁTSKA KANCELÁRIA JUDr. Peter Szarszoi s.r.o., Štefanikova 8, 071 01 Michalovce proti žalovanému: Nemocnica s poliklinikou K. C., a.s., IČO: 44 927 380, Špitálska 2, 071 01 Michalovce, zast.: JUDr. Mário Keleti, advokát, Hlavná 36, 981 01 Hnúšťa, o náhradu nemajetkovej ujmy v peniazoch, takto

r o z h o d o l :

I. Žalovaný j e p o v i n n ý zaplatiť žalobkyni v 1. rade náhradu nemajetkovej ujmy vo výške 25 000 € do 3 dní od právoplatnosti rozsudku.

II. Žalovaný j e p o v i n n ý zaplatiť žalobcovi v 2. rade náhradu nemajetkovej ujmy vo výške 18 000 € do 3 dní od právoplatnosti rozsudku.

III. Žalovaný j e p o v i n n ý zaplatiť žalobkyni v 3. rade náhradu nemajetkovej ujmy vo výške 18 000 € do 3 dní od právoplatnosti rozsudku.

IV. Žalovaný j e p o v i n n ý zaplatiť žalobkyni v 4. rade náhradu nemajetkovej ujmy vo výške 4 000 € do 3 dní od právoplatnosti rozsudku.

V. Žalovaný j e p o v i n n ý zaplatiť žalobcovi v 5. rade náhradu nemajetkovej ujmy vo výške 1 500 € do 3 dni od právoplatnosti rozsudku.

VI. Žalobu žalobcov v 1. až 5. rade o zaplatenie nemajetkovej ujmy v prevyšujúcej časti zamieta.

VII. Žalobcom v 1. až 5. rade priznáva od žalovaného nárok na náhradu trov konania každému zo žalobcov v 1. až 5. rade v pomere 100% z prisúdenej sumy a o výške tohto nároku bude rozhodnuté po právoplatnosti rozsudku v osobitnom uznesení.

VIII. Žalobu žalobkyne v 1. rade o zaplatenie náhrady škody za pohrebné služby vo výške 700 € zamieta.

IX. Žalovanému priznáva od žalobkyne v 1. rade nárok na náhradu trov konania ohľadne zamietnutia žaloby žalobkyne v 1. rade o zaplatenie náhrady škody za pohrebné služby vo výške 700 €.

X. Zamieta návrh žalovaného na prerušenie konania do skončenia trestného konania vedeného na Okresnom súdu v D., sp. zn. 8T/1/2023.

o d ô v o d n e n i e :

1. Na tunajší súd bola dňa 11.11.2022 (de senátu 16C zapísaná dňa 14.11.2022) doručená žaloba žalobcov v 1. až 5. rade o zaplatenie nemajetkovej ujmy. Žalobu odôvodnili žalobcovia tým, že Nebohému D. E. B., nar. XX.XX.XXXX a zomr. XX.XX.XXXX bola v období od 02.11.2019 až do jeho smrti poskytovaná zdravotnícka starostlivosť v Nemocnici s poliklinikou K. C. D., a.s. Ako vyplýva z Oznámenia výsledku prešetrenia podnetu, zo dňa 26.01.2022, ktoré vydal Úrad na dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pobočka Košice: „U pacienta neboli diagnostikované postupy v dohliadanom období na OPaF NsP Michalovce realizované v dostatočnom rozsahu, čo podmienilo nesprávnu diagnostiku a absenciu účelnej prevencie a liečby. U pacienta s anamnézou prekonanej flebotrombózy liečenej Warfarínom, s aktuálnymi bolesťami na hrudníku a hemoptýuou, s patologickými hemokoahulačnými parametrami nebolo ordinované kontrastné vyšetrenie pľúc - CT angiografia pľúcnych ciev na vylúčenie možnej trombembolickej pľúcnej choroby, pre ktorú boli u pacienta medicínsky relevantné indície.“ Podanie pre podozrenie zo zanedbania zdravotnej starostlivosti poskytovateľom zdravotnej starostlivosti vyhodnotil Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou ako opodstatnené. Žalobcovia v žalobe uviedli, že za vyššie uvedené pochybenia je vedené aj trestné stíhanie proti osobám, dvom lekárkam, ktoré počas hospitalizácie v zdravotníckom zariadení žalobcu poskytovali zdravotnú starostlivosť nebohému, a ktoré v tomto čase boli zamestnancami žalovaného, pričom táto trestné vec, ktorá je vedená na odbore kriminálnej polície OR PZ v Trebišove v čase podania žaloby v štádiu pred ukončením vyšetrovania a pred podaním obžaloby na lekárky za trestný čin usmrtenia podľa § 149 ods. 1, ods. 2 písm. a/ Tr. zákona, pre zanedbanie poskytovania zdravotnej starostlivosti, resp. pre nesprávne poskytnutú zdravotnú starostlivosť. V tomto trestnom konaní bol znalcom, doc. MUDr. Matejom Samošom, PhD., vypracovaný znalecký posudok, ktorý predložili žalobcovia v prílohe. V závere posudku je okrem iného uvedené, že: „V posudzovanom prípade nebola zdravotná starostlivosť poskytnutá správne, nakoľko poskytovateľ nevykonal všetky zdravotné úkony na správne určenie choroby a nezabezpečil včasnú a účinnú liečbu základného ochorenia nebohého, ktorým bola venózna tromboembolická choroba. Podľa § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Žalobcovia si vzhľadom na uvedené žalobou uplatňujú náhradu nemajetkovej ujmy v peniazoch podľa § 11 a násl. Občianskeho zákonníka a to z dôvodu, že smrť D. E. B., nar. XX.XX.XXXX a zomrelého 16.11.2019 bola podľa ich názoru v príčinnej súvislosti s porušením povinností žalovaného vyplývajúcich mu ako poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti z § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Konaním žalovaného došlo k neoprávnenému zásahu do práv žalobcov na ochranu ich osobnosti. Za tento neoprávnený zásah zodpovedá žalovaný per analogiam s ohľadom na ustanovenie § 420 ods. 2 OZ. V dôsledku tohto neoprávneného zásahu zo strany žalovaného došlo k zásahu do súkromného a rodinného života žalobcov, ako jedného z dielčích osobnostných práv fyzickej osoby, zakotvených v čl. 10 ods. 2 Listiny základných práv a slobôd. Žalobcovia boli smrťou manžela, otca, brata a strýka do budúcna ochudobnení o rodinný život, čo spočíva v citovej strate, keď smrťou D. E. B. stratili jeho lásku a radosť s ním prežívanú. Zároveň žalobcovia utrpeli v dôsledku tejto straty silnú citovú ujmu spočívajúcu v nepríjemných pocitoch úzkosti, smútku, zúfalstva a šoku zo smrti milovanej osoby. Súčasťou práva na ochranu osobnosti je i právo na súkromie a rodinný život. Právo na súkromie zahŕňa aj právo fyzickej osoby vytvoriť a udržiavať vzťahy s inými ľudskými bytosťami. Obzvlášť v citovej oblasti, aby fyzická osoba mohla rozvíjať vlastnú osobnosť. Smrť D. E. B. ako manžela, otca, brata a strýka žalobcov predstavuje absolútnu stratu, ktorá sama osebe je závažný zásah do práva na ochranu osobnosti, pričom spôsobuje u poškodených ťažké psychické rozpoloženie. V prípade fungujúcej rodiny má za následok dlhotrvajúcu nemožnosť vyrovnať sa so stratou blízkeho človeka. Protiprávne narušenie týchto vzťahov v danom prípade jednoznačne predstavuje neoprávnený zásah do práva na rodinný život fyzickej osoby. Keďže súčasťou práva na ochranu súkromia je aj rodinný život spočívajúci v udržiavaní a rozvíjaní vzájomných citových, morálnych a sociálnych väzieb medzi najbližšími osobami, tak konanie, ktoré spôsobilo násilné pretrhnutie týchto väzieb stratou člena rodiny je neoprávneným zásahom do osobnostných práv pozostalých členov rodiny. Žalobcovia v žalobe žiadajú, aby súd zaviazal žalovaného na náhradu nemajetkovej ujmy v peniazoch, a to žalobcovi v 1. rade vo výške 50.000 €, žalobcovi v 2. rade vo výške 50.000 €, žalobcovi v 3. rade vo výške 50.000 €, žalobcovi v 4. rade vo výške 25.000 €, žalobcovi v 5. rade vo výške 25.000 €. Žalobkyňa v 1. rade si uplatňuje okrem nároku na náhradu nemajetkovej ujmy aj náhradu škody, ktorá jej bola spôsobená tým, že v dôsledku nesprávne poskytnutej

zdravotnej starostlivosti musela pochovať svojho manžela, čím jej vznikli náklady na pohrebné služby v sume 700 €.

2. K žalobe sa žalovaný vyjadril v podaní zo dňa 16.12.2022, v ktorom uviedol, že popiera vznesený nárok, ako po skutkovej, tak aj po právnej stránke, žalobu považuje za nedôvodnú. Nebohý D. E. B. bol dňa 02.11.2019 vyšetrený v rámci ÚPS v internej ambulancii žalovanej pre dva dni trvajúce subfebrility a bolesť v oblasti ľavých rebier bez ťažkostí s dýchaním. V rámci osobnej anamnézy bolo zdokumentované, že sa lieči na arteriálnu hypertenziu. Z liekovej anamnézy okrem iného užíval liek Vessel Due F, ktorý ochranne pôsobí na cievy. Pri vstupnom fyzikálnom vyšetrení boli jeho životné funkcie v medziach normy až na zrýchlenú akciu srdca. Bol bez dušnosti, pri posluchovom vyšetrení boli v dolných častiach ľavých pľúc ojedinele počuteľné chorobné zvuky. Akcia srdca bola pravidelná, brucho priehmatné, dolné končatiny bez opuchov a kŕčových žíl. Vykonané bolo EKG vyšetrenie a RTG vyšetrenie hrudníka. V laboratórnom náleze boli pozitívne zápalové markery — leukocytóza a C-reaktívny proteín. Ostatné parametre krvného obrazu a biochémia boli v norme. Ošetrujúcim lekárom bola stanovená diagnóza pneumónie vľavo a bola mu navrhnutá hospitalizácia, pričom však preferoval ambulantnú liečbu. Pre zhoršenie ťažkostí bol pacient v nasledujúci deň 03.11.2019 vo večerných hodinách opäť vyšetrený v rámci ÚPS na internej ambulancii žalovanej, kde udával zhoršenie bolestí pod ľavou lopatkou a zvýšenú teplotu. Kontrolné vyšetrenia boli v podstate rovnaké ako v predchádzajúci deň a pacient bol prijatý na oddelenie pneumológie a ftizeológie žalovanej. Bola ordinovaná vnútrožilová antibiotická liečba a Vessel Due F, Amlopin, a infúzie s Novalginom. Dňa 07.11.2019 nebohý začal kašľať a vykašliavať hlieny s prímesou krvi. Boli zvýšené parametre aktivácie krvného zrážania. Ordinované boli mikrobiologické vyšetrenie spúta a hemokoagulačné vyšetrenia krvi. V nasledujúci deň pri rannej vizite nebohý udával zlepšenie, neudával žiadne ťažkosti, dýchanie bolo tichšie počuteľné inak bez chorobných zvukov, brucho priehmatné, dolné končatiny boli bez opuchov. Dňa 10.11.2019 nebohý udával, že sa má lepšie, boli zdokumentované nálezy mikrobiologického vyšetrenie spúta, potvrdená bola prítomnosť baktérií Steptococcus viridans a Neisseria pharyngis. V daný deň bolo vykonané natívne CT vyšetrenie pľúc, medzihrudia a hrudnej steny s nálezom nejednoznačných ložísk ľavých pľúc, kde bola aj znížená vzdušnosť, zväčšené boli aj okolité lymfatické uzliny, vľavo bola aj voľná tekutina v priestore okolo pľúc v plerálnej dutine. Nález bol hodnotený ako najskôr zápalového charakteru, nebolo však možné vylúčiť skryté nádorové ochorenie. Vzhľadom na CT nález pľúc a kultivačný nález spúta, bola zmenená antibiotická liečba a bol ordinovaný odber krvi na vylúčenie možného nádorového procesu. Dňa 12.11.2019 bolo v rámci lekárskej vizity uvedené, že pacient kašle, pri nádychu ho pichá v ľavej polovici hrudníka, objektívne bolo dýchanie vľavo dole oslabené, brucho bolo voľné, dolné končatiny boli bez opuchov a došlo k výraznému zníženiu hladiny C-reaktívneho proteínu. Následne vzhľadom na zvýšenie onkomarkeru Ca 125, bolo ordinované bronchoskopické vyšetrenie. Bronchoskopické vyšetrenie bolo vykonané dňa 15.11.2019, ktoré nepotvrdilo závažnejší chorobný nález, prítomná bola len mierna hlienovo - hnisavá sekrécia. 5/ Dňa 16.11.2019 nebohý v ranných hodinách skolaboval na WC, následne udával sťaženie dýchania, bol tachykardický, bolo znížené sýtenie periférnej krvi. Realizované bolo kontrolné laboratórne vyšetrenie a EKG vyšetrenie, do liečby bol pridaný liek Fraxiparin. Nebohý bol presunutý na oddelenie anesteziológie a intenzívnej medicíny, kde došlo k poruche vedomia, k zlyhaniu dýchania a akcie srdca. Napriek realizovanému rozšírenému srdcovo-pľúcnemu oživovaniu sa nepodarilo obnoviť životné funkcie a bolo konštatované úmrtie. Žaloba sa vo vzťahu k naplneniu predpokladu protiprávneho úkonu opiera o oznámenie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou pobočka Košice sp. zn. 17864/2020/802 zo dňa 26.01.2021. Ohľadne pochybení pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti žaloba vychádza z konštatovaní, ktoré sú uvedené v tomto oznámení. Žaloba bližšie nešpecifikuje, o ktoré konkrétne medicínske pochybenie žalobcovia opierajú žalované nároky. Z uvedeného dôvodu žalovaný poukázal na to, že nebohý bol ošetrený na urgentnom príjme dňa 02.11.2019 a následne opakovane 03.11.2019, kedy laboratórne parametre svedčili pre dg bronchopneumonického syndrómu a v tomto zmysle bola stanovená aj liečba. Dňa 07.11.2019 pacient udával vykašliavanie hlienov s prímesou krvi v spúte. Hemoptýza môže byť príznakom pľúcnej embólie, avšak môže byť aj príznakom arózie cievy tumorom, o ktorom sa uvažovalo a ku ktorému boli vykonávané aj vyšetrenia, kedy by antitrombotická liečba mohla ohroziť život pacienta. Nebohému boli vykonané hemokoagulačné testy, z ktorých bola zistená zvýšená hodnota D-diméru. Na základe vykonaného CT v nasledujúcich dňoch hospitalizácie sa predpokladal vzostup D-diméru pri zápalovom ochorení a možnom malígnom ochorení, pričom je potrebné zdôrazniť, že zvýšené hladiny D-diméru sa vyskytujú aj pri mnohých iných ochoreniach, malignitách, úrazoch, operáciách a zápaloch. U pacienta pri ordinovanej liečbe došlo k ústupu subjektívnych ťažkostí a poklesu zápalových

parametrov, čo bolo považované za dobrý efekt ordinovanej ATB liečby. Klinické príznaky ako aj laboratórne parametre neboli u nebohého presvedčivými príznakmi pre pľúcnu embolizáciu. Počas celej hospitalizácie bol pacient tlakovo a pulzovo stabilizovaný, bez hypoxémie, na rtg neboli jednoznačne príznaky pľúcnej embólie. V EKG obraze neboli známky preťaženia PK. Vzhľadom na uvedené liek Fraxiparin nebol ordinovaný a podávaný. Pokiaľ ide o nevykonané CT vyšetrenie s kontrastnou látkou, dostupné informácie (klinický obraz, chýbanie znakov hlbokej žilovej trombózy, vysoké koncentrácie Fbg, Wells score) svedčali o tom, že pacient dňa 11.11.2019 nemal masívnu pľúcnu embóliu, preto angio CT pľúc indikované nebolo. O trombóze stehnovej a bedrovej žily, odkiaľ so všetkou pravdepodobnosťou pochádzal aj zdroj masívnej embólie, nemal žalovaný žiadne informácie. Ani pri príjme, ani počas celej doby hospitalizácie pacient neudával bolesti ľavej dolnej končatiny (ĽDK). ĽDK nebola opuchnutá a nevykazovala vonkajšie známky zápalu. Nebohý tieto príznaky nemal, preto ani nebol objektívny dôvod na vykonanie sonografického vyšetrenia DK. Podľa pitevného nálezu bol objem stehien a lýtok rovnaký, bez opuchov, bez farebných zmien. To len potvrdzuje, že u nebohého počas hospitalizácie neboli prítomné zmeny na DK suponujúce hlbokú trombózu DK. Pacient ani pri prvotnom ošetrení, ani počas hospitalizácie neudával, že by sa aktuálne, alebo v krátkej minulosti bol liečil na trombózu DK, neuviedol problém nadmernej zrážanlivosti krvi (hyperkoagulačný, trombofilný stav), ani nepredložil žiadne lekárske správy, ktoré by popisovali prítomnosť trombózy ĽDK, ani to, že by bol u neho potvrdený trombofilný stav. Z konania Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou má žalovaný vedomosť, že nebohý sa liečil u cievneho chirurga D. L., ktorým mu bola liečba warfarínom ukončená, pretože pacient bol bez prejavov tromboembolizmu. Podľa pitevnej správy boli na žilách DK prejavy čerstvej aj starších trombóz (histologicky). Je teda zrejmé, že ani cievny chirurg nemal na tromboembolizmus podozrenie. Z doručeného znaleckého posudku vyplýva, že znalec nemal k dispozíciu zdravotnú dokumentáciu od uvedeného lekára ako základu pre posúdenie mnohých skutočností vo veci. K udávanému špecifickému príznaku podľa záverov znaleckého posudku žalovaný uviedol, že D-dimér v rámci diagnostiky pľúcnej embólie má význam ako negatívny prediktívny faktor (nízka koncentrácia prakticky vylučuje PE). Zvýšenú koncentráciu D-diméru však je možné pozorovať pri mnohých iných ochoreniach, ako sú napr. systémové a závažnejšie lokálne zápaly či malignity. V tomto ohľade, pri RTG verifikovanej bronchopneumónii s relatívne vysokými koncentráciami CRP, je validita vyšetrenia D-Diméru v rámci diferenciálnej diagnostiky minimálne sporná (je predpoklad, že pri kontrole D-diméru by mali jeho zvýšenú koncentráciu prakticky všetci pacienti oddelenia). Rovnako, i keď zvýšené koncentrácie fibrinogénu môžu zvyšovať riziko vzniku pľúcnej embólie, pri jej rozvoji je možné očakávať skôr jeho nízke koncentrácie pri konzumpcii vo vytvorenom trombe/embole. Každá diagnostika by sa mala opierať najmä o klinický obraz, doplnený o laboratórne a pomocné vyšetrenia. Na posúdenie rizika vzniku PE slúžia tzv. Wellsove kritériá. Odhliadnuc od vyšetrení na ÚPS, kedy bol pacient vystresovaný, mal do 13.11.2019 pri pravidelnom monitorovaní srdcovú frekvenciu pod 100/min. Do 07.11.2019, kedy sa prvýkrát uvádza údaj o hemoptýze (ktorá nebola počas celej hospitalizácie verifikovaná), mal pacient M. score 1,5 bodu (prekonaná HŽT), to znamená nízke riziko PE (1,3% pravdepodobnosť PE). Nebohý bol počas celej hospitalizácie monitorovaný v rámci systému včasného varovania (SSV). Ide o systém na rýchle určenie stupňa ochorenia pacienta, založený na pravidelnom monitorovaní vitálnych funkcií (dychová frekvencia, saturácia kyslíkom, telesná teplota, krvný tlak, srdcová frekvencia). Ani raz počas hospitalizácie do 16.11.2019 nebolo zaznamenaných viac ako 4 body v rámci tohto systému a nebola trigerovaná žiadna odpoveď. Dňa 11.11.2019 pacient s pravdepodobnosťou, blížiacou sa k istote, nemal masívnu pľúcnu embóliu, preto nebolo indikované ani angioCT pľúc. Pri indikácii vyšetrení s kontrastnou látkou je potrebné mať vždy na pamäti aj nežiaduce účinky jej podania, vrátane potenciálne smrtiacich (anafylaktický šok) a dlhodobých (napr. akútne zlyhanie obličiek). Je samozrejmé, že pri pohľade ex post by bolo angioCT pľúc vhodné, avšak pri dostupných informáciách (klinický obraz, chýbanie znakov hlbokej žilovej trombózy, vysoké koncentrácie Fbg, Wells score) bola diagnóza pľúcnej embólie vtom čase nepravdepodobná a risk vyšetrenia prevyšoval jeho benefit. Ohľadne neaplikovania antitrombotickej liečby je potrebné uviesť, že nebohý užíval sulodexid (Vessel Due F). Pacient neudával žiadne bolesti, nebol prítomný opuch ĽDK ani iné príznaky hlbokej žilovej trombózy. Je skôr pravdepodobné, že takáto masívna trombóza sa vyvinula v priebehu niekoľkých hodín a vzhľadom na nestabilitu trombu potom pri zatlačení pri potrebe na WC ten potom masívne embolizoval do pľúcnej artérie. Trombolýze sa teda nedalo zabrániť, keďže pacient užíval (podľa najnovších údajov) adekvátnu liečbu v rámci prevencie pľúcnej embólie. Záverom možno konštatovať, že vznik masívnej pľúcnej embólie a trombózy hlbokého žilového systému panvy a ĽDK bol situáciou hyperakútnou, ktorá vznikla dňa 16.11.2019. Dovtedy nebohý nejavil žiadne klinické príznaky hlbokej žilovej trombózy a už vôbec nie masívnej pľúcnej embólie. V čase realizácie CT vyšetrenia bol pacient klinicky stabilizovaný, Wells score s nízkou pravdepodobnosťou vzniku pľúcnej embólie, vysoké koncentrácie Fbg svedčili skôr

pre zápalový proces (pri masívnej trombóze by boli nízke), D-dimér v tejto konkrétnej klinickej situácii nebol vhodný ako marker pľúcnej embólie. Podľa pitevnej správy v kmeni pľúcnice boli odliatky krvných zrazením čerstvého charakteru, čo len potvrdzuje, že v danom prípade išlo u pacienta o akútnu záležitosť masívnej pľúcnej embólie, manifestujúcej sa v deň úmrtia. Dovtedy pacient nejavil žiadne klinické príznaky HŽT a už vôbec nie masívnej pľúcnej embólie, file_0.jpg

file_1.wmf

v čase realizácie CT vyšetrenia bol pacient stabilizovaný, výsledky vyšetrení (klinický obraz, chýbanie znakov hlbokej žilovej trombózy, vysoké koncentrácie Fbg, Wells score) svedčali skôr pre zápalový proces, diagnóza pľúcnej embólie bola nepravdepodobná, v dôsledku čoho CT vyšetrenie s kontrastnou látkou realizované nebolo. Z uvedených dôvodov má žalovaná za to, že neexistuje protiprávny úkon na strane žalovaných. Podľa názoru žalovaného neexistuje protiprávny úkon preto, nemôže existovať ani spôsobená škoda a nemajetková ujma, za ktorú by zodpovedal atribútom príčinnej súvislosti je vždy priamosť pôsobenia príčiny na následok, pri ktorej príčina priamo a bezprostredne predchádza následku a vyvoláva ho. Vzťah príčiny a následku musí byť preto priamy, bezprostredný a neprerušený a nestačí iba jeho akýkoľvek predpoklad. Poukázal na tú skutočnosť, že zo žiadneho dôkazu predložených žalobcami nevyplýva, že by bolo možné smrti nebohého D. E. B. jednoznačne zabrániť. Aj v samotnom znaleckom posudku sa uvádza, že vzhľadom k rozsahu embólie pľúcnych tepien ktorý bol zistený pri pitve by k jeho úmrtiu mohlo dôjsť aj v prípade, ak by mu bola včas podaná liečba antikoagulancioum a liečba intravenóznym fibrinolytikom Znalecký posudok vypracovaný znalcom v trestnom konaní je iba listinným dôkazom a navyše znalec je zapísaný pre odvetvie 480700 vnútorné lekárstvo a vo veci na posúdenie odborných otázok je potrebné vypracovať znalecký posudok z odvetia 480703 pneumológia a ftiziológia. Ďalej žalovaný poukázal na to, že peňažná satisfakcia v zmysle ustanovenia S 13 ods. 2 Občianskeho zákonníka prichádza do úvahy len ak bola v značnej miere znížená dôstojnosť fyzickej osoby alebo jej vážnosť v spoločnosti. Dôsledkom neoprávneného zásahu, ktorý žalovaný popiera do práv chránených v ustanovení S 11 a nasl. Občianskeho zákonníka, je určitá ujma. K uplatnenej výške náhrady nemajetkovej ujmy žalovaný uviedol, že táto je neprimerane vysoká. Z dikcie ustanovení S 13 ods. 1, ods. 2 Občianskeho zákonníka, je možné vyvodiť, že zákonodarca uprednostňuje nemateriálnu formu satisfakcie pred materiálnou. Materiálna forma satisfakcie má nastúpiť až v prípade keď odškodnenie nemateriálnou satisfakciou sa zdá byť nedostatočné. Výška náhrady nemajetkovej ujmy v peniazoch nemá byť ocenením hodnoty ľudského života, pretože tento má nevyčísliteľnú hodnotu ale jej cieľom je len určitá satisfakcia za spôsobený zásah do súkromia a rodinného života a nemôže teda na strane žiadateľa slúžiť na neprípustné obohacovanie a na druhej strane mať likvidačný charakter voči tomu, kto zásah spôsobil (rozsudok Krajského súdu v Nitre, sp. zn. 25 co 18/2013 z 25.09.2013). Určenie výšky primeranej náhrady nemajetkovej ujmy nesmie predstavovať ľubovôľu alebo absolútne voľnú úvahu súdu, ktorá by nepodliehala žiadnemu hodnoteniu. Všeobecný súd je povinný určiť výšku tejto náhrady po náležitom zistení rozhodujúcich skutkových okolností v nadväznosti na ktoré pri právnom posudzovaní veci prihliadne aj na iné právne predpisy Slovenského právneho poriadku upravujúce odškodnenie napríklad Zákon č. 215/2006 Z.z. o odškodňovaní osôb poškodených násilnými trestnými činmi a zohľadniť aj právnej závery, ku ktorým v obdobných prípadoch dospela judikatúra Ústavného súdu SR a Európskeho súdu pre ľudské práva (uznesenie NS SR, sp. zn. 3Cdo 25/2019). Žalovaný uviedol to, že v danom prípade u žalobcov neexistujú závažné dôvody na odklon od právnej úpravy odškodňovania obetí trestných činov, teda, že by žalobcom mala byť priznaná vyššia náhrada, ako ustanovujú právne predpisy pre obete násilných trestných činov za predpokladu, že budú preukázané všetky podmienky zodpovednosti. Vo vzťahu k uplatnenému nároku na náhradu škody uviedol, že nárok na náhradu škody v zmysle ustálenej konštantnej judikatúry môže vzniknúť až vtedy, keď poškodená strana takýto nárok uhradila. Škoda jej teda nemôže vzniknúť skôr, ako škodovú pohľadávku vymáhajúca strana uhradila tretej osobe. K žalobe nebol pripojený žiadny dôkaz, ktorý by vynaloženie uplatnenej výšky 700,- Eur akýmkoľvek spôsobom preukazoval. Takýto nárok, by okrem vyššie uvedeného, súd nemohol priznať z dôvodu jeho nepreukázania. Žalovaný v súvislosti s podanou žalobou poukázal na skutočnosť, že žiadnym z dôkazov doloženým k žalobe nebola preukázaná aktívna legitimácia všetkých žalobcov k podaniu žaloby. Osobitne k tvrdeniam uvedených v žalobe uviedol, že aj v prípade preukázania príbuzenského vzťahu nie je daná aktívna legitimácia žalobcov v 4/ a 5/ rade. V uznesení NS SR sp. zn. 5 Cdo/265/2019 z 17.02.2019 Najvyšší súd uviedol, že zásah do emocionálnej sféry fyzickej osoby spôsobený protiprávnym konaním tretej osoby, následkom ktorého je úmrtie blízkej osoby, zakladá právo domáhať sa ochrany osobnosti podľa ustanovení Občianskeho zákonníka. Realizácia tejto ochrany je vo výlučnom záujme osôb, ktoré sú v takom úzkom vzťahu k postihnutej fyzickej osobe,

že ochrana osobnosti aj po smrti je ich osobným záujmom. NS SR vymedzil v odôvodnení uvedeného rozhodnutia, že ide o manžela a deti a ak ich niet o rodičov. Uvedené rozhodnutie NS SR je založené na konštatovaní Európskeho súdu pre ľudské práva v rozsudku zo dňa 21.06.1988 vo veci Berrhab verzus Holandsko, kde súd konštatoval, že pri pojme rodina existuje úzky zväzok medzi rodičmi a dieťaťom a samotná existencia takejto skutočnosti je prejavom rodinného života, ktorého podstatou je oprávnenie rodičov a detí vytvárať, udržiavať a rozvíjať vzťahy medzi členmi rodiny založené na silných citových väzbách. Nakoľko NS SR v uvedenom uznesení konštatoval, že pri ochrane osobnosti je možné použiť prostriedky jej zákonnej ochrany len pri najbližších príbuzných a to manžela a deti, žalovaný má za to, že aktívna legitimácia žalobcov v 4/ a 5/ rade v zmysle uvedeného uznesenia NS SR nie je daná. Z vyššie uvedených dôvodov navrhol, aby súd žalobu ako nedôvodnú zamietol.

3. Žalobcovia sa prostredníctvom právneho zástupcu vyjadrili k vyjadreniu žalovaného, a to v podaní zo dňa 23.1.2023, v ktorom uviedli, že pokiaľ ide o existenciu protiprávneho stavu, nemajetkovej ujmy a príčinnej súvislosti, ich existencia je nepochybná. Prvotným a nespochybniteľným znakom existencie protiprávneho stavu je smrť nebohého, D. E. B. dňa 16.11.2019 v zdravotníckom zariadení žalovanej, a to v dôsledku: nesprávnej diagnostiky základného ochorenia nebohého počas jeho 14 dňovej hospitalizácie v zdravotníckom zariadení žalovanej, nesprávnej liečby základného ochorenia nebohého vyplývajúcej z nesprávnej diagnostiky počas jeho 14 dňovej hospitalizácie, a to aj napriek tomu, že zdravotný stav nebohého sa počas celej 14 – dňovej hospitalizácie v zdravotníckom zariadení žalovanej neustále zhoršoval, a to pri súčasnom ignorovaní viacerých príznakov nebohého a tiež pri včasnom nevykonaní potrebných vyšetrení na odhalenie základného ochorenia nebohého, osobami na to povinnými - zamestnancami zdravotníckeho zariadenia. Žalobcovia poukázali na to, že podľa Prílohy č. 2 k vyhláške č. 228/2018 Z. z. Ministerstva spravodlivosti Slovenskej republiky z 20. júla 2018, ktorou sa vykonáva zákon č. 382/2004 Z. z. o znalcoch, tlmočníkoch a prekladateľoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, je definované odvetvie Vnútorné lekárstvo 48 07 00 tak, že ide o široké medicínske odvetvie, ktoré sa zaoberá vnútornými chorobami, a to ich prevenciou, diagnostikou a konzervatívnou liečbou. Vnútorné lekárstvo má množstvo ďalších čiastkových špecializovaných odvetví, ktoré sa v súčasnosti už chápu ako samostatné odvetvia. Odvetvie Pneumológia a ftizeológia 48 07 03 je definované tak, že odvetvie sa zaoberá problematikou nádorových aj nenádorových ochorení pľúc a priedušiek vrátane tuberkulózy a iných špecifických chorôb, ich diagnostikou, liečbou, ale aj prevenciou, zahŕňa aj pomocné diagnostické vyšetrenia pľúc, napríklad pri astme (vitálna kapacita pľúc a podobne). Znalec, doc. MUDr. Matej Samoš, PhD., ktorý k úmrtiu nebohého vypracoval znalecký posudok č. 4/2020 v trestnom konaní vedenom na Okresnom súde v Michalovciach pod sp. zn. 8T/1/2023, je podľa žalobcov kompetentným znalcom na vypracovanie znaleckého posudku aj pre odvetvie Pneumológia a ftizeológia 48 07 03. Tohto znalca preto navrhujú v konaní vypočuť ako svedka. Podľa žalobcov chce žalovaný vo svojom vyjadrení preniesť zodpovednosť za smrť nebohého na akúsi nekonkretizovanú vyššiu moc, ktorá sa mala prejaviť a spôsobiť masívnu embolizáciu trombu u nebohého, čo považujú za účelovú obranu žalovaného, ktorá nie je ničím verifikovaná a objektivizovaná. Podľa žalobcov je existencia protiprávneho úkonu daná, pretože došlo k smrti nebohého dňa 16.11.2019, z dôvodu zanedbania povinnosti zdravotníckeho zariadenia, nemajetková ujma je u žalobcov daná, pretože z dôvodu protiprávneho úkonu žalovanej prišli o svoju najbližšiu a milovanú osobu: manžela, otca, brata a strýka. Táto ujma je zároveň taká intenzívna, že ide o ujmu nezvratnú, pretože život žalobcov nebude už nikdy ako predtým, pričom táto ujma aktívne zasiahla a negatívne zmenila život každého zo žalobcov. Príčinná súvislosť medzi protiprávnym úkonom a vznikom nemajetkovej ujmy u žalobcov je taktiež daná, pretože dôkazmi už predloženými bolo preukázané, že k úmrtiu nebohého došlo v dôsledku porušenia § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Žalobcovia sa vyjadrili aj k spochybňovaniu aktívnej legitimácie u žalobcov v 4. a 5. rade. Uviedli, že žalobcovia v 4. a 5. rade sú aktívne legitimovaní na podanie žaloby o náhradu nemajetkovej ujmy v peniazoch, pretože títo žalobcovia, čiže sestra a synovec nebohého (medzi ktorými je vzťah matky a syna) za života nebohého mali s ním vytvorené také silné citové väzby, že ujma, ktorá im jeho smrťou bola spôsobená je porovnateľná ba až takmer totožná ako ujma, ktorá v dôsledku tragickej udalosti utrpela manželka a detí nebohého. Táto ich ujma vyplýva aj z toho, že vzťah medzi sestrou a nebohým bratom, resp. medzi strýkom a synovcom bol taký intenzívny, že sa dá povedať, že žili ako jedna rodina, kde tento ich rodinný život spočíval napríklad aj v takmer každodennom kontakte a stretávaní. K výške nemajetkovej ujmy žalobcovia uviedli, že ju považujú za

primeranú, keďže došlo k strate mladého, aktívneho ľudského života, a osoby, ktorá požívala vo svojom okolí vážnosť, a ktorá bola v mnohých smeroch aj vzorom vo svojom rodinnom aj pracovnom živote, má nevyčísliteľnú hodnotu, aj preto sa žalovaná suma javí žalobcom ako nízka, pretože žiadna suma peňazí im už nevráti ich milovanú osobu. Od postavenia žalovaného, predovšetkým od jeho solventnosti, od miery a závažnosti jeho pochybenia a od škodlivého a nezvratného následku je odvodzovaná výška požadovanej náhrady v peniazoch. K nároku na náhradu škody uviedla žalobkyňa v 1. rade, že uhradila faktúrovanú sumu 1500€ € a uplatňuje škodu iba vo výške 700 €, keďže zvyšnú sumu (cca 800 €) na úhradu pohrebných služieb poskytol poškodenej Policajný zbor SR, pretože nebohý D. E. B. bol policajtom od roku 1989 a tým bol aj ku dňu jeho smrti. K návrhu na prerušenie konania žalobcovia uviedli, že s ním nesúhlasia. Je pravdou, že na Okresnom súde Michalovce je kvôli zrejmému pochybeniu zodpovedných osôb kvôli úmrtiu D. E. B. vedené trestné stíhanie pod sp. zn. 8T/1/2023, kde bola prokurátorom podaná obžaloba na dve osoby, lekárky za prečin usmrtenia podľa § 149 ods. 1, ods. 2 písm. a/ Tr. zákona. V trestnom konaní, po takmer viac ako 3 rokoch dôsledného a rozsiahleho vyšetrovania podal prokurátor obžalobu na konkrétne osoby. Čo sa však týka roviny civilného sporu, tak v tomto sa nebude rozhodovať o zavinení konkrétnej osoby, tak ako je to v konaní trestnom. Aj v prípade, žeby v trestnom konaní boli obvinené osoby oslobodené spod obžaloby prokurátora, tak to nebude negovať zodpovednosť žalovanej nemocnice. Otázka, ktorá sa rieši v trestnom konaní (trestná zodpovednosť konkrétnej osoby) nemá súvis so zodpovednosťou žalovaného zdravotníckeho zariadenia a už vôbec nie taký, aby bolo nutné toto konanie prerušovať.

4. Žalovaný podal vo veci ďalšie vyjadrenie dňa 15.2.2023, v ktorom uviedol, že na svojich doterajších skutkových tvrdeniach naďalej zotrváva. K tvrdeniu žalobcov, že znalecké odvetvia uvedené pod číslom 490701 až 490710 v podstate patria pod medicínske odvetvie vnútorné lekárstvo uviedol, že toto tvrdenie je bez reálneho základu. Znalecké odvetvia pod uvedenými číslami v prílohe č. 2 vyhlášky č. 228/2018 Z.z. sa ani nenachádzajú. Žalobca predpokladá, že žalobcovia mali na mysli odvetvia zapísané pod číslami 480701 až 480710. Vyhláška MS SR č. 228/2018 Z.z. vo svojej prílohe č. 2 vymedzuje odbor 480000 zdravotníctvo a farmácia. Následne vymedzuje odvetvia v rámci tohto odboru. Je teda možné konštatovať, že vymedzené odvetvia patria do odboru zdravotníctvo a farmácia, nie je však možné tvrdiť, že akékoľvek vyhláškou definované odvetvie je súčasťou iného odvetvia. Zákonodarca celkom zjavne zadefinoval každé odvetvie, ako samostatné odvetvie lekárskej vedy. Žalovaný preto trval na nariadení znaleckého dokazovania z odvetvia 480703 pneumológia a ftizeológia. Žalovaný ďalej uviedol, že nikde vo svojich tvrdeniach neuvádza, že by dôvodom úmrtia D. E. B. bola akási nekonkretizovaná vyššia moc. Žalovaný v konkrétnostiach popisovala priebeh liečby a možné dôvody zhoršenia zdravotného stavu. Tieto dôvody nevyplývajú zo žiadnej vyššej moci, ale zo samotného zdravotného stavu nebohého a mechanizmov, ktoré prebiehajú v ľudskom tele. Vo vzťahu k uplatnenej náhrade škody žalovaný uviedol, že prílohou podania nie je faktúra, ako sa to uvádza v písomnom podaní žalobcu, ide o objednávku bez reálneho preukázania jej vykonania a najmä úhrady predpísaným účtovným dokladom. Vo vzťahu k návrhu na prerušenie konania uviedol, že návrh ponecháva na zvážení konajúceho súdu.

5. Súd vykonal vo veci dokazovanie a bol zistený tento skutkový stav:

6. Z oznámenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou o výsledku prešetrenia vyplýva, že Úrad prešetril podnet v zmysle zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a vykonal dohľad s využitím podkladov - dostupnej zdravotnej dokumentácie súvisiacej so zdravotnou starostlivosťou, ktorá bola poskytnutá D. E. B. v dohliadanom období v Nemocnici s poliklinikou K. C. D., a.s., písomného vyjadrenia dohliadaného subjektu, písomného vyjadrenia a výpisu zo zdravotnej dokumentácie z angiochirurgickej ambulancie ANGIO-CHIRURGIA s.r.o. (MUDr. Ján Duda), pitevného nálezu a stanovísk konzultantov úradu - odborníkov v medicínskom odbore rádiológia, pneumológia a ftizeológia. Úrad zistil, že D. E. B. bol dňa 02.11.2019 o 09.32 hod. vyšetrený v rámci Ústavnej pohotovostnej služby (ÚPS) v internej ambulancii Nemocnice s poliklinikou K. C. D., a.s. pre dva dni trvajúce subfebrility (zvýšenú teplotu tela) a bolesť v oblasti ľavých rebier, bez ťažkostí s dýchaním. V rámci osobnej anamnézy bolo zdokumentované, že sa lieči na arteriálnu hypertenziu (vysoký krvný tlak — TK), v minulosti užíval Warfarín (liek znižujúci krvnú zrážanlivosť) pre trombózu (upchatie krvnou zrazeninou) žíl hornej končatiny (HK) pri zavedenom cievnom katétri, z liekov okrem iných užíval liek

Vessel Due F, ktorý pôsobí ochranne na cievy a pôsobí proti možnému vzniku trombózy. Pri vstupnom fyzikálnom vyšetrení boli jeho životné funkcie v medziach normy až na tachykardiu (zrýchlenú akciu srdca) 112 — 90 - 101/min., TK bol 130 — 140/80 mmHg. Pacient bol bez dušnosti, pri dýchaní boli pri posluchovom vyšetrení v dolných častiach ľavých pľúc ojedinele počuteľné chorobné zvuky (tzv. krepitácie), akcia srdca bola pravidelná, brucho bolo voľne priehmatné, pohmatovo citlivé, dolné končatiny (DK) boli bez opuchov a kŕčových žíl. Vykonané bolo EKG vyšetrenie a RTG vyšetrenie hrudníka (nález: nad bránicou vravo bolo prítomné neostro ohraničené ložisko na ploche 25x13 mm, hodnotené ako najskôr zápalové, ostatný pľúcny nález bol v norme). V laboratórnom náleze boli pozitívne zápalové markery - leukocytóza (zvýšený počet bielych krviniek) a C-reaktívny proteín (CRP 87,09 mg/l, norma do 5). Ostatné parametre krvného obrazu a biochémie boli v norme, ľahko zvýšená bola glykémia (hodnota krvného cukru). Lekárom bola stanovená diagnóza pneumónie (zápalu pľúc) vpravo a pacientovi bola navrhnutá hospitalizácia na pľúcnom oddelení, v tom čase však preferoval ambulantnú liečbu, preto mu bolo odporučené tabletové užívanie antibiotík (ATB - liekov proti možnej mikrobiálnej infekcii) Amoksiklav spolu so symptomatickou liečbou. Pre zhoršenie ťažkostí bol pacient v nasledujúci deň 03.11.2019 o 17.29 hod. opäť vyšetrený v rámci ÚPS v internej ambulancii NsP Michalovce, udával zhoršenie bolestí pod pravou lopatkou so šírením dopredu a subfebrility. V rámci osobnej anamnézy bol opäť zdokumentovaný údaj o prekonanej trombóze žíl HK. Objektívne bol subfebrilný (37,1 st. C), bez dušnosti, tachykardický 116/min., TK bol zvýšený 145/90 mmHg, DK boli bez opuchov. Kontrolné CRP v krvi stúplo na 166,3 mg/l. Stav bol hodnotený ako ľavostranná pneumónia a pacient bol 0 19.02 hod. prijatý na Oddelenie pneumológie a ftizeológie NsP Michalovce. Po prijatí na OPaF NsP Michalovce dňa 03.11.2019 bola u neho ordinovaná vnútrožilová ATB liečba, Vessel Due F 2x1 tbl., liek na zníženie TK Amlopin a infúzie s Novalginom na zníženie teploty a bolesti. Dňa 07.11.2019 pri lekárskej vizite o 07.06 hod. bolo uvedené: „Subj začal kašľať, vykašliaval hlieny s prímesou krvi U pacienta bolo vykonané laboratórne hemokoagulačné vyšetrenie krvi, v ktorom boli zistené zvýšené parametre aktivácie krvného zrážania, predovšetkým parameter D-Dimér (8,56 mg/l FEU, norma 0,00 — 0,55), CRP klesol na 82,43 mg/l. Uvedené hodnoty boli sestrou prepísané aj do dekurzu, vyhodnotenie lekárom chýba. Ordinované bolo mikrobiologické vyšetrenie spúta. Pri rannej lekárskej vizite v nasledujúci deň 08.11.2019 pacient udával, že sa má lepšie, ťažkosti neudával, dýchanie bolo tichšie počuteľné, inak bez chorobných zvukov, brucho bolo priehmatné, DK boli bez opuchov. V daný deň bola vypísaná žiadanka na CT vyšetrenie hrudníka s cieľom „vylúčiť patologický proces vzhľadom na RTG nález nad ľavou bránicou, opakovanú hemoptýzu (vykašliavanie krvi)". Pri lekárskej vizite dňa 09.11.2019 o 10.10 hod. pacient udával: „chrchle, vykašľal menšie množstvo krvi". Objektívne boli pri posluchovom vyšetrení pľúc počuteľné krepitácie, brucho bolo voľné, DK boli bez opuchov. Pri lekárskej vizite dňa 10.11.2019 pacient udával, že sa má lepšie, boli zdokumentované nálezy mikrobiologického vyšetrenia spúta, potvrdená bola prítomnosť baktérií Steptococcus viridans, Neisseria pharyngis. V daný deň bolo vykonané natívne CT vyšetrenie pľúc, mediastína (medzihrudia) a hrudnej steny s nálezom konsolidácii (nejednoznačné ložiská) ľavých pľúc, kde bola aj znížená vzdušnosť. Zväčšené boli aj okolité lymfatické uzliny do cca 5 mm, vpravo bola aj voľná tekutina v priestore okolo pľúc v plerálnej dutine (fluidotorax) hrúbky cca 15 mm. Uvedený nález bol hodnotený ako „najskôr zápalového charakteru, krytá neoplázia (nádor) ale nie je vylúčená. Odp. kontrola dynamiky po zaliečení." Vzhľadom na CT file_2.jpg

file_3.wmf

nález pľúc a kultivačný nález spúta bola zmenená ATB liečba, ordinovaný bol tiež odber krvi na onkomarkery (na vylúčenie zhubného nádorového procesu) a CRP. Dňa 12.11.2019 bolo v rámci lekárskej vizity uvedené, že pacient kašle — hlavne v popoludňajších hodinách, pri nádychu ho pichá v ľavej polovici hrudníka, objektívne bolo dýchanie vľavo dole oslabené, brucho bolo voľné, DK boli bez opuchov. Dokumentovaný bol výsledok CRP 9,91 mg/l. Dňa 13.11.2019 bol pacient bez dusnosti, srdcovo — pľúcne stabilizovaný, pri lekárskej vizite bolo, vzhľadom na zvýšenie onkomarkeru Ca 125 na 45,6 U/ml (norma 0-35), ordinované vykonanie bronchoskopického vyšetrenia (endoskopické vyšetrenie vnútra dýchacích ciest). Dňa 14.11.2019 pri lekárskej vizite o 09.19 hod. udával zhoršené dýchanie, bol spotený. Do liečby boli pridané lieky na uľahčenie dýchania (Oxantil) a bol mu aplikovaný kyslík. Dňa 15.11.2019 bolo u neho vykonané bronchoskopické vyšetrenie, ktoré nepotvrdilo závažnejší chorobný nález, prítomná bola len mierna hlienovo — hnisavá sekrécia. Počas zákroku boli hodnoty TK prijateľné, prítomná bola tachykardia file_4.jpg

file_5.wmf

116-121-115-93/min. Dňa 16.11.2019 bol pacient sestrou ráno kontrolovaný o 05.00 hod. — v noci spal, v kľude bez prejavov dusnosti. 0 07.34 hod. je v dekurze písomný záznam: „Pacient skolaboval na WC. Aktuálne pri vedomí, komunikuje, udáva sťažené dýchanie...". Pacient bol tachykardický, sýtenie periférnej krvi bolo znížené, realizované boli kontrolné laboratórne vyšetrenia a EKG vyšetrenie, pridaný bol liek Fraxiparine na riedenie krvi. 0 07.39 hod. bol pacient presunutý file_6.jpg

file_7.wmf

na OAMIS NsP Michalovce. 0 07.40 hod. bol cyanotický, nepokojný, mal strach zo smrti, napojený bol na monitor, TK bol nemeraterný, inhaloval 02 maskou, napriek tomu bola saturácia kyslíkom chorobne nízka 70%, 0 07.45 hod. došlo k poruche vedomia a zlyhávaniu dýchania a akcie srdca. Napriek realizovanému srdcovo — pľúcnemu oživovaniu sa nepodarilo obnoviť životné funkcie a o 08.30 hod. bolo konštatované jeho úmrtie. Stav pri úmrtí bol hodnotený ako Pľúcna embólia s prejavmi akútneho Cor pulmonale (upchatie pľúcnej cievy priplavenou krvnou zrazeninou s náhlym zlyhaním funkcie pravej komory srdca). V rámci súčinnosti pri výkone dohľadu nad zdravotnou starostlivosťou bol oslovený poskytovateľ angiochirurgickej starostlivosti ANGIO-CHIRURGIA s.r.o. (MUDr. Ján Duda), kde bol pacient sledovaný a medikamentózne manažovaný pre tromboflebitídy na oboch HK a flebotrombózu na ľavej HK. V úvode liečby bol podkožne podávaný nízkomolekulámy heparín, neskôr Warfarín a potom N. L. E. C. boli realizované v mesačných intervaloch. Zo strany úradu bol spätne prehodnotený skiagram hrudníka zo dňa 02.11.2019 CT nález hrudníka zo dňa 11.11.2019. Obe boli rádiológom NsP Michalovce vyhodnotené správne. Popisovali reálne prítomné a hodnotiteľné chorobné štruktúry. U pacienta, vzhľadom na kliniku a nálezy vykonaných vyšetrení, malo byť vykonané kontrastné vyšetrenie - CT angiografia (vyšetrenie pľúcneho riečiska s aplikáciou kontrastnej látky), ktorá ale nebola požadovaná zo strany klinikov — file_8.jpg

file_9.wmf

lekárov indikujúcich samotné zobrazovacie vyšetrenie u pacienta. Úradom prehodnotené RTG vyšetrenie hrudníka zo dňa 02.11.2019 a CT vyšetrenie hrudníka zo dňa 11.11.2019 bolo na Rádiologickom oddelení dohliadaného subjektu realizované podľa platných protokolov a štandardov a bolo relevantne opísané. Z uvedených vyšetrení sa nedala špecifikovať diagnóza pľúcnej embolizácie. Rádiologická zdravotná starostlivosť bola pacientovi v dohliadanom období v NsP Michalovce poskytnutá správne. Popis CT nálezu bol správny, avšak samotný rozsah ordinovaného CT vyšetrenia hrudníka bol nedostatočný, pacientovi nebola podaná kontrastná látka. V rámci diferenciálnej diagnostiky, akceptujúc anamnestické údaje v minulosti prekonanej flebotrombózy v liečbe Warfarínom, pacientom udávanú hemoptýzu a aktuálne hemokoagulačné parametre, mala byť u pacienta vylúčená tromboembolická pľúcna choroba (TEPCH) a indikované CT angiografické vyšetrenie pľúcnych ciev. Pre CT pľúcny nález, pozitívny onkomarker a hemoptýzu bola ordinovaná bronchoskopia. V dekurze zo dňa 14.11.2019 (12. deň hospitalizácie) sa uvádza: dnes ráno sa mu horšie dýchalo, bol spotený, prestrašený z navrhovaného vyšetrenia". Bronchoskopia bola vykonaná dňa 15.11.2019, nádorová etiológia ochorenia sa nepotvrdila. V nasledujúci deň 16.11.2019 (14. deň hospitalizácie) 0 07.34 hod. pacient na záchode skolaboval, bol pri vedomí, cyanotický, dyspnoický, mal tachykardiu 110 - 120/min. vtedy mu bola podaná dávka Fraxiparínu, pacient bol napojený na monitor, bol schvátený, s poruchami vedomia a životných funkcií. Realizované bolo srdcovo — ptúcne oživovanie, ktoré nebolo úspešné a 0 08.30 hod. bolo konštatované jeho úmrtie. Záverečná diagnóza bola stanovená ako Bronchopneumónia (zápal priedušiek a pľúc), Pľúcna embólia s prejavmi akútneho cor pulmonale, Artériová hypertenzia, Stav po trombóze žíl HK katétrová. Podľa pitevného nálezu bolo bezprostrednou príčinou smrti zlyhanie pravého srdca pri masívnej trombembólii do kmeňa a vetiev pľúcnice, prítomné boli znaky sukcesívnej pľúcnej embolizácie a hojaci sa infarkt v dolnom laloku ľavých pľúc. Ku klinickým prejavom TEPCH patrí dýchavica, tachykardia, bolesť na hrudníku, hemoptýza, suchý kašeľ, slabosť, asymetrický opuch končatín. Klinický stav pacienta v rámci dif. dg. suponoval pracovnú diagnózu ptúcnej embolizácie, aj v kontexte hemokoagulačného laboratórneho nálezu. V diagnostike hlbokej žilovej trombózy a pľúcnej embólie má D-dimér vysokú senzitivitu, avšak nízku špecificitu. Pre vylúčenie trombembólie je významná hlavne negatívna hodnota testu, negatívna hodnota testu prakticky vylučuje pľúcnu embóliu. Pri pozitivite testu je potrebné v rámci diferenciálnej diagnostiky myslieť aj na TEPCH, čo sa u pacienta nestalo. Navyše pacient mal pozitívnu anamnézu - v minulosti sa liečil WarfarÍnom pre trombózu žíl HK. Úlohou lekára bolo účelne definovať rozsah anamnestických údajov a zhodnotiť ich dôležitosť v kontexte aktuálnych ťažkostí pacienta. U pacienta neboli diagnostické postupy v dohliadanom období na OPaF

NsP Michalovce realizované v dostatočnom rozsahu. U pacienta s bolesťami na hrudníku, tachykardiou a hemoptýzou nebola venovaná dostatočná pozornosť výsledkom vyšetrení hemokoagulačných faktorov zo dňa 07.11.2019 a nebola vzatá do úvahy anamnesticky udávaná predchádzajúca liečba M. po prekonanej flebotrombóze. CT vyšetrenie pľúc nebolo dňa 11.11.2019 vykonané s kontrastnou látkou, nebola ordinovaná a teda ani vykonaná angiografia na vylúčenie možnej pľúcnej embolizácie, pre ktorú boli u pacienta medicínsky relevantné indície. Klinický stav nebol u pacienta vyhodnotený správne, diferenciálna diagnostika nebola vykonaná v dostatočnom rozsahu. Vzhľadom na vyššie uvedené skutočnosti, úrad konštatoval, že diagnostický a terapeutický postup nebol u pacienta počas hospitalizácie na OPaF NsP Michalovce správny, čo viedlo k nestanoveniu správnej diagnózy a následne absencii adekvátnej liečby. Zdravotná starostlivosť nebola pacientovi na OPaF dohliadaného subjektu v dohliadanom období poskytnutá v dostatočnom rozsahu a správne, pretože u pacienta neboli diagnostické postupy v dohliadanom období na OPaF NsP Michalovce realizované v dostatočnom rozsahu, čo podmienilo nesprávnu diagnostiku a absenciu účelnej prevencie a liečby. U pacienta s anamnézou prekonanej flebotrombózy liečenej Warfarínom, s aktuálnymi bolesťami na hrudníku a hemoptýzou, s patologickými hemokoagulačnými parametrami nebolo ordinované kontrastné vyšetrenie pľúc — CT angiografia pľúcnych ciev na vylúčenie možnej trombembolickej pľúcnej choroby, pre ktorú boli u pacienta medicínsky relevantné indície.

7. Zo znaleckého posudku č. 4/2020, ktorý podal v trestnom konaní doc. MUDr. Matej Samoš, PhD, znalec z odboru zdravotníctva a farmácia, odvetvie vnútorné lekárstvo, a to v trestnej veci prečinu usmrtenia na tom skutkovom základe, že dňa 16.11.2019 v čase 8:30hod., v NsP K. C. v D. za doposiaľ nezistených okolností došlo k náhlemu úmrtiu D. E. B., nar. XX.X.XXXX, trvale bytom D., C. X, bolo zistené nasledovné:

8. Znalec v závere posudku konštatoval, že zdravotná starostlivosť nebola v období od 3.11.2019 di 16.11.2019 nebohému poskytnutá poskytovateľom Nemocnica s poliklinikou K. C. D., a.s. správne, nakoľko poskytovateľ nevykonal všetky zdravotné file_10.jpg

file_11.wmf

úkony na správne určenie choroby a nezabezpečil správnu včasnú a účinnú liečbu. Službukonajúci lekár ambulancie ústavnej pohotovostnej služby odboru vnútorné lekárstvo vychádzal pri svojom vyšetrení dňa 03.11.2019 najmä z nálezu z predchádzajúceho vyšetrenia v tejto ambulancii poskytovateľom dňa 02.11.2019, kedy nebohý odmietol navrhovanú ústavnú zdravotnú starostlivosť (posudzovanie správnosti tohto vyšetrenia nie je predmetom tohto znaleckého posudku na základe unesenia), nesprávne interpretoval niektoré klinické príznaky a nevykonal ani základné kontrolné laboratórne vyšetrenia, najmä vyšetrenie koagulácie, vyšetrenie D — diméru a vyšetrenie markerov srdcového zlyhávania (BNP alebo NT-proBNP), ktoré by už v tomto čase s najväčšou pravdepodobnosťou vzhľadom k zistenému rozsahu venóznej trombózy apľúcnej embólie vykazovali odchýlku od referenčných hodnôt a mohli by lekára upozomiť na správnu diagnózu a to na diagnózu venóznej tromboembolickej choroby. Ošetrujúci lekári pacienta počas jeho hospitalizácie na oddelení pneumológie a ftizeológie v dňoch 03.11.2019 — 16.11.2019 nesprávne interpretovali príznak opakujúcej sa hemoptýzy (vykašľania frvi), vyššej akcie srdca a nález nízkej periférnej saturácie kyslíkom ako súčasť klinického obrazu suponovanej základnej diagnózy ľavostranného zápalu pľúc alebo ako súčasť suponovanej alternatívnej diagnózy nádoru pľúc vľavo, pričom nemysleli na možnosť pľúcnej embolizácie ako častej alternatívnej príčiny hemoptýzy, tachykardie (zrýchlenej akcie srdca) a desaturácie, za účelom vylúčenia tejto alternatívnej diagnózy neindikovali žiadne ďalšie pomocné vyšetrenia (EKG vyšetrenie, echokardiografické vyšetrenie USG vyšetrenie srdca, USG vyšetrenie žíl dolných končatín, laboratórne vyšetrenia so zameraním sa na abnormalty v hemokoagulácif, či preťaženie srdcového svalu, CT-pulmoangiografické vyšetrenie, scintigrafické vyšetrenie pľúcnej cirkulácie, či interné, hematologické, či kardiologické konziliáre vyšetrenie), s výnimkou vyšetrenia koncentrácie D — diméru, ktorý bol vyšetrený dňa 07.11.2019.

9. Znalec uviedol, že nie je jasné prečo ošetrujúci lekári nebohého nemysleli na diagnózu venóznej tromboembolickej choroby - pľúcnej embólie ako na primárnu príčinu ťažkostí file_12.jpg

file_13.wmf

pacienta. Hemokoagulačné vyšetrenie bolo vykonané až dňa 07.11.2019, pričom týmto vyšetrením bola zistená abnormálna hodnota D — diméru (marker degradácie = degradačný produkt fibrínu, hlavného komponenta krvnej zrazeniny, ktorého zvýšené hodnoty svedčia priamo pre aktiváciu procesu prirodzeného rozpúšťania zrazeniny v organizme a nepriamo svedčia pre aktiváciu hemokoagulácie = tvorby zrazeniny v organizme) a antitrombínu III (prirodzený inhibítor tvorby krvnej zrazeniny, t.j. aktivácie hemokoagulácie, ktorého nízke koncentrácie/aktivita svedčia o jeho abnormálnej spotrebe pri chorobnej aktivácii hemokoagulácie), zistené hodnoty D — diméru boli 8,56 mg/l a antitrombínu III boli 67,9 0/0. Zo zdravotnej dokumentácie nie je zrejmé prečo nebolo hemokoagulačné vyšetrenie konané skôr. Lekármi boli zistené abnormálne nálezy hemokoagulácie, najmä abnormálna hodnota D — diméru nesprávne interpretované ako súčasť klinického obrazu suponovanej základnej diagnózy ľavostranného zápalu pľúc alebo súčasť suponovanej alternatívnej diagnózy nádoru pľúc vľavo; abnormálna hodnota D — diméru však nebola ošetrujúcimi lekármi správne interpretovaná v kontexte s ďalšími klinickými príznakmi svedčiacimi pre venóznu tromboembolickú chorobu (opakované malé embolinĺcie krvných zrazenín do pľúcnych tepien) a v tomto kontexte vyšetrenia smerujúce k vylúčeniu_vcnóznejfrombocmbolickcj choroby, najmä: EKG vyšetrenie, echokardiografické vyšetrenie — USG vyšetrenie srdca USG vyšetrenie žíl dolných končatín, laboratórne vyšetrenia so zameraním sa na markery preťaženia srdcového svalu, CT-pulmoangiografické vyšetrenie, scintigrafické vyšetrenie pľúcnej cirkulácie, interné, hematologické, či kardiologické konziliáre vyšetrenie. Je pravdepodobné, že by bolo možné týmito vyšetreniami dňa 07.11.2019 zistiť prítomnosť krvnej zrazeniny v stehnových žilách a/alebo prítomnosť známok preťaženia pravej komory a/alebo prítomnosť krvnej zrazeniny v pľúcnych tepnách. Realizácia interného, hematologického alebo kardiologického konziliárneho vyšetrenia zas mohla pomôcť ošetrujúcim lekárom správne interpretovať zistené príznaky a nálezy z pomocných a laboratórnych vyšetrení ako súčasť klinického obrazu venóznej tromboembolickej choroby a tým umožniť včasné nasadenie účinnej liečby.

10. Znalec ďalej uviedol, že nesprávne bolo aj to, že lekármi počas hospitalizácie na odd. pneumológie a ftizeológie nebola v dňoch 03.11.2019 až 15.11.2019 u pacienta indikovaná ani profylaktická farmakologická liečba v prevencii tromboembolickej choroby vo forme podania heparĺnu alebo heparínu s nízkou molekulovou hmotnosťou subkutánne. Z príjmovej správy nebohého vyplýva, že ošetrujúcim lekárom bol známy údaj o anamnéze venóznej tromboembolickcj choroby u nebohého. Lekári nevzali do úvahy anamnestický údaj prítomnosti venóznej tromboembolickej choroby, ktorý stavia pacienta do vyššieho rizika recidívy uvedených príhod, a nezahájili u nebohého správnu farmakologickú prevenciu TECH, ktorá mala byť nebohému podávaná už od začiatku jeho hospitalizácie na odd. pneumológie a ftizeológie. Táto farmakologická prevencia TECH nebola u nebohého zahájená ani po tom, ako sa u nebohého začali zvažovať alternatívna diagnóza nádoru pľúc. Vzhľadom na skutočnosť, že sa počas hospitalizácie na alternatívnu diagnózu venóznej tromboembolickej choroby (embolizácie do pľúcnych tepien s nízkym resp. stredným rizikom) nemyslelo, nebola počas hospitalizácie pacientovi až do dňa 16.11.2019 podávaná účinná antikoagulačná liečba heparínom alebo heparínom s nízkou molekulovou hmotnosťou; profylaktická liečba týmito preparátmi však mala byť pacientovi počas hospitalizácie podávaná aj v prípade, že sa na možnosť venóznej tromboembolickej choroby ako základnej diagnózy pacienta nemyslelo. Znalec poukázal na to, že dňa 16.11.2019 klinický stav pacienta sa výrazne zhoršil, pričom sa po zhoršení stavu pacienta v tomto čase už správne suponovala diagnóza embólie do pľúcnych tepien. Pacientovi bola v tomto čase prvý krát podaná antikoagulačná liečba heparínom s nízkou molekulovou hmotnosťou subkutánnou formou podania. Uvedená liečba však nebola nebohému podaná správne, nakoľko sa v tomto čase už jednoznačne (t.j. aj pri pohľade ex ante) jednalo o embóliu s tzv. vysokým rizikom (v staršej terminológii o masívnu embóliu, t.j. o rozsiahlu embóliu, t.j. o embóliu, ktorá spôsobila zlyhávanie činnosti pravostranných srdcových oddielov) asubkutánne podanie nemohlo vzhľadom k maximálnemu terapeutickému efektu, ktorý možno očakávať až 3-4 hodiny od subkutánneho podania liečiva v tomto prípade dosiahnuť účinnú terapeutickú odpoveď. Teda správne malo byť ošetrujúcim lekárom v tomto čase podané antikoagulancium vo forme nefrakcionovaného heparínu intravenózne. Následne mala byť u pacienta ideálne pred, ale najneskôr okamžite po jeho transporte na monitorované lôžko realizovaná nevyhnutná diagnostika zameraná na potvrdenie pľúcnej embólie (urgentné echokardiografické vyšetrenie alebo urgentné CTpulmoangiografické vyšetrenie) a

malo byť zvažované podanie fibrinolytickej liečby, ktorá by v tomto momente mohla jedine dosiahnuť rozpustenie krvnej zrazeniny v pľúcnej tepne a zlepšenie klinického stavu nebohého.

11. Znalec doc. MUDr. Matej Samoš, PhD. uzavrel, že zdravotná starostlivosť nebola v posudzovanom období nebohému poskytnutá poskytovateľom Nemocnica s poliklinikou K. C. D. správne nakoľko poskytovateľ nevykonal všetky zdravotné úkony na správne určenie choroby, nezabezpečil správnu včasnú a účinnú liečbu základného ochorenia nebohého, ktorým bola venózna tromboembôlická choroba Následkom nesprávne určenej základnej diagnózy a nezabezpečenia účinnej liečby základného ochorenia bola progresia základného ochorenia so vznikom obojstrannej embólie krvnej zrazeniny do pľúcnych tepien s vysokým rizikom (v staršej terminológii masívnej, t.j. rozsiahlej), čo je závažné, život-ohrozujúce ochorenie, následkom ktorého bolo zlyhanie činnosti pravej komory srdca a úmrtie D. E. B.. Znalec tiež uviedol v závere posudku, že ak by bola správna diagnóza stanovená včas a ak by bola včas zahájená účinná antikoagulačná liečba, je pravdepodobné, že by došlo k zlepšeniu zdravotného stavu nebohého a teda by bolo možné zabrániť smrti nebohého D. E. B.. Dňa 16.11.2019 sa klinický stav nebohého náhle zhoršil, pričom došlo k progresii základného ochorenia a vznikla pľúcna embólia s vysokým rizikom, t.j. embólia so známkami zlyhávania činnosti pravej komory srdca. V tomto čase bola diagnóza stanovená už správne a pacientovi bola aj podaná antikoagulačná liečba heparínom s nízkou molekulovou hmotnosťou subkutánnou formou podania. Nebola mu však podaná antikoagulačná liečba vo forme nefrakcionovaného heparínu intravenózne, ani účinná fibrinolytická liečba, ktorá by v tomto momente mohla jedine dosiahnuť rozpustenie zrazeniny v pľúcnej tepne a zlepšenie klinického stavu nebohého a tým zabrániť smrti nebohého D. E. B..

12. Z odborného stanoviska k poskytnutej zdravotnej starostlivosti neb., ktoré podal L. D. O. D., P. odborný konzultant v odbore pneumológie a ftizeokógie, a to dňa 25.10.2020, bolo konštatované, že diagnostický a terapeutický postup počas hospitalizácie nebol lege artis. Nebola správne stanovená diagnóza masívnej trombembolíe do kmeňa i väčších vetiev pľúcnice, čo viedlo k akútnemu zlyhaniu pravého srdca. Bolo úlohou ošetrujúceho lekára to zistiť a presne formulovať a zaznamenať do zdravotnej dokumentácie užívanie lieku warfarínu proti zrážaniu krvi. Už 7.11., teda v piaty deň hospitalizácie boli známe výsledky hemokoagulácie, ktoré mali byť vyhodnotené, teda, že ide o zvýšenú zrážanlivosť krvi a mala sa nasadiť antikoagulačná liečba. Táto liečba sa nasadzuje aj pri zápaloch pľúc aj z preventívnych dôvodov. Za najväčšie pochybenie považuje, že na výsledky hemokagulačných faktorov ošetrujúci personál nereagoval pridaním anitikoagulačnej liečby. Za ďalšie pochybenie považuje, že CT vyšetrenie nebolo správne vykonané, lebo na základe dodaných CT skenov nie je vidieť, že by bola použitá kontrastná látka, to znamená, že nebola ordinovaná CT angiografia pľúc. Ordinácia CT angiografie pľúc však mala byť žiadaná od klinického pracoviska. Ak by bola urobená CT anglografia z najväčšou pravdepodobnosťou by sa odhalila embolizácia do pľúc a mohla by byť nasadená trombolytická, alebo antikoagulačná liečba. CT vyšetrenie bolo ordinované neskoro, a to až v deviaty deň hospitalizácie. Pri podozrení, či priamo pri stanovení diagnózy sa malo pátrať po lokalite trombembólie, nemusela byť končatina opuchnutá, ale aj tak trebalo vyšetriť ultrazvukové dopplerovské vyšetrenie ciev, ktoré by odhalilo ložisko trombózy. Chýba aj vyšetrenie echokardiografie srdca. Preto podľa L. D. O. D., P. nebola poskytnutá adekvátna zdravotná starostlivosť a postup bol non lege artis. Došlo k pochybeniu vyhodnotenia krvných testov a ordinácie CT vyšetrenia, čo viedlo k nestanoveniu diagnózy PE a k absencií adekvátnej liečby, a preto konštatuje, že zo strany zdravotníckych pracovníkov poskytovateľa došlo k pochybeniu, lebo diagnostické a liečebné postupy neboli štandardné a správne načasované.

13. V odbornom stanovisku L. D. Q. R. CSs. z radiologickej kliniky s.r.o., ktoré podala dňa 31.10.2020 k poskytnutiu zdravotnej starostlivosti pacientovi D. E. B., nar. XX.X.XXXX, je konštatované, že dohľadané a opisované RTG vyšetrenie hrudníka z 2.11.2019 a CT vyšetrenia hrudníka z 11.11.2019, ktoré bolo realizované na rádiologickom oddelení dohľadaného subjektu, bolo vykonané podľa protokolov a štandardov. Z pohľadu jej odbornosti rádiológa pri realizácii a hodnotení RTG snímky hrudníka z 2.11.2019 a CT vyšetrenia z 11.11.2019 neboli porušení štandardy liečby a vyšetrenia boli správne popísané. Chyba však bola v nesprávnom zhodnotení klinky pacienta a nepodaní kontrastnej látky pri CT vyšetrení, čo malo byť zo strany lekárov pľúcneho oddelenia, ktorí požadovali pľúcne CT, čo však nie je chyba RTG oddelenia.

14. Z rozsudku tunajšieho súdu sp. zn. 8T/1/2023-1003, zo dňa 12.2.2024 bolo zistené, že sa vedie konanie voči obžalovanej D. S. I. ako ošetrujúcej lekárke neb. pacienta D. E. B. a proti obžalovanej D. L. F. ako primárke oddelenia pneumológie a fizeologie NsP K. C. v D., a to pre prečin usmrtenia podľa § 149 ods. 1, ods. 2 písm. a) Trestného zákona s poukazom na § 138 písm. h) Trestného zákona. Tento trestný rozsudok doposiaľ nie je právoplatný, keďže bolo voči nemu podané odvolanie, pričom rozsudkom Okresný súd rozhodol tak, že oslobodil obidve obžalované spod obžaloby prokurátora. Z rozsudku bolo zistené, že v rámci trestného konania bolo vykonané znalecké dokazovanie, a to znalcom Doc. MUDr. Matejom Samošom, PhD., ktorý je znalcom v odbore zdravotníctvo a farmácia, odvetvie vnútorné lekárstvo. Na hlavnom pojednávaní, ktoré sa konalo v predmetnej trestnej veci znalec uviedol, že v celom rozsahu trvá na znaleckom posudku č. 4/2020 zo dňa 30.9.2020. Doplnil, že diagnóza pľúcna embólia môže byť komplikovaná, preto v podstate je dôležité, aby lekári mysleli na možnosť tejto diagnózy, lebo ak sa na ňu nemyslí, je veľmi ľahké ju prehliadnuť. Problémom je to, že je to ochorenie s vysokým rizikom úmrtia, preto by nemali lekári na túto diagnózu zabúdať. Existuje určite nezanedbateľné percento v reálnej praxi, že sa stane, že pľúcna embólia sa diagnostikuje nesprávne.

15. V trestnom konaní podal znalecký posudok č. 7/2022, dňa 2.9.2022, znalec MUDr. Anton Farkaš, PhD., znalec v odbore zdravotníctva a farmácia, odvetvie kardiológie. Na hlavnom pojednávaní v trestnom konaní znalec vo svoje výpovedi uviedol, že že v celom rozsahu trvá na znaleckom posudku č. 7/2022 zo dňa 2.9.2022 s tým, že dospel k takýmto záverom: Z dostupnej zdravotnej dokumentácie menovaného počas trvania hospitalizácie je možné potvrdiť, že poskytovaná zdravotná starostlivosť pacientovi E. B. na oddelení pneumológie a ftizeológie Nemocnice K. C. v D. zodpovedala stanovenej príjmovej diagnóze zápalu pľúc. Avšak vzhľadom na základnú diagnózu pľúcnej embólie, ktorá bola potvrdená na základe vykonanej pitvy, nebola zomrelému D. E. B. z kardiologického hľadiska poskytnutá adekvátna a cielená liečba vyššie uvedenej diagnózy pľúcnej embólie. Zomrelý D. E. B., nar. XX.XX.XXXX bol hospitalizovaný na Oddelení pneumológie a ftizeológie Nemocnice K. C. v D. s príjmovou diagnózou ľavostrannej bronchopneumónie, ktorá bola stanovená na základe vysokých zápalových parametrov v rozbore periférnej krvi a RTG hrudníka s popísanými zmenami v zmysle zápalovej etiológie. Diagnosticko-liečebný proces bol vedený v zmysle stanovenej diagnózy zápalu pľúc a nakoľko pri antibiotickej liečbe došlo k poklesu zápalových parametrov a subjektívnemu zlepšeniu stavu menovaného a najmä v kontexte toho, že výsledky zobrazovacích metód v závere poukazovali na zápalový proces, bola liečba vedená v zmysle liečby zápalového procesu. Zrýchlený pulz a mierne znížená saturácia krvi kyslíkom, sú znakom slabej ventilácie, to znamená malého naplnenia hemoglobínu, čiže krvného farbiva kyslíkom a rýchlejší pulz je znakom stavu, kedy srdce musí viac pracovať, aby sa krv okysličila. Tieto znaky sú prítomné aj pri diagnóze pľúcnej embólie, ale rovnako úplne prítomné aj pri zápale pľúc, nakoľko pri zápale pľúc je tkanivo postihnuté zápalom, to okysličenie krvi je samozrejme kvôli zápalu horšie, čiže dochádza k poklesu saturácie, kyslíka v krvi a takisto samotný zápalový proces vedie k väčším nárokom na srdce, to znamená, že aj srdce je trochu hnané tým zápalom, čo sa týka frekvencie. Tieto znaky sú znakom pľúcnej embólie, ale takisto sú aj znakom zápalu pľúc. Rovnako vykašliavanie krvi môže byť aj pri iných diagnózach. Napríklad pri zlyhávaní srdca, pri onkologických ochoreniach, zápalových ochoreniach a zápaloch pľúc. Vykašliavanie krvi má veľmi nízku špecificitu pre pľúcnu embóliu. Antikoagulačná liečba nebola podávaná pre riziko krvácania do dýchacích ciest a nakoľko mal menovaný už pred hospitalizáciou vysadený warfarín, ktorý bol nahradený liekom Vessel Due F, mohli usudzovať, že závažná porucha zrážania krvi bola vylúčená. Warfarin je liek, ktorý štandardne užívajú pacienti, ktorí majú riziko vzniku trombózy. Trombóza znamená, že krvná zrazenina sa nachádza v mieste, kde vznikla. Môže to byť v oblasti horných končatín, čo je veľmi zriedkavé, najčastejšie sa nachádza v oblasti dolných končatín. U menovaného bolo popísané, že bola prítomná trombóza v oblasti horných končatín a bola uvedená ako katétrom indikovaná. Katéter je plastová hadička, ktorá slúži na podanie liečiva do žíl. Tento katéter čo sa týka horných končatín, je bežnou súčasťou, cez ktoré sa podávajú infúzne roztoky, tie sa však nachádzajú v tzv. povrchových žilách, pretože na horných končatinách je to viac viditeľné. Existujú povrchové a vnútorné žily. Povrchové žily sa využívajú práve na vstup týchto katétrov. Ak dôjde k zápalu a vzniku trombózy, čiže vzniku krvnej zrazeniny v povrchových žilách, to znamená, že ide o tromboflebitídu. C., ktorý tam je, dráždi to miesto a tým zápalom dôjde k vzniku krvnej zrazeniny. Pokiaľ dôjde k vzniku trombózy, čiže krvnej zrazeniny v hlbokých žilách, vtedy vzniká hlboká žilová trombóza, tá je veľmi riziková práve pre možnosť vzniku pľúcnej embólie. To je najčastejšie v žilách niekde v oblasti panvy, pri nejakom tlaku na tú

žilu, keď je slabý odtok a tá krv v tých žilách stagnuje, to znamená, že stojí. Vtedy vzniká hlboká žilová trombóza. Čo sa týka tromboembolickej choroby, to znamená, že z miesta tej trombózy dôjde nejakým mechanizmom k odtrhnutiu časti tej krvnej zrazeniny, toho trombu, ktorý následne tým krvným riečiskom dôjde do pľúc, kde upchá časť pľúcneho riečiska. Údaj o trombóze v horných končatinách nenasvedčoval tomu, žeby mohlo ísť o pľúcnu embóliu, ale tomu, že menovaný môže mať vyššie riziko vzniku trombózy na akéhokoľvek iných miestach. Menovaný v úvode užíval Warfarin k liečbe trombózy, ten bol vymenený za liek N. L., tento liek sa mení za Warfarin v prípade, ak to riziko trombózy je nízke. V čase príjmu pacienta na hospitalizáciu dňa 3.11.2019 ani následne neboli v zdravotnej dokumentácii popísané zmeny, ktoré by nasvedčovali, žeby mal hlbokú žilovú trombózu. V tomto prípade bolo u menovaného prítomné len stredné riziko v hodnote 8 bodov Ženevského skóre, ktoré predikuje riziko pľúcnej embólie na úrovni 20-30% bez liečby. Na druhej strane však na základe tohto skóre pri zvýšených hodnotách D-diméru sa odporúča realizácia pľúcnej angiografie. Bolo indikované len natívne CT vyšetrenie pľúc, nie pľúcna angiografia s podaním kontrastnej látky. Nie je však 100% možné tvrdiť, že by pľúcna angiografia popísala akútnu alebo subakútnu pľúcnu embóliu, ale takmer určite by popísala pľúcny infarkt. Zo záznamov zdravotnej dokumentácie menovaného vyplýva, že pri prijatí do Nemocnice Michalovce dňa 03.11.2019 sa menovaný nachádzal v stave vyžadujúcom akútnu hospitalizáciu, ktorá bola realizovaná na Oddelení pneumológie a ftizeológie. Počas hospitalizácie boli menovanému realizované vyšetrenia a odborné konzultácie, ktoré boli podľa ošetrujúceho personálu indikované. Bolo realizované RTG vyšetrenie pľúc, plánované laboratórne krvné testy s indikáciou všetkých potrebných vyšetrení laboratórnej diagnostiky ako aj EKG vyšetrenie. EKG vyšetrenie je, čo sa týka diagnostiky pľúcnej embólie, veľmi nápomocným a možným smerovníkom pre určenie nie samotnej diagnózy, ale pre podozrenie na diagnózu pľúcnej embólie, nakoľko pri pľúcnej embólii, akonáhle tá krvná zrazenina cestuje žilovým riečiskom, dôjde niekde do pľúc, časť pľúcneho riečiska sa upchá, to znamená, že časť je nepriechodná pre krv, vznikne väčší pretlak a tlak na pravú komoru, ktorá musí pretlačiť krv proti väčšiemu odporu, nakoľko časť nie je prekrvená a to vedie k preťaženiu pravej komory. Zrazu je tá pravá komora preťažená a na EKG vzniknú známky, ktoré môžu viesť k podozreniu na pľúcnu embóliu a to sú známky, ktoré sú popísané ako hlboký kmit S, alebo vlna S v zvode 1, tie neboli popísané počas príjmu na tej príjmovej diagnóze. Je treba povedať, že vyhodnotenie EKG a podozrenie na pľúcnu embóliu vie z odborného hľadiska určiť kardiológ alebo atestovaný internista. Určenie diagnózy, alebo podozrenie na pľúcnu embóliu lekárom so špecializáciou na pľúcne choroby, je veľmi málo pravdepodobné, žeby si tieto známky všimol. Bolo realizované taktiež natívne CT vyšetrenie pľúc. Napriek tomu však neboli realizované všetky dostupné a potrebné vyšetrenia. Počas vyšetrenia na pohotovostnej ambulancii ani pri príjme pacienta sa o diagnóze pľúcnej embolizácie v diferenciálno- diagnostickom procese neuvažovalo, neboli ani realizované laboratórne vyšetrenia zrážacích faktorov a D-diméru. Realizované RTG vyšetrenie hrudníka prítomné zmeny popísalo ako zápalové, čo pravdepodobne viedlo spolu s absenciou laboratórnych vyšetrení k stanoveniu mylnej diagnózy. Dňa 7.11.2019 zvýšená hodnota D-diméru bola nesprávne vyhodnotená ako súčasť zápalového ochorenia. D-dimér predstavuje tzv. fibrín degradačné produkty. Keď vznikne krvná zrazenina, tak to všetko pospájajú vlákna fibrínu a ten, keď sa začne rozpúšťať, teda krvná zrazenina, tak D-diméry ako zbytky toho cirkulujú, dajú sa zistiť v cirkulácii. Zvýšený D-dimér svedčí, že niekde v tele môže byť trombóza. Ak je D-dimér nízky, tak možno vylúčiť, že nie je trombóza. To, že máme pozitívny D-dimér, t.j. zvýšený nad nejaké hodnoty, ktoré sú stanovené, môže viesť k tomu, že v tele je trombóza. Avšak zvýšený D- dimér býva často aj pri zápalových procesoch a to preto, lebo pri zápale dochádza k vzniku malilinkých trombov a tie môžu produkovať tento D-dimér. Samotný D-dimér tak predstavuje veľmi senzitívny marker. To sú v podstate v medicíne dva dôležité pojmy, jedno je senzitivita a druhé špecificita. Senzitivita znamená to, že v prípade nejakého ochorenia, pokiaľ je tá senzitivita vysoká, to znamená že to ochorenie sa dá zachytiť vo vysokom percente prípadov. Ak má teda niekto trombózu, určite ten D-dimér bude mať vysoký, pretože tá senzitivita je vysoká. Špecificita znamená to, že zvýšený D-dimér nie je špecifický len pre dané ochorenie, ale aj pre iné ochorenia. Čiže nízka špecificita musí viesť k tomu, že sa musí skúmať, prečo ten D-dimér je vysoký. Pokiaľ je však D-dimér nízky, možno ochorenie vylúčiť. Pokiaľ je však D-dímer vysoký, tak na základe nízkej špecificky to ochorenie nemožno potvrdiť a musí sa vykonať diagnostický proces, ktorý vylúči všetko ostatné. Realizované CT vyšetrenie napriek prítomným konsolidáciám v závere poukazovalo na prítomnosť zápalových zmien, pričom popisujúci lekár napriek nálezu a laboratórnym výsledkom neindikoval pľúcnu angiografiu. Rovnako nebolo EKG vyšetrenie z dňa vyhodnotené správne, EKG známky pľúcnej embólie neboli rozpoznané a preto počas rozšírenej resuscitácie na OAIM nebola podaná trombolytická liečba s pokračujúcou resuscitáciou. V závere znalec uviedol, že možno konštatovať, že zdravotná starostlivosť v Nemocnici Michalovce a.s. nebola menovanému poskytnutá správne a v potrebnom rozsahu. Neboli realizované všetky potrebné zobrazovacie vyšetrovacie metódy,

najmä však pľúcna angiografia, ktorá na základe ženevského skóre pre pľúcnu embóliu s hodnotou 8 pri zvýšených hodnotách D-diméru mala byť realizovaná. Rovnako možno konštatovať, že vzhľadom na mylne stanovenú diagnózu nebola podaná adekvátna liečba, najmä však antikoagulačná liečba. Podanie antikoagulačnej liečby v prítomnosti nevylúčenej trombózy však stopercentne nedokáže vylúčiť vznik masívnej pľúcnej embólie. Môže znížiť riziko v rámci prevencie vzniku tromb. Antikolagulačná liečba sa podáva v dvoch prípadoch. V prvom prípade je pri prevencii vzniku trombózy, u niekoho kto nemá v tele prítomné tromby, ale má riziko na vznik tromby. Podanie antikoagulačnej liečby môže znížiť, alebo až eliminovať vzniku trombu. V druhom prípade sa táto liečba podáva u niekoho, kto má známu trombózu ako liečba na postupné rozpustenie týchto trombov. Tu je však dôležité to, že postupné rozpúšťanie dochádza vždy zo spodnej časti, pretože horná časť je stopka - upchaté, tam sa tá látka nedostane, čiže sa postupne rozpúšťa odspodu až príde nahor. Ale pokiaľ tromby sú už prítomné, tak vždy z hornej časti, napriek že antikoagulačnú liečbu pacient, ktorý trombózu má, užíva, vždy sa môže niečo uvoľniť a môže pľúcnu embóliu spôsobiť. U pacientov s podozrením na onkologické ochorenie je možné začať antikoagulačnou liečbou aj skôr, v prípade, že riziko vzniku trombózy je vysoké. Je však možné povedať, že u menovaného riziko až tak vysoké nebolo, pacient nebol pripútaný na lôžko, pohyboval sa po oddelení, bol mladší a mal údaj o vykašliavaní krvi. Antikoagulačná liečba vedie k výraznému riedeniu krvi, to znamená, že bráni zrážaniu krvi a to vo výrazne vysokej miere. V tomto prípade, pokiaľ pacient vykašliaval krv, bola tam známka toho, že niekde v dýchacích cestách menovaný krváca a pokiaľ by došlo k podaniu antikoagulačnej liečby aj v nižšom riziku trombózy, ktoré bolo prítomné, mohlo to viesť nariedením krvi k masívnemu krvácaniu z dýchacích ciest, ktoré by mohlo viesť až k šoku z krvácania a takisto k úmrtiu menovaného. Zároveň závery realizovaných dostupných zobrazovacích vyšetrení viedli liečbu nesprávnym smerom, pričom napriek nálezom neupriamili pozornosť na pľúcnu embolizáciu. Rovnako už na OAIM napriek jednoznačným zmenám EKG záznamu nebola podaná trombolytická liečba. Možnosť zvrátenia nepriaznivého zdravotného stavu bola podmienená realizáciou dostupných zobrazovacích vyšetrení, najmä však pľúcnej angiografie, ktorá bola v čase ťažkostí menovaného indikovaná. Toto vyšetrenie by potvrdilo prítomnosť pľúcneho infarktu a/alebo pľúcnej embolizácie a indikovalo by podanie antikoagulačnej liečby nízko- molekulámym heparínom. Nemožno však potvrdiť, že napriek skoršiemu určeniu správnej diagnózy a podaniu adekvátnej liečby by nedošlo k rozvoju masívnej pľúcnej embólie, ktorá mala za následok úmrtie menovaného, pretože zdrojom trombembolizmu by mohli byť aj staršie tromby, ktoré vznikli už pred hospitalizáciou. Rozpoznanie základnej diagnózy by však viedlo aj v tom prípade pri rozvoji šoku k podaniu trombolytickej liečby. Jej podanie by mohlo pomôcť zvrátiť negatívny priebeh ochorenia, avšak účinnosť včasnej trombolytickej liečby je pri takom ťažkom priebehu masívnej pľúcnej embólie nízka práve pre veľkú obštrukciu pľúcneho prietoku. Samotná pľúcna embólia vedie k vzniku kardiogenného šoku, to znamená šoku, kedy srdce nie je schopné vykonávať svoju činnosť, to znamená okysličovať zvyšok tela. Je to dané tým, že pokiaľ je masívna pľúcna embólia, ako bola popísaná aj tu, vedie k upchatiu časti pľúcneho riečiska, kedy nie je možné, aby sa krv zo žíl cez upchaté riečisko dostala do ľavej komory, odkiaľ je už okysličovaná distribuovaná do ostatných častí tela. To znamená, že aj keď pacient je resuscitovaný správne, to znamená, že je aj ventilovaný a je realizovaná aj externá masáž srdca, ak je upchatie pľúcneho riečiska tak veľké, že nie je možné ani masážou srdca pretlačiť cez tie zrazeniny krv naspäť do ľavej komory, tak účinnosť aj tej resuscitácie nie je žiadna. Týka sa to aj podania trombolytickej liečby na rozpustenie zrazenín, ktorá by sa mala podávať aj počas resuscitácie, kde je ešte šanca toho, že akonáhle sa pacient oživuje, trombolytická liečba môže spriechodniť aspoň časť riečiska, čo by mohlo viesť k naplneniu ľavej časti srdca a vlastne k okysličeniu zvyšku tela. Z klinického pozorovania je tá účinnosť nízka, napriek tomu sa to odporúča, pretože aj nízka účinnosť u určitého malého percenta môže pacienta zachrániť. Na záver znalec uviedol, že nerozoznanie pľúcnej embólie, najmä pokiaľ ten priebeh nie je dramatický, čo je u veľkej väčšiny, býva prítomné až takmer v 50 % prípadov. Správna diagnostika sa určí pred smrťou len asi v 20 % až 30 % prípadoch.

16. Z trestného rozsudku bolo tiež zistené, že na hlavnom pojednávaní bolo prečítané odborné stanovisko D. Q. C.. V odbornom stanovisku D. Q. C. uviedol, že ho vypracoval dňa 19.5.2021 na žiadosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, kde bol určený ako konzultant. Na základe výsledkov, ktoré boli v zdravotnej dokumentácii, dospel k záveru, že u pacienta E. B. bol EKG nález v norme, laboratórne vyšetrenia, ktoré boli zrealizované, boli v norme, až na leukocytózu 13,48 tisíc/1 a CRP, ktoré bolo 87 mg/1, tiež v močovom sedimente bol prítomný zvýšený počet erytrocytov. Tieto výsledky preto jednoznačne neviedli k podozreniu na pľúcnu embolizáciu. Pacient mal nejaké ťažkosti, ktoré boli popísané, a ktoré svedčili, že mal zápal pľúc. Aj on by pacienta ako primárne takto riešil a vyhodnotil

by, že ten pacient takéto ochorenie má. Vysoké D-diméry by ho však určite viedli k tomu, žeby u tohto pacienta cielene vylučoval ochorenie žilového systému, teda trombózy alebo embólie, teda trombózy ako takej, lebo vtedy pacient príznaky embólie nemal. D-dimér je totiž pomerne vysoko špecifický parameter na hyperkoagulačný stav, čiže stav, kedy sa krv enormne zráža v cievach. D-dimér má vysokú špecificitu na toto ochorenie. Ale keď už pacient má vysoký D-dimér, treba špecificky vylúčiť. Z vlastnej praxe vie, že keď takéto ochorenie mal a našiel takéto vysoké D-diméry, tak na 95 % toto ochorenie vždy našiel. Vždy tam bola nejaké trombóza, ktorá bola nemá, alebo tam bola nejaké tromboflebitída, ktorá to môže robiť, alebo nejaká zrazenina. V danom prípade však došlo k nesprávnej interpretácii výsledkov, k prehliadnutiu presnej anamnézy, že sa tomu nevenovala vyššia pozornosť, že predtým mal nejaké ochorenie, ktoré bolo liečené antikoagulačnou liečbou, čo je pomerne závažná liečba, čiže nejakú príhodu už mal, čo sa týka embólie, mal vysoké hodnoty D - dimérov, čo je parameter, ktorý signalizuje, že je tam zrážanlivosť krvi. Pri bežnom zápale pľúc D - dimér je zvýšený, ale nie tak enormne. Pokiaľ by mal príznaky sepsy, tak sepsa stimuluje zrážanlivosť krvi, a vtedy môžu byť parametre vysoké, ale tie hodnoty tých zápalových parametrov neboli septické. Bežne zápalové ochorenie ako zápal pľúc u človeka, ktorý nemal predchádzajúce ťažkosti nezvyšuje riziko embólie alebo trombózy. Tým, že pacient nebol septický, riziko bolo nižšie. Bežná štandardná hodnota D - diméru je okolo 0,5 a toto bolo 8. Pri nádorových ochoreniach môžu byť taktiež vyššie hodnoty D-diméru, ale nie až také vysoké ako pri trombóze. Ak je však nádorové ochorenie spojené s trombózou, potom sú tie hodnoty opäť vysoké. Poskytovateľ si však myslel, že to môže byť onkologické ochorenie na základe CT, ktoré sa robilo len v natívnom móde, kde ten lekár popísal, že môže tam ísť o skrytý nádor. To zaviedlo tú celú diagnostiku týmto smerom. Stáva sa to, je to chyba, ktorá sa v klinickej praxi vyskytuje. Nádorové ochorenie však ide so zvýšeným rizikom trombózy a embólie, nakoľko nádor spôsobuje sám o sebe hyperkoagulačný stav. Tam sú preto veľmi časté komplikácie trombózy, embólie a nádorových ochorení. Treba nato myslieť pri onkologických pacientoch a vylučovať obe diagnózy súčasne, keďže obe ochorenia sú veľmi závažné, obe sú smrteľné. Diagnostika však išla smerom vylúčiť iba nádorové ochorenie. Bola tam aj jednorazová hemoptýza, či vykašliavanie krvi, čo tiež môže byť príznak embólie ale aj nádorového ochorenia. Pri nádorových ochoreniach pľúc sa vyskytuje zhruba v 5 % - 10% prípadov, dokonca ako prvý príznak v 5% pacientov sa objavuje hemoptýza. V tomto prípade diagnostika, čo sa týka tohto, išla správnym smerom, až na to, že sa nevenovala prevencie embólii, lebo sa nevenovala pozornosť tomu údaju v anamnéze. V anamnéze pacienta bolo uvedené - trombóza horných končatín, v minulosti užíval Warfarin. Nebolo to však bližšie rozvedené. Bolo tam napísané, že mal tromboflebitídu. Pri tromboflebitíde sa však väčšinou Warfarin neužíva. Mohla to byť aj flebotrombóza, no nebolo to tam však bližšie uvedené. Keby tam bola flebotrombóza na Warfarine, treba to brať ako vážnejšiu informáciu. Tromboflebitída je ochorenie žily, jednotlivej žily, ochorenie ktoré sa prejavuje svrbením a začervenaním cievy a vytvorením zrazeniny. Tromboembolická choroba, je komplexnejšia choroba, ktorá vzniká následkom opakovaných hlbokých zápalov žíl v hlbokom venóznom systéme, odkiaľ sa odlučujú drobné alebo väčšie zrazeniny, ktoré sa dostávajú do pľúcneho riečiska, kde upchávajú pľúcne cievy. Je to ďaleko závažnejšie ochorenie. Pri tromboflebitíde ide o povrchovú žilu, zatiaľ čo pri flebotrombóze ide o žilu hlbokého venózneho systému. Pri tromboflebitíde väčšinou nevzniká pľúcna embólia. Pacient nemal žiadne prejavy hlbokej venóznej trombózy. Je pravdou, že pľúcna embólia môže spôsobiť aj zápal pľúc, avšak lekár na to musí myslieť vopred. Keďže však išlo len o jednostranný zápal pľúc, tak o tom lekár neuvažoval. Inak uvažuje, ak ide o obojstranný zápal pľúc, kde je väčší predpoklad, že ide o pľúcnu embóliu._Nebola tam ani zvýšená tachykardia, ani znížená saturácia, až do dňa 12.11.2019. Saturácia nad 94% je úplne normálna, zvýšená tachykardia sa považuje nad 100 úderov za minútu. F., ktorý bol pomerne rozsiahly a vo veľkej končatinovej žile pacienta, môže vznikať aj niekoľko týždňov, nie je to záležitosť jedného dňa. To, že bol tento trombus nemý, zaviedlo diagnostiku, pretože pacient nemal klinické známky trombózy. Cievny systém buď bol adaptovaný, alebo mal obeh, ktorý dokázal ten trombus obchádzať dostatočne a nevznikli u pacienta príznaky ochorenia.

17. Z trestného rozsudku bolo zistené, že znalecký posudok podali aj znalci D. A. I. a D. G. B., a to dňa 29.12.201, a v závere tohto znaleckého posudku ktorý bol prečítaný na hlavnom pojednávaní, uviedli, že bezprostrednou príčinou smrti D. E. B. bolo zlyhanie pravého srdca pri masívnej tromboembólii do kmeňa i vetiev pľúcnice. V dôsledku tejto masívnej tromboembólie došlo k vzniku šokového stavu pacienta až k bezvedomiu a na 14 deň hospitalizácie k jeho smrti. Pri pitve a mikroskopickom vyšetrení u pacienta zistili čerstvú i staršiu trombózu v ľavej stehnovej a v ľavej bedrovej žile, staršie hojace sa aj celkom čerstvé trombotické emboly v drobnejších pľúcnych tepnách, hojaci sa infarkt v dolnom laloku ľavých pľúc so zápalovou reakciou v popľúcnici v úrovni infarktu, ktoré chorobné zmeny mal už pri vyšetrení dňa

2.11.2019 a pri prijatí dňa 3.11.2019. v NsP v Michalovciach. Keďže sa na možnosť tromboembolizácie nemyslelo, neboli pacientovi ani počas hospitalizácie až do dňa smrti 16.11.2019 podávané účinné antikoagulácia a fibrinolytiká - lieky na rozpustenie trombu a zabránenie jeho zväčšovania. Až tesne pred smrťou sa už v zdravotnej dokumentácii objavuje diagnóza akútnej tromboembólie do pľúc a zlyhanie pravého srdca. Liek, ktorý slúži na predchádzanie tvorby krvných zrazenín, v krvných cievach (trombóz) alebo na liečbu už vytvorených krvných zrazenín - E. D. mu bol podaný až tesne pred smrťou. V tom čase už bolo podľa názoru znalcov na záchranu života pacienta neskoro.

18. V konaní na návrh žalovaného bol vypracovaný znalecký posudok znalcom MUDr. Jozefom Kubíkom z odboru zdravotníctva a farmácia, odvetvie pneumológia a fyzeológia, a to posudok č. 1/2023 zo dňa 2.12.2023. Znalec v posudku odpovedal na zadané otázky a uviedol následnovné:

19. Pacient bol prvý krát ošetrený dňa 2.11.2019 o 9.29 hod na urgentnom príjme. Bol odoslaný z LSPP pre subfebrility a bolesti v oblasti ľavých rebier trvajúce 2 dni, na pľúcne vyšetrenie za účelom vylúčenia infekcie DDC. Bolesti lokalizoval v ľavom hemithoraxe dorzálne. Zadýchavanie ani kašeľ neudával, resp. ho negoval. Uviedol, že bolesť sa zvýrazňuje pri hlbokom nádychu, neviaže sa na pohyb. V osobnej anamnéze je uvedené, že sa lieči na arteriáinu hypertenziu, v minulosti užíval warfarín pre žilovú trombózu na hornej končatine, údajne po katetrizácii (kanylácii), a stav po fracture čelovej kosti. V liečbe má len Amlopín 5 mg tbl ráno a Vessel due F 2x1 cps. Z objektívneho nálezu, ktorý bol prakticky fyziologický, vyberám - bol afebrilný, Tt zaznamenaná 36.8 °C, bez dýchavice, bez cyanózy, mobilný, auskultačný nález na hrudníku je pozitívny, vľavo bazálne sú počuteľné ojedinelé diskrétne krepitácie. Dolné končatiny sú bez opuchov, bez varixov a trofických zmien. Realizovaná bola snímka hrudníka s pozitívnym nálezom vľavo vo vonkajšom FC uhle, ktorý bol zastretý, diferenciálne diagnosticky zvažovaný zápalový infiltrát. Ekg nález okrem ľahkej tachykardie 103/min v norme. Laboratórne vyšetrenia, ktoré boli zrealizované boli v norme až na leukocytózu 13.48 tisíc /l a CRP, ktoré bolo 87 mg/l, tiež v močovom sedimente bol prítomný zvýšený počet erytrocytov. Záver vyšetrenia bol jednoznačný pneumónia vľavo. Pacientovi bola navrhnutá hospitalizácia na pľúcnom oddelení, ale pacient s ňou nesúhlasil, preferoval ambulantnú liečbu, (negatívny reverz pacienta, aie nenachádzam). Odporučené mu bolo antibiotikum Amoksikíav 1000 mg tablety a 12 hod a Novalgin 500 mg tablety podľa potreby, mukolytiká, dostatok tekutín a kľudový režim. Odporučená kontrola na pľúcnej ambulancii vo štvrtok nasledujúci týždeň. Pacient znovu ošetrený nasledujúci deň na urgentnom prijme, kde prichádza už sám, bez odporučenia, pre zhoršenie ťažkostí, najmä bolestí pod ľavou lopatkou s iradiáciou dopredu. Znovu kompletne vyšetrený, už zachytená subfebrilita 37.1 °C, auskultačne prítomné vfavo bazálne oslabenie dýchania. Laboratórne realizované kontrolné vyšetrenie CRP, ktoré stúplo na 166 mg/l. Podaný Paracetamoi 500 mg iv a pacient je hospitalizovaný na pľúcnom oddelení. Na oddelení podávaná liečba iv antibiotkum v monotrapii, Bitamon v štandardnom dávkovaní, Novalgín iv v infúzii, perorálne Vessel due F v preventívnej dávke a Amlopín 5 mg tablety ráno. V dekurzoch záznamy o zlepšovaní stavu, postupnom zmiernení bolesti. Prvé dni afebrilný, jedna subfebrilita zaznamenaná 5.11. vo večerných hodinách. V úvodné 2 dni do 95% od 3.dňa hospitalizácie bez inhalácie kyslíka , čo je od veľmi ľahkej hypoxémie po normoxémiu. zápisy o frekvencii srdca sa pohybujú prvé 2 dni ľahko cez 90/ min, od 3.dňa od 65-88/min, čo je bez tachykardie. V laborat Odberoch na 4.deň hospitalizácie zachytená vysoká hladina D- dimérov cez 8.56 mg/l, INR je v norme, Antitrombím 3 ľahko znížený, 67.9%, CRP pokleslo na 82 mg/l, čo je takmer o polovicu nižšie. Počas ďalších dní sa stav zlepšuje podľa záznamov, na 6. deň hospitalizácie ,9.11. 2020 zachytený údaj o haemoptýze, 1x, malé množstvo krvi. Do 11.11. sa stav zlepšuje, dokonca 02 saturácia stúpla až na 96% bez inhalácie 02. Pacient uvádza zlepšovanie stavu. Zrealizované bolo CT hrudníka v natívnom móde 11.11.2020. Nález popísaný ako lobáme konsolidácie v pľúcnom parenchýme v segmentoch dol. pľúcneho laloka vľavo s malým fluidothoraxom s reaktívnymi LU , obraz skôr zápalového charakteru, krytá neoplázia však nie je vylúčená. Odporučená kontrola dynamiky po zaliečení. Pacient sa cítil dobre, naplánovaná bronchoskopia. V laborat. Obraze pokles CRP na 9.9 mg/l, onkomarkery C E A, NSE a CYFRA21-1 sú v norme. Dňa 12.11.2020 zaznamenané vo vizite kašeľ a pichavá bolesť vfavo v hemithoraxe od predchádzajúceho popoludnia. Zrealizované USG pleurálnych dutín, kde nález je už bez voľnej tekutiny vhodnej na punkciu. Do liečby nasadený Flavamed a Dexamethason iv 4 mg. Večer normosaturovaný 95% bez inhalácie 02, bez tachykardie , pulz 83/min, TK 127/102 , resp. po kontrole 96. Ďalší deň bez obtiaží, 02 sat 93%, pulz 94 / min, TK 140/100-110. Dňa 14.11.2020 na rannej vizite záznam o zhoršení dýchania, anxiozite pacienta,

spotenosť, záznam o dodatočnom údaji pacienta, že trpí aj na asthmu bronchiale, heamoptýza nebola stále objektivizovaná, dýchanie čisté, akcia srdca pravidelná, kľudná. Pacientovi podaný Oxanthil 1 ampulka v infúzii fyziologického roztoku a kyslík 3 l/min, z DDOT. Počas dňa premeriavané hodnoty pulzu - 102-104/min, 02 sat: 92-90%, TK 141-119/80-112. Dňa 15.11.2020 realizované bronchoskopické vyšetrenie v analgosedácii Dormicom. Pacient absolvoval vyšetrenie komplikácie. Nález v dosahu optiky fyziologický. Známky TU procesu nenájdené. Po vyšetrení sa mal pacient dobre až do rána. Nasledujúci deň ráno 7.34 hod pacient kolabuje na WC, ale prebratý spontánne aj komunikuje, 02 sat 75- 80%, tachykardia 110-120/min, točené aj ekg, s nešpecifickým nálezom elevácie ST vo V1. Podaný Fraxiparín 0.8 ml. Zrealizované akútne odbery, pacient preložený na JIS. Tam zahájený monitoring vitálnych funkcii. V laborat. obraze leukocytóza 22 tisíc s neutrofíiou, D diméry 29 mg/l, kreatinín 106 umol/l, v krvných plynoch závažná hypoxemická respiračná insuficiencia, s veľmi ľahkou hypokapniou. Pri monitoringu VF zaznamenaný nemerateľný TK, tachykardia až 140/min, 02 sat 75-80%. Na ekg je q v III. s bifázickou T vlnou, rS vo V1-V3, naznačené elevácie ST vo V1. O 7.43 hod dochádza u pacienta k zhoršeniu, hyposaturácia 70%, bradykardia pod 30/min, postupne asystólia. Intubovaný, napojený na UPV, podaný Atropín, noradrenaiín pumpou, zahájená KPCR, opakované slučky adrenalín a atropin. KPCR neúspešná, po prakticky 45 minútach ukončená. Pacient exitoval.

20. Podľa znalca prvé vyšetrenie 2.11.2019 prebehlo štandardne, správne, stanovená diagnóza bola správna, resp. vysoko pravdepodobná. Navrhnutú hospitalizáciu však pacient odmietol. Liečba ambulantne tiež bola navrhnutá správne. Druhé vyšetrenie na druhý deň, 3.11.2019 prebehlo taktiež správne, pacient prišiel pre zhoršenia stavu, zistená progresia zápalovej aktivity, navrhnutá hospitalizácia bola jednoznačne správna. Pacient už súhlasil. Priebeh aj príjem a vyšetrenia boli úplne dostačuje vzhľadom na popísaný stav pacienta v dokumentácii. V osobnej anamnéze je zachytený nešpecifický údaj od pacienta o predchádzajúcej liečba antikoagulanciami (Warfarinom) pre žilovú trombózu hornej končatiny, údajne po kanylácii žily. Údaju sa viacej pozornosti nevenovalo, nakoľko bol pacient zabezpečený ambulantnou preventívnou liečbou Vessel due F. Údaj by sa však mal bližšie analyzovať a špecifikovať. Nakoľko po kanylácii na HK väčšinou dochádza ku trombóze povrchových žíl, ktorá v drvivej väčšine prípadov nevyžaduje liečbu M.. Najmä ak pacient nemá dostupnú zdravotnú dokumentáciu, resp. Jej relevantný výpis. Ale ako zásadnú chybu to v danom čase v danej situácii nemožno hodnotiť. Pacientovi bolo ochorenie určené ako pleuropneumónía vľavo. Popisované obtiaže možno hodnotiť aj ako pleuritický syndróm. Tento syndróm je prítomný pri pleuropneumónii, ale aj pri napr. succesívnej embolizácii do prúc, resp. menšej subsegmentálnej embolizácíi do pľúc a menším periférnym infarktom pľúc. Závisí však na skúsenostiach daného lekára, či pri vyšetrení treba myslieť aj na embolizáciu do pľúc. Je treba dodať, že pacient nemal prakticky žiadne iné klinické príznaky, ktoré by svedčili pre pripadnú embolizáciu , alebo hlbokú venóznu trombózu. Embolizácia do artérie pulmonalis je však pomerne často neskoro alebo nesprávne diagnostikovaná, najmä pri chýbaní typickejších príznakov. Niektoré literárne zdroje z minulosti uvádzajú, že až 30% embolizácii ostane nerozpoznaných, nediagnostikovaných. Resp. 15-20 % náhlych úmrtí v prednemocničnej starostlivosti je následkom embolizácie do pľúc. Samotná hospitalizácia prebiehala štandardne ako u pacienta s pieuropneumóniou. Liečba antibiotikami iv, analgetikami, ponechaná bola aj preventívna chronická liečba antiagreganciami (Vessel due F), antihypertenzívna liečba ponechaná, bola v úvode správna. Pacient nemal prítomné známky hlbokej venóznej trombózy, čo pri pleuritickom syndróme síce nevylučuje embolizáciu, ale robí ju menej pravdepodobnou. Laboratórne pacient mal zápalovú aktivitu pomerne vysokú, ale nebola septického charakteru. To tiež mierne znižuje predpoklad embolizácie do pľúc. V záznamoch sa pacient počas hospitalizácie nesťažoval na zhoršenie dýchania, dokonca bolesti pri analgetickej liečbe postupne ustupovali. Údaj o haemoptýze počas hospitalizácie, aj keď neobjektivizovanej viedol následne diagnostický proces štandardným smerom k vylúčeniu malignity, čo možno považovať za štandardný postup, lege artis, lebo haemoptýza v praxi je pri nádoroch pľúc jedným s najčastejších príznakov, ktoré privádzajú pacientov do nemocnice a k diagnostikovaniu tohto ochorenia. Tiež sekundárna pneumónia býva pomerne častá príčina kedy sa následne podarí diagnostikovať tumor pľúc. V takomto prípade, v kombinácii s pneumóniou býva haemoptýza častejšia. Samozrejme však haemoptýza môže byť príznakom aj pri embolizácii do pľúcnice. Častejšie ide o segmentálne alebo subsegmentálne embolizácie s vývojom infarktu pľúc. Zásadne , následný diagnostický postup bol zvolený správne, CT hrudníka je absolútne indikované ako aj fibrobronchoskopické vyšetrenie. K indikácii CT treba poznamenať, že sa štandardne odporúča preferovať kontrastné vyšetrenie pred natívnym. Najmä ak ide o podozrenie na komplikujúci zápal pľúc. Dochádza k lepšiemu odlíšeniu prípadného tumorózneho tkaniva, ale najmä k odlíšeniu lymfatických uzlín v híloch a mediastíne od ciev. Posúdenie lymfatických

uzlín má dosť zásadný vplyv na určenie štádia nádorového ochorenia (ide o TNM klasifikáciu nádorov). Natívne CT má význam len v prípade, že chceme posúdiť rozsah zápalových zmien. Samozrejme v natívnom móde je posudzovanie cievneho riečiska artéria pulmonalis takmer nemožné, len enormne zdatný lekár môže niekedy nájsť známky, ktoré by mohli naviesť či sa nejedná o embolizáciu. Avšak aj tieto známky sú veľmi zriedkavé a variabilné, a nie sú úplne signifikantné. Vyžadujú si prípadné došetrenie a indikáciu podania kontrastne látky. V prípade klasického kontrastného CT vyšetrenia je už určitá kontrastná náplň ciev artéria pulmonalis, a preto je možné o niečo lepšie posúdiť prípadné výpady v cievach, najmä vo väčších vetvách artéria pulmonalis. Najpresnejšou metódou je CT angiografia artéria pulmonalis. V tomto prípade sa počas hospitalizácie realizovalo vyšetrenie D-dimérov. Tieto boli extrémne zvýšené, cez 8 mg/l. Tejto hodnote už je treba venovať vysokú pozornosť. Je pravda, že zvýšené hodnoty D-dimérov bývajú pomerne často aj pri zápalových ochoreniach a v septických stavoch a pri nádorových ochoreniach. S týmto tvrdením dohliadaného subjektu súhlasím. Na druhej strane však tieto ochorenia idú aj ruka v ruke so zvýšením rizika, aj samotným zvýšeným výskytom hlbokej venóznej trombózy a embolizácie do pľúc. Najmä pri údaji, že pacient už mal v minulosti nejakú trombózu liečenú antikoagulanciami. Aj z vlastných skúseností môžem povedať, že v takomto prípade väčšinou zaujímame aktívny postoj a aktívne vylučujeme HVT prípadne aj embolizáciu. A to aj pri negatívnych klinických nálezoch. Práve pri nádorových ochoreniach sú veľmi časté nemé hlboké trombózy. Taktiež by som v tomto prípade už veľmi zvážil podávanie nízkomolekulárneho heparínu minimálne v preventívnej dávke. Je určite účinnejší ako perorálna liečba Vessel due F. Určitá nejasnosť je preto v zmene antibiotickjej liečby na cefalosporín IV.generácie napriek poklesu zápalovej aktivity a tiež k pridaniu kortikoidov do liečby. Tie sa dajú vysvetliť indikáciou na liečbu malého pleurálneho výpotku, ale vzľadom na minimálnosť fluidothoraxu pokles zápalovej aktivity je ich indikácia nie úplne jasná. Podávanie celkových kortikoidov je pri tak vysokých D-diméroch riskantné. Fibrobronchoskopické vyšetrenie na vylúčenie tumoru pľúc bolo indikované v rámci diferenciálno- diagnostickej úvahy správne. Nakoniec ani jeho negatívny nález úplne nevylučuje prítomnosť nádoru, nakoľko aj z vlastnej praxe mám skúsenosti, že jednak prístroj má len určitý dosah, a nádor môže byť mimo dosahu prístroja, alebo môže rásť mimo priedušiek a nemusia byť viditeľné zmeny na sliznici. V Posledný deň hospitalizácie sa u pacienta vyvinul náhly kolaps s hypotenziou, hyposaturáciou, tachykardiou, s postupnou rýchlou progresiou do šokového stavu a zástavou srdca. Toto bol jednoznačný obraz masívnej smrtiacej perakútnej embolizácie do pľúc. Pacientovi by v tomto prípade mohla byť indikovaná len perakútna trombolýza, ale aj tá by nemusela odvrátiť úmrtie pacienta. Bol by to život zachraňujúci výkon v rámci KPCR v prípade, že by bola embolizácia už diagnostikovaná. V danom čase, pokiaľ nemal rentgenológ možnosť porovnať túto snímku s inou, je možné jeho popis hodnotiť ako správny. Truncus intermedius vpravo je síce hraničný , cca 16 mm, čo by sme mohli hodnotiť už ako príznak určitej pľúcnej hypertenzie, taktiež vľavo sú výrazne oslabené vetvy arteria pulmonalis pre horný lalok, ale s takýmito nálezmi sa dá bežne stretnúť aj ako bežná variabilita rtg snímky hrudníka. Pokiaľ by boli tieto zmeny nové oproti predchádzajúcej snímke nie staršej ako 2-3 roky, vtedy by sa dalo uvažovať, že sú to známky suspektné z embolizácie do pľúc. CT hrudníka bolo robené v natívnom móde. To prakticky znemožňuje hodnotenie cievneho riečiska. Len pri mimoriadne podrobnom prezretí scanov aj to v rámci už jasnej, známej diagnózy by sa dali možno nájsť veľmi jemné, ale nesignifikatné zmeny suspektné z embolizácie do pľúc. Do budúcnosti by však bolo vhodnejšie pacientom s podozrením na nádor pľúc realizovať skôr kontrastné CT. Nakoľko je CT pri stagingu nádorov pľúc jednou z nosných diagnostických metód. Najmä v hodnotení rozsahu a veľkosti vnútrohrudníkových lymfatických uzlín.

21. Znalec D. Q. C. v závere posudku zhrnul, že na základe jeho posúdenia bola zdravotná starostlivosť poskytovaná v rámci štandardov pre diagnostiku a liečbu v komunite získanej pneumónie. Avšak pri hodnotení prípadného predídenia embolizačnej príhod, ktorá bola pre pacienta fatálna, došlo ku nesprávnemu vyhodnoteniu klinických a laboratórnych príznakov a tým k zavedeniu diagnostiky smerom k možnému nádorovému ochoreniu. Nemožno to považovať však jednoznačne za nesprávne poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Treba brať v úvahu, že pacient nemal vyjadrené žiadne klinické známky hlbokej žilovej trombózy, ktorá podľa pitevného nálezu, ale bola pomerne rozsiahla a vo veľkej končatinovej žile. Smrtiaca embolizácia bola určite perakútna a extrémne masívna. Takéto embolizácie bývajú väčšinou fatálne aj pri perakútne poskytnutej trombolýze. Pitevný nález však poukazuje aj na menšie opakované: tzv. succesívné embolizácie. Pri nich je jeden z najčastejších príznakov dýchavica, námahová ako prvá, neskôr progresívne narastajúca. Túto však pacient opakovane neguje, od prvého vyšetrenia v dohliadanom subjekte: Jedným z príznakov bývajú aj opakované, menšie periférne pneumónie, alebo pleurppneumónie, v bežnej klinickej praxi sa často ani, pri nich primárne na embolizáciu nemyslí. Je

to skôr o skúsenostiach, erudícii lekárov a ich šiestom zmysle vylúčiť aj takéto žákerňé ochorenie. Tiež v rámci posudzovania poskytnutej zdravotnej starostlivosti, treba brať do úvahy rôzne postupy na rôznych pracoviskách v rámci jednotlivých diagnostických modalít, ako aj terapeutických postupov iné sú v malých a menších regionálnych nemocniciach, iné v stredne veľkých a iné vo veľkých FN a UN nemocniciach. Závisí to najmä od technického vybavenia a personálneho obsadenia nemocnice. Poskytnutú zdravotnú starostlivosť hodnotí znalec v liečbe. bronchopneumónie ako správne poskytnú. No chybnú považuje interpretáciu laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení v bode zhodnotenia rizika možnej embolizačnej príhody pacienta už v priebehu hospitalizácie. Táto nebola správne vyhodnotená ako podozrenie na nádorové ochorenie pľúc, čo zviedlo diagnostiku a pravdepodobne oddialilo podávanie, antikoaguiačnej liečby. Treba však poznamenať, že v prípade nemých masívnych trombóz je takáto chyba v bežnej klinickej praxi dosť častá. Podľa znalca je embolizácia do artéria pulmonalis stále jedno z ochorení, ktoré je strašiakom lekárov najmä pri nemom priebehu hlbokej žilovej trombózy, ako zdroja emboiizácie. Myslieť na ňu je niekedy v bežnej klinickej praxi dôležité pri akomkoľvek pleuritickom syndróme, nejasnej haemoptýze a najmä pri výrazne vysokej hodnote D-dimérov.

22. Ku znaleckému posudku znalca MUDr. Jozefa Kubíka podal vyjadrenie právny zástupca žalovaného v podaní zo dňa 11.1.2024, v ktorom uviedol, že závery znaleckého posudku potvrdzujú ním uvádzané tvrdenia v rámci písomných vyjadrení adresovaných vo veci okresnému súdu. Žalovaný za podstatný považuje záver ustanoveného znalca, že liečba prebehla lege artis a nikde nekonštatoval postupy, ktoré by bolo možné považovať za nesprávne poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Teda zo záverov znaleckého posudku je možné konštatovať, že neexituje také konanie zamestnancov žalovaného, ktoré by bolo možné považovať za konanie v rozpore so zákonom a bolo by ho možné označiť za protiprávny úkon, ako základný predpoklad pre možnosť domáhať sa náhrady nemajetkovej ujmy. Znalec konštatoval, že pacient mal jednoznačné príznaky svedčiace pre zápal pľúc, pričom mu bola poskytnutá liečba v zmysle štandardov pre liečbu v komunite získanej pneumónie a všetky vyšetrenia, klinický stav počas hospitalizácie svedčili pre správnu liečbu zápalu pľúc. K samotnej príčine úmrtia, súdom ustanovený znalec v záveroch posudku konštatuje, že nebohý pacient dlhodobo nemal známky jednoznačne svedčiace pre embolizáciu do pľúc. Jediným príznakom bola bolesť na hrudníku, ktorá však bola prekrytá obrazom sekundárnej pleurobronchopneumónie, ktorá dominovala v celom klinickom obraze. Zároveň konštatoval, že u tohto pacienta bol jednoznačne výrazne oligosymptomatický priebeh embolizácie, ktorá sa reálne manifestovala až v samotnom závere hospitalizácie, kedy došlo k masívnej embólii do pľúc. Nebohý E. B. nemal klinické známky flebotrombózy, bol vždy v nízkom alebo stredne nízkom riziku pľúcnej embólie. Znalec považoval za dostatočnú antitrombotickú liečbú, nakoľko pacient užíval dlhodobo liek Vessel due F. Znalec konštatoval, že účinnosť sulodexidu je lepšia pri sekundárnej prevencii pľúcnej embólie oproti kyseline acetylosalicylovej a má porovnateľný účinok ako Warfarín alebo nízkomolekulárny heparín. Za dôležitý považuje žalovaný aj záver znalca ohľadne pitevného nálezu, podľa ktorého mal nebohý dlhšie trvajúcu chronickú trombózu veľkých hlbokých žíl ľavej končatiny, ktorá sa žiadnym spôsobom nemanifestovala, teda bol bez akýchkoľvek klinických príznakov. Znalec konštatuje, že popísaná embólia do pľúcnej artérie bola masívnou kmeňovou embóliou, ktorá v popísanom rozsahu bola neprežiteľná. Vzniknutá embólia vytvorila prakticky úplnú zástavu obehu v pľúcnej artérii. Z uvedeného vyplýva, že bez ohľadu na akúkoľvek poskytnutú zdravotnú starostlivosť, rozsah embolizácie bol neprežiteľný. Uvedené vylučuje akúkoľvek príčinnú súvislosť medzi poskytovanou zdravotnou starostlivosťou a príčinou, ktorá bezprostredne navodila smrť.

23. K podanému znaleckému posudku sa žalobcovia vyjadrili prostredníctvom právneho zástupcu v podaní zo dňa 15.1.2024. V tomto vyjadrení uviedli, že z doručeného znaleckého posudku ani z ničoho iného nevyplýva, žeby mal znalec ad hoc D. Q. C. k dispozícii súdny spis, či do neho mohol nazrieť. Ako podklady k vypracovaniu posudku znalec ad hoc uvádza iba literatúru a dodanú zdravotnú dokumentáciu. Znalec ad hoc tak podľa posudku nebol konfrontovaný s priloženým znaleckým posudkom č. 4/2020 doc. D. R., G., ktorý je súčasťou spisu. Závery jeho znaleckého skúmania tak považujú za nekomplexné. Poskytnutú zdravotná starostlivosť hodnotil zrejme iba z podkladov (lekárskych správ) vyhotovených žalovaným zdravotníckym zariadením. Navyše tento znalec ad hoc pred vypracovaním predmetného znaleckého posudku vypracoval pre trestné konanie prebiehajúce na OS Michalovce pod sp. zn. 8T/1/2023 odborné vyjadrenie, závery ktorého sú v otázke správnosti

poskytnutia zdravotnej starostlivosti v podstate totožné so závermi v predloženom znaleckom posudku. Žalobcovia majú za to, že tento znalec je v tomto spore predpojatý, pretože skôr na objednávku obžalovaných v trestnom konaní vyhotovil vyššie uvedené odborné vyjadrenie. Aj napriek vyššie popísanému záveru znalca ad hoc, že poskytnutú zdravotnú starostlivosť vyhodnotil ako poskytnutú v rámci štandardov pre diagnostiku a liečbu v komunite získanej pneumónie, tak zároveň konštatoval, že došlo k nesprávnemu vyhodnoteniu klinických a laboratórnych príznakov a tým k zavedeniu diagnostiky smerom k možnému nádorovému ochoreniu. Toto konštatoval ako chybu v liečbe počas hospitalizácie. Žalobcovia posudok týmto považujú za rozporný a nejednoznačný, kde v rovine jednej znalec konštatuje pochybenie v diagnostike, ale v rovine druhej toto bagatelizuje tým, že takéto ochorenie, na ktoré zomrel nebohý, je akýmsi strašiakom lekárov a zároveň, že účinnosť liečby závisí od technického a personálneho vybavenia tej – ktorej nemocnice. Zákon pri kvalite a zákonnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti však nerozlišujú zdravotnícke zariadenia na menšie a väčšie, technicky vybavené a menej vybavené a pod.. Je zákonnou povinnosťou každého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti túto poskytovať lege artis bez ohľadu na technické vybavenie nemocnice a stav personálu. Žalovaná nemocnica sa prezentuje ako moderná nemocnica novej generácie, kde medzi jej prednosti podľa jej webového sídla patrí o. i. aj urgentný príjem novej generácie a komplexná rádiodiagnostika s CT (počítačový tomograf) a MR (magnetická rezonancia), teda oddelenia, resp. úkony ktoré počas hospitalizácie v nej absolvoval nebohý a aj napriek tomuto modernému technickému vybaveniu toto počas jeho 14 dňovej hospitalizácie neviedlo k jeho uzdraveniu, ale úmrtiu. Aj napriek technickým možnostiam žalovanej uvedené CT vyšetrenie s kontrastnou látkou u nebohého realizované nebolo, čo je vlastne príčinou neodhalenia jeho ochorenia včas. Žalobcovia navrhli k sporovému konaniu pripojiť trestný spis vedený na OS Michalovce pod sp. zn. 8T/1/2023, pretože ide o súvisiace konanie a nachádzajú sa v ňom dôkazy dôležité pre rozhodnutie v tejto veci.

24. Žalovaný reagoval na vyjadrenie žalobcov v podaní zo dňa 7.2.2024, v ktorom uviedol, že žiadny zo zamestnancov žalovaného nepožiadal znalca MUDr. Kubíka, aby vo veci vedenej na Okresnom súde Michalovce, pod sp. zn. 8T/1/2023 podal odborné vyjadrenie. Pokiaľ žalobcovia uvádzajú, že podaný znalecký posudok je nejednoznačný, z doručeného vyjadrenia žiadnym spôsobom nevyplýva vakom smere a v čom má spočívať nejednoznačnosť, s uvedením potrebných medicínskych argumentov alebo aspoň citácií vypracovaného znaleckého posudku, ktoré by boli navzájom protirečivé. Takéto konštatovanie je len všeobecné bez potrebnej konkretizácie a náležitého zdôvodnenia. Pokiaľ žalobcovia namietajú, že znalec nebol konfrontovaný s posudkom doc. MUDr. Mateja Samoša, PhD. k uvedenému žalovaný uviedol, že súdom ustanovený znalec postupoval v zmysle znaleckých štandardov a posudzoval len zdravotnú dokumentáciu a nehodnotil závery kohokoľvek iného, čo mu v rámci znaleckého dokazovania ani neprináleží. Naviac doc. MUDr. Matej Samoš, PhD. je znalcom pre odvetvie vnútorné lekárstvo a kardiológia, teda ide o osobu, ktorá nie je príslušná podať znalecký posudok v odbore pneumológia a ftizeológia.

25. Žalobcovia podali ďalšie vyjadrenie dňa 14.2.2024, v ktorom uviedli, že z dôkazov zo súvisiaceho trestného konania v tr. veci obž. D. I. a spol. vedeného na OS Michalovce pod sp. zn. 8T/1/2022vyplýva, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti nebohému pochybili lekári pľúcneho oddelenia žalovaného zdravotníckeho zariadenia, pretože aj podľa tohto stanoviska mala byť nebohému realizovaná pľúcna CT angiografia, čo sa však nestalo.

26. Z predloženého dokladu, ktorý právny zástupca žalobkyne v 1. rade predložil ohľadne preukázania vzniku škody na strane žalobkyne v 1. rade z dôvodu, že uhradila náklady na pomník pre nebohého manžela, bolo zistené, že ide o objednávku na cintorínsku architektúru zo žulových výrobkov. Na objednávke je uvedený dodávateľ – Kamenárstvo D. C., Q. H. XX, D.. Je tu uvedené, že prevzal od odberateľa A. B., C. X, D., za hrobku pre dve osoby a betónový základ, spolu 500 €, dňa 20.11.2019 a zálohu 500 € tiež 20.11.2019. Spolu prebral dodávateľ D. C. od odberateľa A. B. sumu 1000 € dňa 20.11.2019, čo je potvrdené podpisom dodávateľa a jeho pečiatkou a podpisom odberateľa.

27. Žalobkyňa v 1. rade vo výpovedi uviedla, že s nebohým manželom bývali počas celého manželstva spolu, bolo to 25 rokov a bývali v byte, kde býva doposiaľ. Ona pochádza z Liptovského Mikuláša

a prisťahovala sa za manželom do Michaloviec. S manželom mali silné citové puto. Počas manželstva sa im narodili dve deti, chlapec a dievča, ktoré aj spoločne vychovávali a trávili s deťmi spolu všetky voľné chvíle. Nebohý manžel sa deťom veľmi venoval, viedol ich k športu, písal s nimi úlohy a trávil s nimi všetok voľný čas. Žalobkyňa v 1. rade pracovala na smeny, a preto práve manžel sa v plnej miere venoval deťom. Keďže ona tu nemala svoju rodinu, tak veľa času trávili s rodinou nebohého manžela, s ktorou aj veľmi dobre vychádzali a vychádzajú. Manžel bol vášnivý rybár a chodili spolu so žalobkyňou v 1. rade na rybačky, k čomu viedli aj syna. Žalobkyňa v 1. rade uviedla, že keď začali deti študovať na vysokej škole, všetok čas trávili spolu ako manželia. Obidve deti študovali v Prahe, ale stále mali s rodičmi intenzívny kontakt. Uviedla, že pokiaľ ide o zdravotný stav manžela, tento dbal na to, aby sa zdravo stravoval, okrem toho športoval, otužoval sa a robil všetko preto, aby bol vitálny a zdravý, aby nemal vážne zdravotné problémy. V roku 2016 bol operovaný, kedy sa mu urobili krvné zrazeniny, a preto od roku 2016 bral na uvedený zdravotný problém lieky. Uviedla, že predtým ako bol odvezený manžel do nemocnice, bol zdravým, vitálnym človekom, ale keďže ho začalo bolieť pod rebrom a mal teploty, a tiež sa mu pri nádychu zle dýchalo, tak aj keď v prvý deň nechcel v nemocnici zostať, potom už v nemocnici zostal. Tam sa mu veľmi rýchlo zhoršoval stav. Ešte v piatok pre jeho smrťou rozprávala s doktorkou a pýtala sa jej, že či to nie je niečo iné, avšak oni to vyhodnotili ako zápal pľúc alebo rakovinu. Po smrti manžela, ktorá bola pre žalobkyňu v 1. rade šokom, sa vrátil syn zo štúdia na vysokej škole domov, aby s ňou býval v byte a dcéra A. ďalej študovala na vysokej škole. Syn si časom kúpil byt v Košiciach, keďže tam má prácu, a aj keď už býva samostatne, trvalé bydlisko majú stále obidve deti v byte, kde býva žalobkyňa v 1. rade. Smrť manžela, ktorý zomrel v roku 2019 bola ovplyvnená aj covidom, ktorý práve v období po smrti manžela znemožnil žalobkyni v 1. rade sa stretávať so svojim blízkymi. Práve o to intenzívnejšie preciťovala smrť svojho manžela, keďže nemohla realizovať žiadne stretnutia, alebo spoločné aktivity s blízkymi. Predtým ešte trávila všetky dovolenky so svojom manželom a deťmi. Na poslednej dovolenku boli ešte v roku 2019, tri mesiace pred smrťou manžela, a to v Turecku. Po jeho smrti, keďže sa bojí lietať, už na dovolenky nechodí. Keď manžel žil vždy robili rodinné oslavy, kde sa stretávala aj široká rodina a takto sa udržiavali rodinné vzťahy. Uviedla, že intenzívny vzťah mal jej nebohý manžel hlavne so svojou sestrou, ktorá má trvalý pobyt v D., aj keď už dlhšie žije v Anglicku, asi 15 rokov. Na Slovensko chodievala a chodieva sestra nebohého manžela často a zvlášť v období, keď ochorela na rakovinu a práve vtedy jej bol jej brat veľkou oporou a boli si veľmi blízky. Taktiež mal veľmi blízky vzťah so synom svojej sestry, teda so synovcom, ktorý síce určitý čas žil so svojim rodičmi v Anglicku, ale po čase sa vrátil a na Slovenku si založil rodinu. Mal veľmi dobrý vzťah s nebohým manželom žalobkyne v 1. rade, ten mu pomáhal aj pri otvorení pizzérie, bol jeho krstným otcom, často sa stretávali, keďže ho bral ako svojho syna. Vypovedala, že sa ako rodina stretávali nielen s príbuznými zo strany nebohého manžela, ale aj s príbuznými s jej strany, ešte počas posledných Vianoc boli aj u rodičov žalobkyne v 1. rade na Liptove, ale aj u príbuzných jej nebohého manžela. Podľa výpovede žalobkyne v 1. rade mali s nebohým manželom plány, že keď deti dokončia vysokú školu, čo bolo pre nich dosť finančne náročné, tak manžel pôjde do výsluhového dôchodku, keďže bol policajtom, čo malo byť asi o dva roky. Manžel plánoval, že na výsluhovom dôchodku, budú chodiť spolu na výlety kvôli čomu ešte aj v máji pred smrťou kúpil čln. Žalobkyňa v 1. rade je zamestnaná v Košiciach v materskej škole, kde robí ekonomickohospodárske veci a je tam zamestnaná už od roku 2014. Vo výpovedi uviedla, že po smrti manžela začala mať problémy so srdcom, a to až tak silné, že bola viac krát odvezená pohotovosťou do nemocnice, kde jej často nevedeli tieto aritmie zastaviť.

28. Žalobca v 2. rade vo výpovedi uviedol, že mal silný citový vzťah so svojim nebohým otcom. Otec bol vždy starostlivý, veľmi ho podporoval a rozvíjal jeho a sestrine ambície a chcel, aby sa venovali svojim koníčkom. Žalobca v 2. rade bol športovcom v závodnom kix boxe, v čom ho práve otec podporoval a chodil s ním po celom Slovenku aj po veľkej časti Európy na rôzne súťaže. Keď začal žalobca v 2. rade študovať v Prahe, otec mu bol oporou, chcel, aby sa jeho deti vzdelávali, aby sa dobre uplatnili v živote. V súvislosti s kix boxom mu otec vybavoval rôzne tréningy a vďaka tomu trénoval žalobca v 2. rade aj v D., v Košiciach, vo Vranove. Keďže otec bol vášnivý rybár, viedol ho aj k rybárčeniu a spolu veľa času trávili na rybačkách. Tiež všetky sviatky trávili spolu ako rodina a cez Vianoce a Veľkú noc sa stretávali ako širšia rodina. Počas štúdia žalobcu v 2. rade na vysokej škole v Prahe si volali s otcom každý deň. Vždy si porozprávali o tom, čo prežili a aké majú problémy, navzájom sa podporovali. Túto podporu vždy cítil od obidvoch rodičov. Otec mu financoval štúdium v Prahe, keďže nemohol popri štúdiu pracovať, nakoľko vysoká škola bola náročná, že sa musel venovať výlučne štúdiu. V čase, keď sa stala tragická udalosť a otec zomrel, žalobca v 2. rade študoval v Prahe druhý rok a po smrti otca už sa nedokázal sústrediť na štúdium. Uviedol, že mal veľkú emocionálnu únavu zo smrti otca, takisto

jeho matka a sestra. Mama po smrti otca mala aj zdravotné problémy, preto žalobca v 2. rade prerušil štúdium v Prahe, keďže nebol schopný rozmýšľať a sústrediť sa na štúdium. Vrátil sa domov, ale smútok za otcom pociťuje stále intenzívne aj po uplynutí určitého času od jeho smrti. Z výpovede žalobcu v 2. rade bolo tiež zistené, že jeho otec mal sestru a brata, so sestrou mal veľmi blízky a intenzívny vzťah a zblížilo ich aj to, že sa starali o svoju matku, teda starú matku žalobcu v 2. rade. Jeho otec bol krstným otcom sestrinho syna, žalobcu v 5. rade túto a mali medzi sebou tiež blízky vzťah.

29. Žalobkyňa v 3. rade vo výpovedi uviedla, že mala vytvorený veľmi silný a pekný vzťah so svojim otcom. Ten sa o ňu a brata odmalička vzorne staral a aj ich viedol k zdravému životu a vzdelávaniu. Veľmi si prial, aby mali obidvaja vysokú školu, a keďže žalobkyňa v 3. rade mala veľmi rada históriu, podporoval ju v tom a po prijatí na vysokú školu túto podporu tiež veľmi pociťovala. Keď ešte bývala s rodičmi boli stále spolu, trávili všetky voľné chvíle ako rodina a počas sviatkov odchádzali za rodinou mamy do Liptovského Mikuláša a potom trávili čas s rodinou otca. Celkovo teda mali veľmi dobré vzťahy aj so širšou rodinou. Zvlášť mal otec blízky vzťah so svojou sestrou, keďže si vzájomne pomáhali a aj keď sestra pracovala v zahraničí, kde žila aj s manželom a synom, chodila často na Slovensko a stretávala sa s otcom. Otec bol pre svoju sestru podporou aj v čase keď mala rakovinu, asi pred 15 rokmi. Žalobkyňa v 3. rade uviedla, že v čase, keď otec zomrel ona práve mala skúškové obdobie. Dozvedela sa od mamy, že je otec v nemocnici, ale keďže otec bol zdravý, nemal žiadne zdravotné problémy, tak to považovala iba za krátkodobú záležitosť, a že otec bude potom v poriadku. Práve písala bakalársku prácu, keď sa dozvedela, že otec zomrel, čo pre ňu bolo veľmi ťažké obdobie, lebo sa nevedela na štúdium sústrediť, ale keďže chcela štúdium dokončiť, tak ostala študovať v Prahe na škole, nakoľko brat sa vrátil k mame domov. Vzájomne sa ona, brat a mama po smrti otca podporujú. Žalobkyňa v 3. rade ostala žiť v Prahe, ale často chodí domov k mame.

30. Žalobkyňa v 4. rade vo výpovedi uviedla, že je sestrou nebohého D. E. B.. S bratom mali veľmi silný a pekný vzťah, v detstve, aj potom, keď si každý z nich založil vlastnú rodinu. Vždy sa vzájomne stretávali, pomáhali si a stretnutia, ešte keď bývala na Slovensku, boli aj niekoľkokrát v týždni. Keď sa v roku 2009 odsťahovala spolu so synom a manželom do Anglicka, tak vzťah s bratom a jeho rodinou naďalej ostali veľmi dobré, každý týždeň si s bratom telefonovali, okrem tohto si aj písali a rozprávali sa vždy o bežných záležitostiach, o výchove detí a podobne. Žalobkyňa v 4. rade uviedla, že veľmi jej brat pomohol hlavne v čase, keď sa stala onkologickým pacientom, vtedy bola na Slovensku, kde sa liečila a práve brat ju povzbudzoval k tomu, aby vydržala a aby sa nevzdávala. Keď bola ich matka chorá, tak sa o ňu brat veľmi intenzívne staral. Uviedla, že ešte v októbri pred smrťou brata bola na Slovensku, lebo bola u lekára a u svojho syna, kde sa s bratom stretli. Jej syn najprv býval s ňou v Anglicku, potom sa vrátil na Slovensko, kde začal podnikať a práve brat pomáhal jej synovi, ktorému bol zároveň krstným otcom. Pomáhal mu pri podnikaní, aj finančne, ale najdôležitejšie boli rady, ktoré dostával jej syn od nebohého brata. Vo štvrtok, pred smrťou brata s ním ešte telefonovala, to už bol v nemocnici, a preto ho povzbudzovala, aj keď jej hovoril, že sa cíti veľmi zle, že sa mu ťažko dýcha a nedokáže rozprávať. Ona však verila v to, že bude všetko dobré, čo mu aj povedala, ale hovor museli ukončiť, kvôli tomu, že nevládal rozprávať. Následne už v sobotu ráno jej volal jej syn, že jej brat zomrel. Hneď išla na Slovensko, kde sa stretla s najbližšími a potom boli spolu všetci na pohrebe. Uviedla, že po smrti brata sa jej zhoršil zdravotný stav, stále nechce uveriť tomu, že brat zomrel, keďže predtým nemal nijaké vážne zdravotné problémy. Jediný problém, o ktorom vie, bolo to, že bol operovaný v Košiciach, v súvislosti s očným oblúkom, kde sa mu vyskytol problém so zrážanlivosťou krvi, ale inak nemal zdravotné ťažkosti. Uviedla, že ešte keď brat žil, tak plánovali, že brat so svojou rodinou príde za nimi do Anglicka na Vianoce. V tom čase sa nesťažoval, že by bol chorý. Žalobkyňa v 4. rade uviedla, že po smrti brata naďalej má veľmi dobré vzťahy s rodinou brata.

31. Žalobca v 5. rade vo výpovedi uviedol, že je synom žalobkyne v 4. rade, čiže sestry nebohého E. B. a ten bol jeho krstným otcom. Uviedol, že s ním mal veľmi dobrý vzťah, vždy bol pre neho vzorom, keďže bol policajtom a práve podľa neho riešil, čo je správne a čo nie je správne. V roku 2016 sa vrátil žalobca v 5. rade z Anglicka, kde žil so svojimi rodičmi. Vrátil sa, lebo jeho manželka bola tehotná a nechcel vychovávať v Anglicku dieťa. Po návrte mu krstný vedel poradiť, a keďže bývali blízko, tak sa navštevovali aj tri, alebo štyrikrát do týždňa. Uviedol, že nikdy sa pred ním krstný otec nesťažoval na

zdravotné problémy. Práve naopak, vie o tom, že sa staral o svoje zdravie, keďže chodil do posilovne, veľa času trávili aj v záhrade, kde kosili a robili iné práce a krstný otec mu pomohol aj opravovať dom. Navyše mali po sebe asi 5 dni aj narodeniny, takže robili spoločné oslavy. Uviedol, že naposledy krstného otca videl v nemocnici, lebo aj on bol v tom čase operovaný na chrbticu, a keď ho ráno prepustili, ani nestihol dôjsť domov a už mu telefonovali, že jeho krstný otec zomrel. Uviedol, že smrť krstného otca znášal a znáša veľmi psychicky zle, stále mu chýba.

32. Po vykonaní dokazovania súd vec právne posúdil takto:

33. Podľa čl. 19 ods. 2 Ústavy Slovenskej republiky, každý má právo na ochranu pred neoprávneným zasahovaním do súkromného a rodinného života.

34. Podľa § 11 Občianskeho zákonníka, fyzická osoba má právo na ochranu svojej osobnosti, najmä života a zdravia, občianskej cti a ľudskej dôstojnosti, ako aj súkromia, svojho mena a prejavov osobnej povahy.

35. Podľa § 13 ods. 1, 2, 3 Občianskeho zákonníka (1) Fyzická osoba má právo najmä sa domáhať, aby sa upustilo od neoprávnených zásahov do práva na ochranu jeho osobnosti, aby sa odstránili následky týchto zásahov a aby mu bolo dané primerané zadosťučinenie. (2) Pokiaľ by sa nezdalo postačujúce zadosťučinenie podľa odseku 1 najmä preto, že bola v značnej miere znížená dôstojnosť fyzickej osoby alebo jeho vážnosť v spoločnosti, má fyzická osoba tiež právo na náhradu nemajetkovej ujmy v peniazoch. (3) Výšku náhrady podľa odseku 2 určí súd s prihliadnutím na závažnosť vzniknutej ujmy a na okolnosti, za ktorých k porušeniu práva došlo.

36. Podľa § 3 ods. 2 zák. č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, služba súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti Do zoznamu zdravotných výkonov sa zaradia zdravotné výkony, ktoré vedú k
a) záchrane života,
b) vyliečeniu choroby,
c) zabráneniu vzniku závažných zdravotných komplikácií,
d) zabráneniu zhoršenia závažnosti choroby alebo jej prechodu do chronického štádia,
e) účinnej prevencii,
f) zisteniu choroby,
g) zmierneniu prejavov choroby.

37. Podľa § 4 ods. 1 a 3 zák. č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, služba súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (1) Zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti poskytuje poskytovateľ a zdravotnícki pracovníci za podmienok ustanovených osobitným predpisom. 4) Poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti a v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti je služba vo všeobecnom hospodárskom záujme. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti v subjektoch hospodárskej mobilizácie 4aaaa) v pôsobnosti ministerstva zdravotníctva sa počas trvania mimoriadnej situácie, núdzového stavu v zdravotníctve alebo výnimočného stavu nepovažuje za hospodársku činnosť. (2) Zdravotná starostlivosť sa poskytuje vo vzťahu k chorobe určenej zdravotníckym pracovníkom. (3) Poskytovateľ je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne. Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa vykonajú všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy a v súlade so štandardnými postupmi na výkon prevencie, štandardnými diagnostickými postupmi a štandardnými terapeutickými postupmi pri zohľadnení individuálneho stavu pacienta.

38. Podľa § 420 ods. 1, 2, 3 Občianskeho zákonníka (1) Každý zodpovedá za škodu, ktorú spôsobil porušením právnej povinnosti. (2) Škoda je spôsobená právnickou osobou alebo fyzickou osobou, keď bola spôsobená pri ich činnosti tými, ktorých na túto činnosť použili. Tieto osoby samy za škodu takto spôsobenú podľa tohto zákona nezodpovedajú; ich zodpovednosť podľa pracovnoprávnych predpisov nie je tým dotknutá. (3) Zodpovednosti sa zbaví ten, kto preukáže, že škodu nezavinil.

39. Podľa § 164 CSP, ak súd neurobí iné vhodné opatrenia, môže konanie prerušiť, ak prebieha súdne alebo správne konanie, v ktorom sa rieši otázka, ktorá môže mať význam pre rozhodnutie súdu, alebo ak súd dal na také konanie podnet.

40. Z vykonaného dokazovania mal súd za preukázané, že žalobkyňa v 1. rade bola manželkou zomrelého D. E. B., ktorému v období od 2.11.2019 do 16.11.2019 bola poskytovaná zdravotná starostlivosť u žalovaného. Žalobca v 2. rade je synom zomrelého a žalobkyňa v 2. rade je dcérou zomrelého D. E. B.. Žalobkyňa v 4. rade je sestrou nebohého a žalobca v 5. rade je synovcom nebohého. Žalobcovia si uplatňujú nárok na zaplatenie nemajetkovej ujmy od žalovaného z titulu, že bolo zasiahnuté do ich súkromného a rodinného života z dôvodu smrti D. E. B., a to v dôsledku neoprávneného zásahu zo strany žalovaného.

41. Žalovaný namieta aktívnu legitimáciu žalobkyne v 4. rade a žalobcu v 5. rade, poukazujúc na uznesenie NS SR sp. zn. 5Cdo 265/2019 zo dňa 17.2.2019, podľa ktorého zásah do emocionálnej sféry fyzickej osoby spôsobený protiprávnym konaním tretej osoby, následkom, ktorého je úmrtie blízkej osoby, zakladá právo domáhať sa ochrany osobnosti podľa ust. Občianskeho zákonníka. Realizácia tejto ochrany je vo výlučnom záujme osôb, ktoré sú v takom úzkom vzťahu k postihnutej fyzickej osobe, že ochrana osobnosti aj po smrti je ich osobným záujmom. Podľa žalovaného pod pojmom rodina treba rozumieť v zmysle rozhodnutia NS SR úzky zväzok medzi rodičmi a deťmi, ktorého podstatou je oprávnenie rodičov a detí vytvárať, udržiavať a rozvíjať vzťahy medzi členmi rodiny založené na silných citových väzbách. Podľa žalovaného preto pri ochrane osobnosti je možné použiť prostriedky zákonnej ochrany len pre manžela a deti, a preto aktívna legitimácia žalobcov v 4. a 5. rade nie je daná. Súd túto námietku žalovaného o neexistencii aktívnej legitimácie žalobkyne v 4. rade a žalobcu v 5. rade hodnotil ako neopodstatnenú. Súd poukazuje na nález Ústavného súdu SR sp. zn. II. ÚS 337/2019-51, zo dňa 26.5.2020, v ktorom okrem iného je uvedené: „Ústava pojmy súkromie „a súkromný život“ bližšie nedefinuje. Európsky súd pre ľudské práva zdôrazňuje, že pojem „súkromný život“ je široký pojem zahŕňajúci okrem iného aspekty fyzickej a sociálnej identity jednotlivca vrátane práva na osobnú autonómiu, osobný rozvoj a vytváranie a rozvíjanie vzťahov s inými ľudskými bytosťami a vonkajším svetom. Ochranu súkromného života je nevyhnuté chápať širšie a toto právo zahŕňa aj právo zakladať a rozvíjať vzťahy s inými ľudskými bytosťami, najmä v oblasti citovej, v záujme naplnenia a rozvoja svojej vlastnej osobnosti. Z článku VIII dohovoru, tak ako ja z článku II dohovoru vyplýva nielen negatívny záväzok štátu nezasahovať do súkromia, ale aj jeho pozitívny záväzok účinne zabezpečovať rešpekt voči súkromnému životu, ktorý sa realizuje predovšetkým prijatím právnej úpravy na ochranu súkromia. Právo na rešpektovanie rodinného života sa aplikuje na rodinné vzťahy a predpokladá, teda existenciu rodiny. Spolužitie rodičov a detí je základným prvkom rodinného života. Európsky súd pre ľudské práva privileguje vzťah medzi manželmi a rodičmi a deťmi na rozdiel od vzdialenejších príbuzenských vzťahov, a to v tom zmysle, že existencia blízkych osobných väzieb sa predpokladá a bolo by prípadne na štáte, aby preukázal, že došlo k ich pretrhnutiu. V rámci inštitútu ochrany osobnosti podľa § 11 až 16 Občianskeho zákonníka, sú chránené jednotlivé čiastkové osobnostné práva zabezpečujúce ochranu jednotlivých stránok osobnosti fyzickej osoby. Do jeho rámca patrí aj právo na súkromie zahŕňajúce širokú oblasť súkromia fyzickej osoby, najmä jej súkromného života, intímnej a rodinnej sféry, vnútorného myšlienkového a citového života. Je nepochybné, že úmrtie blízkej ľudskej bytosti je zásahom do emocionálnej sféry najbližších rodinných príslušníkov zosnulého, u ktorých je prítomnosť najintenzívnejších interpersonálnych väzieb na výsostne emocionálnej báze zväčša nespochybniteľná. Pri reálnej existencii takýchto vzťahov určitej kvality medzi ľudskými bytosťami dochádza k porušeniu práva na život jednej z nich k absolútnej a nezvratnej deštrukcii všetkých vybudovaných citových väzieb a tým k neoprávnenému zásahu do práva na súkromný a rodinný život pozostalého, alebo pozostalých, čo bolo vyslovené napr. v náleze Ústavného súdu SR sp. zn. II. ÚS 424/02“. Je nepochybné v tomto prípade, že žalobkyňa v 4. rade ako sestra zomrelého D. E. B. a žalobca v 5. rade ako jeho synovec,

síce nie sú vo vzťahu k nebohému takom blízkom ako žalobcovia v 1. až 3. rade, avšak je nepochybné, že pokiaľ mali ako jeho príbuzní vybudovaný blízky emocionálny vzťah s nebohým, jeho smrť pre nich znamená úmrtie blízkej ľudskej bytosti a teda aj pre nich došlo k absolútnej a nezvratnej deštrukcii všetkých vybudovaných citových väzieb, ktorí mali k nebohému. Tvrdenie žalovaného, že iba manžel a deti majú právo na zákonnú ochranu pri zásahu do rodinného života je preto v rozpore s vyššie citovaným § 11 a násl. Občianskeho zákonníka, keďže týmito zákonnými ustanoveniami sú chránené jednotlivé čiastkové osobnostné práva zabezpečujúce ochranu jednotlivých stránok osobnosti fyzickej osoby, teda ide aj o oblasť súkromného, rodinného života, citového života. Preto ani žalobkyňa v 4. rade a žalobca v 5. rade nemôžu byť vylúčení z tejto ochrany, len z toho dôvodu, že nie sú vo vzťahu k nebohému ako je manželka a deti. Súd preto uzavrel, že je daná aktívna vecná legitimácia aj žalobkyne v 4. rade, aj žalobcu v 5. rade.

42. Súd sa ďalej zaoberal tým, či sú v danom prípade splnené predpoklady pre priznanie náhrady nemajetkovej ujmy v peniazoch pre žalobcov v 1. až 5. rade. Súd vychádzal z toho, že pre vznik nároku na náhradu nemajetkovej ujmy, je potrebné naplnenie týchto predpokladov: 1. protiprávne konanie, alebo opomenutie, teda porušenie povinnosti zdravotníckeho zariadenia, či pracovníka, uloženej zákonom, alebo iným všeobecne záväzným právnym predpisom, 2. škodlivý následok, zvyčajne ide o spôsobenie ujmy na zdraví, v niektorých prípadoch postačuje len ohrozenie právom chráneného záujmu, 3. príčinná súvislosť medzi protiprávnym konaním, alebo opomenutím a škodlivým následkom.

43. Súd mal za preukázané, že nebohý D. E. B. bol dňa 2.11.2019 vyšetrený v rámci ústavnej pohotovostnej služby v internej ambulancii nemocnice s poliklinikou K. C. D., teda u žalovaného, keďže mal bolesť v oblasti ľavých rebier, bez ťažkostí s dýchaním. Pri vstupnom fyzikálnom vyšetrení boli jeho životné funkcie v medziach normy až na zrýchlenú akciu srdca a pacient bol bez vzdušnosti, pri dýchaní boli v dolných častiach ľavých pľúc ojedinele počuteľné chorobné zvuky. Vykonané bolo EKG vyšetrenie a RTG vyšetrenie hrudníka, v laboratórnom náleze boli pozitívne zápalové markery a ostatné parametre krvného obrazu a biochémie boli v norme. Lekár stanovil diagnózu pneumónie, teda zápalu pľúc vľavo a bola pacientovi navrhnutá hospitalizácia na pľúcnom oddelení, avšak preferoval ambulantu liečbu, a preto mu bolo odporúčané tabletové užívanie antibiotík. V nasledujúci deň 3.11.2019, pre zhoršenie ťažkosti bol opäť vyšetrený v internej ambulancii NsP Michalovce, udával zhoršenie bolesti pod ľavou lopatkou, so šírením dopredu a subfebrility. Bol v rámci osobnej anamnézy opäť zdokumentovaný údaj o prekonanej trombóze žíl HK. Stav bol hodnotený ako ľavostranná pneumónia a pacient bol o 19:02h prijatý na oddelenie pneumológie a fitizeológie žalovaného. Dňa 3.11.2019 bola pacientovi ordinovaná vnútrožilová ATB liečba, Vessel Due F – liek na zníženie TK a infúzie na zníženie teploty a bolesti. Dňa 7.11.2019 pri lekárskej vizite pacient kašľal, vykašľaval hlieny s prímesou krvi a bolo u neho vykonané laboratórne hemokoagulačné vyšetrenie krvi, v ktorom boli zistené zvýšené parametre aktivácie krvného zrážania, predovšetkým parameter D-Doméru a CRP klesol na 82,43mg/l. Pri lekárskej vizite ráno 8.11.2019 pacient udával, že sa má lepšie, ťažkosti neudával a v daný deň bola aj vypísaná žiadanka na CT hrudníka. Pri lekárskej vizite dňa 9.11.2019 už udával pacient, že chrchle a vykašliava menšie množstvo krvi a pri lekárskej vizite dňa 10.11.2019 udával, že sa má lepšie, pričom boli zdokumentované nálezy mikrobiologického vyšetrenia a potvrdená bola prítomnosť baktérii. V daný deň bolo aj vykonané natívne CT vyšetrenia pľúc medzihrudia a hrudnej steny s nálezom konsolidácii ľavých pľúc, kde bola aj znížená vzdušnosť. Uvedený nález bol hodnotený ako najskôr zápalového charakteru, ale krytá neoplázia nádor nie je vylúčená. Bol ordinovaný odber krvi na onkomarkery a CRP dňa 12.11.2019 pri vizite pacient kašľal s tým, že ho pri nádychu pichá v ľavej polovici hrudníka, DK boli bez opuchov. Dňa 13.11.2019 bol už pacient bez dušnosti srdcovo-pľúcne stabilizovaný a pri vizite mu vzhľadom na onkomarkéry bolo ordinované vykonanie bronchoskopického vyšetrenia. Dňa 14.11.2019 pri vizite ráno udával zhoršené dýchanie, bol spotený, boli mu pridané lieky na uľahčenie dýchania a bol mu aplikovaný kyslík. Dňa 15.11.2019 bolo vykonané u pacienta bronchoskopické vyšetrenie, ktoré však nepotvrdilo závažnejší chorobný nález a hodnoty TK boli prijateľné, prítomná bola tachykardia. Dňa 16.11.2019 bol pacient kontrolovaný o piatej hodine sestrou, kedy spal v kľude a bez prejavu dušnosti. O 7:44h pacient skolaboval na WC, komunikoval a udával sťažené dýchanie. Vzhľadom na tento stav pacienta boli realizované kontrolné laboratórne vyšetrenia a EKG vyšetrenia a bol pridaný liek Fraxiparine na riedenie

krvi. O 7:39h bol pacient presunutý na OAMIS NsP Michalovce, o 7:40h bol cyanotický, nepokojný, mal strach zo smrti, bol napojený na monitor, TK bol nemerateľný, inhaloval O2 maskou, napriek tomu bola saturácia kyslíkom chorobne nízka – 70% a o 7:45h došlo k poruche vedomia a zlyhávaniu dýchania a akcie srdca. Napriek realizovanému srdcovo-pľúcnemu oživovaniu sa nepodarilo obnoviť životné funkcie a o 8:30h bolo konštatované jeho úmrtie. Stav pri úmrti bol hodnotený ako pľúcna embólia s prejavom akútneho Cor pilmonale, teda upchatie pľúcnej cievy priplavenou krvnou zrazeninou s náhlym zlyhaním funkcie pravej komory srdca.

44. Z oznámenia výsledku prešetrenia podnetu z Úradu pre dohľad nad starostlivosťou zo dňa 26.1.2021 vyplýva, že Úrad zistil nedostatky v liečebnom postupe pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti D. E. B. v zariadení žalovaného. Úrad dospel k záveru, že diagnostické postupy v období od 3.11.2019 do 16.11.2019 neboli realizované v dostatočnom rozsahu, čo podmienilo nesprávnu diagnostiku a absenciu účelnej prevencie a liečby. Úrad vytkol, že u pacienta s anamnézou prekonanej flebotrombózy liečenej M., s aktuálnymi bolesťami na hrudníku a hemoptýzou s patologickými hemokoagulačnými parametrami nebolo ordinované kontrastné vyšetrenie pľúc – CT angiografia pľúcnych ciev na vylúčenie možnej trombembolickej pľúcnej choroby, pre ktorú boli u pacienta medicínsky relevantné indície.

45. Súd pri ustálení, či pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti D. E. B. u žalovaného došlo k porušeniu vyššie cit. § 3 ods. 2, v spojení s § 4 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, vychádzal z vykonaného dokazovania, a to z listinných dôkazov – znaleckého posudku č. 4/2020 zo dňa 30.9.2020, ktorý podal znalec doc. MUDr. Matej Samoš, Phd., z odboru zdravotníctva o farmácia, odvetvie vnútorné lekárstvo, ktorý bol podaný v trestnom konaní, v trestnej veci prečinu usmrtenia D. E. B., zo znaleckého posudku č. 1/2023 znalca D. Q. C. z odboru zdravotníctva a farmácia, odvetvie pneumológia a ftizeológia, ktorý bol podaný dňa 14.12.2023 v konaní na návrh žalovaného, z odborného stanoviska doc. MUDr. Ivana Majera, CSc., odborného konzultanta, v odbore pneumológie a ftizeológie, ktoré podal dňa 25.10.2020 z odborného stanoviska doc. D. Q. R., P., z radiologickej kliniky s.r.o. Trenčín, ktoré podala dňa 31.10.2020, z výpovede MUDr. Antona Farkáša, PhD. znalca v odbore zdravotníctva a farmácia, odvetvie kardiológia, ktorý vypovedal na hlavnom pojednávaní OS Michalovce v rámci trestného konania ako znalec k znaleckému posudku č. 7/2022, ktorý podal dňa 2.9.2022, z prečítaných záverov znaleckého posudku MUDr. Zuzany Grochovej a MUDr. Petra Labaja, ktorý bol podaný v rámci trestného konania a ktorý bol tiež prečítaný na hlavnom pojednávaní v rámci trestného konania.

46. Súd mal za preukázané zo znaleckého posudku MUDr. Mateja Samoša, PhD., že tento na základe posudzovania dospel k záveru, že zdravotná starostlivosť D. E. B. nebola v posudzovanom období od 3.11.2019 do 16.11.2019 poskytnutá poskytovateľom – žalovaným, správne, nakoľko poskytovateľ nevykonal všetky zdravotné úkony na správne určenie choroby a nezabezpečil správnu včasnú a účinnú liečbu základného ochorenia nebohého, ktorým bola venózna tromboembolická choroba. Ako nesprávne postupy v liečbe identifikoval znalec to, že službukonajúci lekár ambulancie ústavnej pohotovostnej služby, vychádzal pri svojom vyšetrení dňa 3.11.2019 najmä z predchádzajúceho vyšetrenia v tejto ambulancii, ktoré bolo dňa 2.11.2019 a nesprávne tento lekár interpretoval niektoré klinické príznaky a nevykonal ani základné kontrólne laboratórne vyšetrenia, najmä vyšetrenie koagulácie, vyšetrenie D – Dimeru, vyšetrenie markérov srdcového zlyhávania, ktoré by v tom čase s najväčšou pravdepodobnosťou vzhľadom k rozsahu venóznej trombózy a pľúcnej embólie vykazovali odchýlku od referenčných hodnôt a upozornili by lekára na správnu diagnózu, a to diagnózu venóznej troboembolickej choroby. Ďalej znalec uviedol, že lekári počas hospitalizácie pacienta v dňoch 3.11.2019 až 16.11.2019 nesprávne interpretovali príznak opakujúcej sa homoptýzy, teda vykašliávania krvi, vyššej akcie srdca a nález nízkej periférnej saturácie kyslíkom ako súčasť klinického obrazu diagnózy ľavostranného zápalu pľúc, alebo nádoru pľúc vľavo, pričom nemysleli aj na možnosť pľúcnej embolizácie ako častej alternatívnej príčiny homoptýzy a tachykardie, teda zrýchlenej akcie srdca, za účelom vylúčenia tejto alternatívnej diagnózy neindikovali žiadne ďalšie pomocné vyšetrenia, teda EKG vyšetrenie, USG vyšetrenie srdca, USG vyšetrenie žíl, CT angiografiu vyšetrenie a iné. Znalec uviedol, že nesprávne bolo aj to, že hemokoagulačné vyšetrenie bolo vykonané až dňa 7.11.2019, kedy bola

zistená abnormálna hodnota D-Dimeru a antitrombínu, pričom podľa znalca malo byť vykonané toto vyšetrenie skôr. Znalec tiež vytkol lekárom, že boli zistené abnormálne nálezy hemokoagulácie najmä abnormálna hodnota D-Dimeru a lekári nesprávne interpretovali tieto hodnoty ako súčasť klinického obrazu ľavostranného zápalu pľúc, alebo nádoru pľúc vľavo a preto nevykonali žiadne ďalšie vyšetrenie smerujúce k vylúčeniu venóznej tromboembolickej choroby. Znalec za nesprávne považoval aj to, že počas celej hospitalizácie nebola u pacienta indikovaná ani profilaktická farmakologická liečba k prevencii tromboembolickej choroby vo forme podania heparínu, alebo heparínu s nízkou molekulovou hmotnosťou subkutánne, pritom ošetrujúci lekári mali údaj o anamnéze venóznej tromboembolickej choroby u nebohého, ale nezahájili u nebohého správnu farmakologickú prevenciu, ktorá mala byť podľa znalca podávaná pacientovi od začiatku jeho hospitalizácie na oddelení pneumológie a ftizeológie. Podľa znalca táto profilaktická liečba ním spomínanými preparátmi mala byť pacientovi počas hospitalizácie podávaná aj v prípade, že sa na možnosť venóznej tromboembolickej choroby ako základnej diagnózy pacienta nemyslelo. Preto podľa neho pochybili lekári, nakoľko nevyhodnotili správne riziko recidívy tromboembolickej choroby u pacienta. Keďže sa stav pacienta zhoršoval napriek podaniu antikoagulačnej liečby, ktoré podľa znalca aj tak bolo nesprávne, došlo k zástave obehu spotrebou resusticácie dňa 16.11.2019, kedy sa klinický stav pacienta výrazne zhoršil a v tom čase po zhoršení jeho stavu už správne bola suponovaná diagnóza embólie do pľúcnych tepien a prvýkrát bola podaná antikoagulačná liečba, ale nebola ani táto podaná správne, nakoľko sa už v tom čase jednalo jednoznačne o embóliu s tzv. vysokým rizikom, a preto podanie tejto liečby nemohlo vzhľadom k maximálnemu terapeutickému efektu, ktorý možno očakávať až 3-4 hodiny, dosiahnuť účinnú terapeutickú odpoveď. Znalec nevylúčil, že vzhľadom na zistenia pri pitve nebohého, by k jeho úmrtiu dňa XX.XX.XXXX mohlo dôjsť aj v prípade, ak by mu bola včas podaná účinná liečba intravenóznym anitikoaguláciom a následná účinná liečba intravenóznym fybrinolitikom. Táto liečba však podľa záveru znalca dňa 16.11.2019 už na správne suponovanú diagnózu v ten deň nebola podaná nebohému správne.

47. Zo znaleckého posudku D. Q. C. mal súd za preukázané, že tento v závere vyslovil, že zdravotná starostlivosť bola poskytnutá v rámci štandardov pre diagnostiku a liečbu v komunite získanej pneumónie, avšak pri hodnotení prípadného predídenia embolizačnej príhody, ktorá bola pre pacienta fatálna, došlo k nesprávnemu vyhodnoteniu klinických a laboratórnych príznakov a tým k zavedeniu diagnostiky smerom k možnému nádorovému ochoreniu. Podľa znalca to však jednoznačne nemožno považovať za nesprávne poskytnutú zdravotnú starostlivosť, lebo pacient nemal vyjadrené žiadne klinické známky hlbokej žilovej trombózy, ktorá podľa pitevného nálezu bola pomerene rozsiahla a vo veľkej končatinovej žile. Pitevný nález poukázal na menšie opakované embolizácie a pri nich je jedným z častých príznakov dýchavica, no v bežnej klinickej praxi jedným z príznakov bývajú aj opakovane menšie periférne pneumónie. V bežnej klinickej praxi sa často ani pri nich primárne na embolizáciu nemyslí a je to skôr o skúsenostiach lekárov vylúčiť takáto zákerné ochorenie. Preto hodnotil zdravotnú starostlivosť ako správne poskytnutú a chybná je podľa neho interpretácia laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení v bode zhodnotenia rizika možnej embolizačnej príhody pacienta už v priebehu hospitalizácie, keďže nebola správne vyhodnotená ako podozrenie na nádorové ochorenie pľúc čo viedlo nesprávne diagnostiku a pravdepodobne oddialilo podávanie antikoagulačnej liečby. Podľa znalca je embolizácia do artéria pulmonalis stále jedno z ochorení, na ktoré však myslieť je niekedy v bežnej klinickej praxi dôležité pri akomkoľvek pleuritickom syndróme a najmä pri výrazne vysokej hodnote D-Dimerov. Znalec okrem iného vo svojom posudku uviedol, že u pacienta bola urobené iba natívne CT, ktoré však má význam len v prípade, že je potrebné posúdiť rozsah zápalových zmien a v natívnom móde je posudzovanie cievného riečiska artéria pulnonalis takmer nemožné, a preto je najpresnejšou metódou CT angiografia artéria pulmonalis. Taktiež sa vzhľadom na zvýšené hodnoty D-dimerov trebalo tomuto venovať vysokú pozornosť.

48. Za preukázané mal súd z odborného stanoviska doc. MUDr. Ivana Majera, CSc., z odboru pneumológie a ftizeológie, že tento konštatoval, že diagnostický a terapeutický postup počas hospitalizácie D. E. B. u žalovaného nebol lege artis, lebo nebola správne stanovená diagnóza masívnej trombembolie do kmeňa i väčších vetiev pľúcnice, čo viedlo k akútnemu zlyhaniu pravého srdca. Podľa neho bolo úlohou ošetrujúceho lekára túto skutočnosť zistiť a presne formulovať a zaznamenať do zdravotnej dokumentácie. Už piaty deň hospitalizácie boli známe výsledky hemokoagulácie, ktoré mali

byť vyhodnotené podľa neho tak, že ide o zvýšenú zrážavosť krvi a hneď sa mala nasadiť antikoagulačná liečba, ktorá sa nasadzuje aj pri zápaloch pľúc, čo aj pacient mal, ale bežne aj z preventívnych dôvodov. Za najväčšie pochybenie pritom považoval to, že na výsledky hemokoagulačných faktorov ošetrujúci personál nereagoval pridaním antikoagulačnej liečby. Za chybu v poskytnutí zdravotnej starostlivosti považoval aj to, že CT vyšetrenie nebolo správne vykonané, lebo nebola použitá kontrastná látka, t.j. nebola ordinovaná CT angiografia pľúc a nemyslelo sa na to. Ordinácia CT angiografie pľúc, však mala byť žiadaná od klinického pracoviska, pretože, ak by bola urobená CT angiografia, tak by s najväčšou pravdepodobnosťou sa odhalila embolizácia do pľúc a mohla by byť nasadená trombolitická alebo antikoagulačná liečba. CT vyšetrenie pritom bolo ordinované až deviaty deň hospitalizácie, a to bez už spomínanej kontrastnej látky. Pre stanovenie diagnózy sa malo pátrať podľa neho po lokalite trombembolie a aj keď je končatina neopuchnutá, trebalo urobiť ultrazvukové vyšetrenie ciev, ktoré by odhalilo ložisko trombózy, avšak chýba aj vyšetrenie echokardiografie srdca. Preto uzavrel, že došlo k pochybeniu vyhodnotenia krvných testov a ordinácie CT vyšetrenia, čo viedlo k nestanoveniu správnej diagnózy a k absencii adekvátnej liečby.

49. Z odborného stanoviska doc. MUDr. Jany Slobodníkovej, CSc. z rádiologickej kliniky s.r.o. Trenčín zo dňa 31.10.2020 mal súd za preukázané, že pri CT vyšetrení D. E. B. u žalovaného počas jeho hospitalizácie došlo k nesprávnemu zhodnoteniu kliniky pacienta a nepodaniu kontrastnej látky pri CT vyšetrení, čo malo byť urobené zo strany lekárov pľúcneho oddelenia, ktorí mali požadovať pľúcnu CT angiografiu. Nepochybilo teda oddelenie RTG, keďže z pohľadu odbornosti rádiológia uzavrela, že vyšetrenie CT bolo správne popísané aj správne realizované a neboli nájdené chyby. To, že lekári pľúcneho oddelenia nepožadovali pľúcne CT angiografie je chybou tohto oddelenia.

50. Súd vychádzal aj zo záveru znaleckého posudku MUDr. Zuzany Grochovej a MUDr. Petra Labaja zo dňa 29.12.2019, v ktorom uviedli, že pri pitve a mikroskopickom vyšetrení pacienta bola zistená čerstvá aj staršia trombóza v ľavej stehnovej a v ľavej bedrovej žile, staršie hojacie sa aj celkom čerstvé trombotické emboly v drobnejších pľúcnych tepnách a hojaci sa infarkt v dolnom laloku ľavých pľúc so zápalovou reakciou popľúcnici v úrovni infarktu, ktoré chorobné zmeny boli u pacienta už pri vyšetrení dňa 2.11.2019 a tiež pri prijatí dňa 3.11.2019. Podľa znalcov sa nemyslelo na možnosť tromboembolizácie a preto neboli pacientovi ani počas hospitalizácie až do jeho smrti dňa 16.11.2019 podávané účinné antikoagulačné a fibrinolytické lieky na rozpustenie trombu a zabránenie jeho zväčšovania. Až tesne pred smrťou sa objavila v zdravotnej dokumentácii diagnóza akútnej tromboembólie do pľúc a zlyhanie pravého srdca a podaný liek, ktorý slúži na predchádzanie tromby krvných zrazením v krvných cievach – trombóz, alebo na liečbu už vytvorených krvných zrazením, a to E. D.. Podaný však bol až tesne pred smrťou, čo podľa znalcov na záchranu života u pacienta už bolo neskoro.

51. Za preukázané mal súd z výsluchu znalca MUDr. Antona Farkaša, PhD., ktorý výsluch bol uskutočnený na hlavnom pojednávaní v trestnom konaní ohľadne ním podaného znaleckého posudku č. 7/2022 zo dňa 2.9.2022, že vzhľadom na základnú diagnózu pľúcnej embólie, ktorá bola potvrdená na základe vykonanej pitvy nebola zomrelému D. E. B. z kardiologického hľadiska poskytnutá adekvátna a cielená liečba vyššie uvedenej diagnózy pľúcnej embólie. Podľa znalca chybou bolo to, že pri zvýšených hodnotách D-dimeru, ktoré u pacienta boli zistené sa odporúča realizácia pľúcnej angiografie, avšak tu bolo indikované len natívne CT vyšetrenie pľúc a nie pľúcna angiografia s podaním kontrastnej látky. Aj keď nie je možné tvrdiť so 10% istou, že by pľúcna angiografia popísala akútnu, alebo subakútnu, alebo pľúcnu embóliu, podľa znalca by určite popísala pľúcny infarkt. Keďže bolo realizované iba natívne CT vyšetrenie pľúc, tak určenie diagnózy, alebo podozrenie na pľúcnu embóliu lekárom so špecializáciu na pľúcne choroby je veľmi málo pravdepodobné. Vyhodnotenie EKG a podozrenie na pľúcnu embóliu vie z odborného hľadiska určiť kardiológ, alebo atestovaný internista. Podľa znalca neboli realizované všetky dostupné a potrebné vyšetrenia, a to ani pri príjme pacienta na pohotovostnej ambulancii, kedy sa o diagnóze pľúcnej embolizácie neuvažovalo a neboli ani realizované laboratórne vyšetrenie zrážacích faktorov a D-dimeru. Realizované RTG vyšetrenie hrudníka už prítomné zmeny popísalo ako

zápalové, čo viedlo spolu s absenicou laboratórnych vyšetrení k stanoveniu mylnej diagnózy. Preto aj potrebné laboratórne vyšetrenie bolo realizované a indikované až dňa 7.11.2019, kedy však zvýšená hodnota D-dimeru bola nesprávne vyhodnotené ako súčasť zápalového ochorenia. To, že je pozitívny D-dimer, t.j. zvýšený nad nejaké hodnoty, ktoré sú stanovené môže viesť k tomu, že v tele je trombóza, avšak zvýšený D-dimer býva často aj pri zápalových procesoch, a to preto lebo pri zápale dochádza k vzniku malilinkých trombov a tie môžu produkovať tento D-dimer. Práve táto nízka špecifikácia musí viesť lekára k tomu, že sa musí skúmať prečo je D-dimer vysoký. Podľa znalca ani EKG vyšetrenie zo dňa 16.11.2019 nebolo vyhodnotené správne, EKG známky pľúcnej embólie neboli rozpoznané, a preto počas rozšírenej resustitácie nebola podaná trombolitická liečba s pokračujúcou resustitáciou. Podľa znalca nebola u žalovaného menovanému pacientovi poskytnutá zdravotná starostlivosť správne a v potrebnom rozsahu, lebo neboli realizované všetky potrebné zobrazovacie vyšetrovacie metódy, najmä pľúcna angiografia, ktorá pri zvýšených hodnotách D-dimeru mala byť realizovaná a nebola podaná adekvátna liečba najmä antikoagulačná liečba, ktorá síce nemôže v prítomnosti nevylúčenej trombózy 100% vylúčiť vznik masívnej pľúcnej embólie, ale môže znížiť riziko v rámci prevencie vzniku tromb, alebo až eliminovať vzniku tromb. Podľa znalca nemožno potvrdiť, že napriek skoršiemu určeniu správnej diagnózy a podaniu adekvátnej liečby by nedošlo k rozvoju masívnej pľúcnej embólie, ktorá mala za následok úmrtie menovaného pacienta, keďže zdrojom trombembolizmu by mohli byť aj staršie tromby, ktoré vznikli už pred hospitalizáciou. Podľa znalca by však rozpoznanie základnej diagnózy viedlo pri rozvoji šoku k podaniu trombolitickej liečby a jej podanie mohlo pomôcť zvrátiť negatívny priebeh ochorenia, aj keď účinnosť včasnej trombolitickej liečby je pri takom ťažkom priebehu masívnej pľúcnej embólie nízka práve pre veľkú obštrukciu pľúcneho prietoku. Presné percentuálne zhodnotenie nie je možné, avšak vzhľadom na pozorovanie klinickej praxe samotná pľúcna embólia vedie k vzniku kardiogénneho šoku, čo znamená šoku, kedy srdce nie je schopné vykonávať svoju činnosť. Ak sa pacient oživuje, trombolitická liečba môže spriechodniť aspoň časť riečiska, čo by mohlo viesť k naplneniu ľavej časti srdca a k okysličeniu zvyšku tela. Z klinického pozorovania je účinnosť nízka, napriek tomu sa to odporúča, pretože aj nízka účinnosť u určitého malého percenta môže pacienta zachrániť.

52. Z takto preukázaného skutkového stavu súd dospel k záveru, že žalovaný ako poskytovateľ zdravotnej starostlivosti v období hospitalizácie pacienta – D. E. B. od 3.11.2019 do 16.11.2019, neposkytol pacientovi zdravotnú starostlivosť správne a dostatočne, pretože neboli vykonané žiadne vyšetrenia smerujúce k vylúčeniu tromoembolickej choroby, najmä CT – pulmoangiografické vyšetrenie, USG vyšetrenie žíl dolných končatín, laboratórne vyšetrenia so zameraním na markéry preťaženia srdcového svalu, sintigrafické vyšetrenie pľúcnej cirkulácie, USG vyšetrenie žíl dolných končatín, taktiež nebola včas začatá hemokagulačná liečba, keďže nebolo včas uskutočnené hemokoagulačné vyšetrenie, ktoré bolo urobné až dňa 7.11.2019. Napriek zisteniu abnormálnej hodnoty D-dimeru bola táto nesprávne interpretovaná ako súčasť klinického obrazu diagnózy ľavostranného zápalu pľúc, alebo diagnózy nádoru pľúc vľavo a nebola správne interpretovaná vzhľadom na ďalšie klinické príznaky svedčiace pre venóznu tromboembolickú chorobu. Nebola indikovaná ani profilaktická farmakologická liečba v prevencii trombolembolickej choroby vo forme podania heparínu, alebo heparínu s nízkou molekulovou hmotnosťou subkutanne. K pochybeniu došlo aj tým, že bolo vykonané iba natívne CT vyšetrenie, čo bol podľa záverov tak znalca doc. MUDr. Mateja Samoša, PhD., ako aj odborného konzultanta doc. MUDr. Ivana Majera, CSc. a doc. MUDr. Jany Slobodníkovej, CSc. nie lege artis, pričom títo uzavreli, že ak by bolo urobené CT angiografické, s najväčšou pravdepodobnosťou by sa odhalila embolizácia do pľúc a mohla by byť nasadená včas trombolitická, alebo antikoagulačná liečba. Podľa záverov týchto odborníkov CT vyšetrenie jednak bolo ordinované neskoro, až v deviaty deň hospitalizácie, a navyše bez kontrastnej látky, čo bolo dôvodom, že to viedlo k nestanoveniu správnej diagnózy a tým aj k absencii adekvátnej liečby. Za nesprávne bolo znalcami a odborníkmi hodnotené, aj to, že aj v deň, keď došlo k úmrtiu pacienta dňa 16.11.2019, kedy aj došlo k progresii základného ochorenia a vznikla pľúcna embólia s vysokým rizikom, t.j. embólia so známkami zlyhávania činnosti pravej komory srdca, kedy v tom čase už správne bola stanovená pacientovi diagnóza a aj podaná antikoagulačná liečba heparínom s nízkou molekulovou hmotnosťou, táto liečba nebola poskytnutá správne. Znalec D. Q. C., síce v závere uviedol, že považuje poskytnutú zdravotnú starostlivosť v liečbe bronchopneumónie ako správne poskytnutú, avšak zároveň za chybnú vyhodnotil interpretáciu laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení v bode zhodnotenia rizika možnej embolizačnej príhody

pacienta už v priebehu hospitalizácie, nakoľko táto nebola správne vyhodnotená ako podozrenie na nádorové ochorenie pľúc, a to viedlo diagnostiku chybne a aj oddialilo podávanie antikoagulačnej liečby.

53. Na základe uvedeného mal súd za preukázané, že došlo pri liečbe pacienta D. E. B. u žalovaného v období od 3.11.2019 do 16.11.2019, k postupu non lege artis, a aj keď žalovaný namietal, že nebola preukázaná priama príčinná súvislosť medzi smrťou pacienta a pochybením lekárov, resp. ich postupmi, súd vychádzajúc z už ustálenej judikatúry a takúto námietku hodnotil ako bez právneho významu. Od žalovaného, v rukách ktorého je život pacienta a ktorý má chrániť, resp. je povinný urobiť všetko, čo je vzhľadom na aktuálny stav medicíny objektívne schopný urobiť, je spravodlivé požadovať, že bude pri liečbe postupovať lege artis, čím si splní aspoň základnú povinnosť predchádzať škodám na živote a zdraví, pretože za jej porušenie musí niesť zodpovednosť, pokiaľ medicínsky následok nesprávneho postupu mohol mať vplyv na život a zdravie pacienta. Je pravdou, že znalci a odborní konzultanti jednoznačne nepotvrdili, že neposkytnutie zdravotnej starostlivosti žalovaným správne bolo jedinou a hlavnou príčinou smrti D. E. B., avšak L. D. D. R., G., D. Q. C., L. D. O. D., P., L. D. Q. R., P., D. S. E., G., D. A. I. a D. G. B., vo svojich posudkoch, či odborných stanoviskách konštatovali, že postupom žalovaného lege artis by sa výrazne zvýšili šance na prežitie pacienta, resp. ak by bola včasne a správne určená diagnóza a na jej základe aj správny postup v liečbe mohlo to zabrániť, alebo čo najviac obmedziť riziko vzniku smrti D. E. B. k čomu, však nedošlo, pretože zdravotný stav pacienta bol zaťažený nesprávne poskytnutou zdravotnou starostlivosťou žalovaného a nebolo z jeho strany eliminované riziko úmrtia D. E. B..

54. Súd v súvislosti s uvedenými závermi poukazuje na dostupnú judikatúru najmä na nález sp. zn. II.ÚS 716/2019-92 zo dňa 24.10.2017, nález II.ÚS 337/2019-51 zo dňa 26.5.2020, rozhodnutie NS SR sp. zn. 2Cdo 9/2021 zo dňa 26.10.2022, ale aj na rozsudky odvolacích súdov ako napr. rozhodnutie Krajského súdu Trnava sp. zn. 9Co/51/2019, Krajského súdu Trnava sp. zn. 11Co/64/2022 zo dňa 30.11.2023, Krajského súdu v Prešove sp. zn. 25Co/1/2023 zo dňa 12.10.2023.

55. Ústava Slovenskej republiky v článku 40 garantuje každej fyzickej osobe právo na ochranu zdravia, a preto zásah do ústavou chránenej hodnoty sa prirodzenie musí spájať s náležitou ústavne garantovanou ochranou tejto hodnoty. Neoprávnený zásah do práva na ochranu zdravia nekonaním lege artis predstavuje fatálne zlyhanie, ktoré je v rozpore s poslaním subjektu, ktorého podstatou činnosti je vyliečenie z choroby, záchrana života a zabránenie vzniku zdravotných komplikácii v zmysle § 3 ods. 4 písm. a), b), c), d) zák. č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Vzhľadom k tomu, že medicínsky následok postupu non lege artis mohol v tomto prípade byť rozhodujúci pre nepriaznivý vývoj poruchy zdravia pacienta D. E. B., nemôže byť vylúčená zodpovednosť žalovaného ako zdravotníckeho zariadenia a skutočnosť, že následok postupu nemusel byť rozhodujúci pre nepriaznivý vývoj poruchy zdravia, nepredstavuje vylúčenie zodpovednosti za nesprávny medicínsky postup.

56. K otázke preukazovania príčinnej súvislosti v medicínskoprávnych sporoch sa podrobne vyjadril aj Ústavný súd SR v náleze sp. zn. II.ÚS 716/2016 zo dňa 24.10.2017, v ktorom okrem iného uviedol: „Príčinná súvislosť predstavuje základný konštrukčný prvok zodpovednostnej skutkovej podstaty, na ktorom je vybudovaný systém súkromnoprávnej zodpovednosti za škodu, a ktorej preukázanie v súdnom konaní je jedným z predpokladov úspešného uplatňovania zodpovednostých nárokov žalobcu proti žalovanému. Skutočnosť, že dotknutá hmotnoprávna ako aj procesnoprávna úprava normatívne nevymedzuje pojem, podstatu, ako aj rozhodujúcu mieru dôkazu o existencii príčinných súvislosti medzi príčinou a jej následkom, tak hľadanie odpovedí na tieto otázky je primárne úlohou aplikácie práva prejavujúcej sa v rozhodovacej činnosti orgánov verejnej moci. Jednou z oblastní, kde spravodlivé usporiadanie procesných vzťahov vyžaduje, aby bola zohľadnená skutočnosť, že mnoho krát nie je v možnostiach strany, ktorá určitú skutočnosť tvrdí, tie svoje tvrdenia dokázať, patria aj medicínskoprávne spory, ktoré sú charakteristické svojou skutkovou zložitosťou prejavujúcou sa predovšetkým súbehom viacerých príčin spôsobilých privodiť daný následok, alebo výrazným časovým

obdobím medzi príčinou a následkom, čo významne sťažuje dôkaznú situáciu, prípadne tým, že úroveň aktuálneho stavu poznania v danom čase neumožňuje spoľahlivo objasniť tvrdený kauzálny priebeh, nedokonalosťou postupov pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti, alebo samotnou povahou biologických procesov. Uvedené je potrebné úzko vnímať aj z pohľadu ústredných funkcií zodpovednosti za škodu, ktorou je funkcia preventívna a reparačná. Z pohľadu naplnenia týchto funkcií zodpovednostného práva požiadavka 100% miery dôkazu pre účely unesenia dôkazného bremena poškodenému ukladá, aby pod procesnou sankciou neúspechu v spore tvrdil a preukázal kauzalitu s absolútnou istotou, čo je vzhľadom na už uvedené cieľ, ktorý je nereálny a zásadne objektívne nesplniteľný. V medicínskoprávnych sporoch nie je v mnohých prípadoch už uvedených dôvodov možné jednoznačne určiť skutočnú príčinu vzniku škodlivého následku, ale túto možno stanoviť len s určitou mierou jej pravdepodobnosti. V týchto prípadoch je nutné vziať do úvahy aj ďalšie prvky, na ktorých je vybudovaný systém zodpovednostého práva, a zohľadniť ich v kontexte objektívnej kauzálnej neistoty a vzájomnom nerovnocennom postavení tak, aby výsledok zodpovedal princípom, na ktorých je zodpovednosť za ujmu (škodu) postavená. V tejto situácii, ide v zásade o vyvažovanie dvoch proti sebe stojacích záujmov, a to práva poškodeného na jeho odškodnenie, na druhej strane záujem na tom, aby povinnosť na náhradu škody zaťažovala iba toho kto škodu skutočne spôsobil, alebo ju mohol svojim konaním odvrátiť. Neistota vo vzťahu k príčinnej súvislosti musí byť preto spravodlivo rozdelená. Možno preto konštatovať, že požiadavky jednoznačného preukázania príčinnej súvislosti bez možnosti pripustenia určitej rozumnej miery neistoty, osobitne v sporoch, ktoré majú svoj pôvod vo vzťahoch lekár (zdravotnícke zariadenie) a pacient (klient) je v štandardnom type dôkazného sylogizmu neprimeraná, pretože narúša spravodlivú rovnováhu medzi dotknutými stranami tým, že nereflektuje objektívne limity súvisiace s následným poznávaním minulých javov, zvlášť v príčinnej súvislosti a proporcionálne nevyvažuje vzájomné asimetrické postavenie týchto subjektov, v ktorom má z už uvedených dôvodov navrch zdravotnícke zariadenie, keďže na žalobcu – poškodeného ako slabšiu stranu v ich vzájomnom vzťahu kladie neúmerné nároky, čím mu v súdnom konaní fakticky znemožňuje dosiahnutie ich uspokojenia, v dôsledku čoho porušuje aj jeden z aspektov práva na spravodlivé súdne konanie, ktorým je rovnosť jeho strán“.

57. Súd udáva, že vzhľadom na uvedené, pre vznik zodpovednosti za protiprávne konanie, vrátane príčinnej súvislosti je rozhodujúce, že včasná a účinná diagnostika a ďalší následný postup v liečbe boli spôsobilé a mohli zabrániť, alebo čo najviac obmedziť riziko vzniku škody na živote nebohého D. E. B.. Bolo pritom dostatočne preukázané, že D. E. B. žalovaný nedal včasnú a účinnú diagnózu a pri nesprávnej diagnóze určil aj následný nesprávny postup v liečbe.

58. Pre úspešné uplatnenie práva na ochranu osobnosti sa nevyžaduje vyvolanie konkrétnych následkov zásahu proti tomuto chránenému záujmu, ale postačuje, že zásah bol objektívne spôsobilý narušiť, alebo aspoň ohroziť práva chránené ust. § 11 Občianskeho zákonníka. V citovanom zákonnom ustanovení je priznané každej fyzickej osobe právo na ochranu proti zásahom do jej osobnosti, najmä jej života a zdravia, občianskej cti a ľudskej dôstojnosti ako aj súkromia, mená a prejavov osobnej povahy. K vzniku občianskoprávnych sankcií za nemajetkovú ujmu spôsobenú zásahom do osobnosti fyzickej osoby podľa § 13 OZ musí byť ako predpoklad zodpovednosti splnená podmienka existencia zásahu objektívne spôsobilého vyvolať nemajetkovú ujmu spočívajúcu buď v porušení alebo len v ohrození osobnosti fyzickej osoby v jej fyzickej a morálnej integrite. V posudzovanej veci je zrejmé, že Mgr. František Lukáč mal zákonný nárok na zabezpečenie zodpovedajúceho liečebného procesu, ktorý by zodpovedal požiadavke na postup odborného zdravotného personálu lege artis. Keďže tento predpoklad v tomto prípade splnený nebol, čím bola súčasne významne znížená šanca pacienta na prežitie, ide bez ohľadu na nepreukázané percentuálne vyjadrenie tohto zníženia, o zásah ktorý ovplyvňuje samotný fatálny výsledok tohto liečenia, ktorý tak zasiahol do osobnostných práv žalobcov. Citová ujma na strane žalobcov v tomto prípade vznikla práve z toho dôvodu, že žalovaný nevykonal všetko, čo mohol na záchranu života D. E. B. a žalovaný porušil povinnosť poskytnúť zdravotnú starostlivosť lege artis, čo je v priamej príčinnej súvislosti so vznikom citovej ujmy na strane žalobcov, ktorá je spojená so smrťou Mgr. Františka Lukáča. Túto citovú ujmu by neutrpeli, keby mali vedomie, že žalovaný pacientovi poskytol objektívne dostupnú riadnu zdravotnú starostlivosť. Súd preto v tomto prípade konštatuje preukázanie protiprávneho (neoprávneného) zásahu, ktorý je v rozpore s objektívnym právom.

59. Najvyšší súd Slovenskej republiky v uznesení sp. zn. 5Cdo 265/2009 zo dňa 17.2.2017 zhrnul pojmové znaky subjektívnych osobnostných práv fyzických osôb chránených ust. § 11 a nasledujúce Občianskeho zákonníka a vyslovil záver, že „Ak medzi fyzickými osobami existujú sociálne, morálne, citové a kultúrne vzťahy vytvorené v rámci ich súkromného a rodinného života, môže porušením práva na život jednej z nich dôjsť k nedovolenému zásahu do práva na súkromie druhej z týchto osôb. Takýmto protiprávnym zásahom tretej osoby do práva na súkromie, resp. práva na rodinný život môže byť ďalšiemu účastníkovi vzťahu spôsobená taká ujma, ktorá mu čiastočne, alebo úplne bráni napĺňať jeho citové potreby, t.j. nemajetková ujma postihujúca inú ako majetkovú sféru osobnosti, sféru osobnostnú, ku ktorej nepochybne patrí aj citová – emocionálna ujma. Ak dôjde k smrti jedného z členov rodinného vzťahu, pozostalá osoba môže utrpieť citovú ujmu vo forme šoku, smútku zo straty blízkej osoby a takisto aj spoločenstva (vzťahu) s blízkou osobou“.

60. V rozhodovacej praxi slovenských súdov bola opakovane priznaná náhrada nemajetkovej ujmy nielen vo vzťahu rodič – dieťa, manžel – manželka, ale aj vo vzťahu k súrodencom, či vo vzťahu starý rodič – vnuk a v inom príbuzenskom vzťahu (napr. rozhodnutie KS v Trnave sp. zn. 24Co/142/2018, KS v Prešove sp. zn. 17Co/149/2017, OS v Martin sp. zn. 10C/12/2027). Je samozrejmé, že intenzita vzťahov medzi rodičom a dieťaťom a medzi manželom a manželkou je oveľa silnejšia ako vo vzťahu starého rodiča, alebo súrodencov, alebo v inom príbuzenskom vzťahu, na druhej strane, však nemožno vo všeobecnosti vylúčiť, zhodnotiac konkrétne okolnosti prejednávanej veci, že nárok na náhradu nemajetkovej ujmy u iného príbuzného ako je rodič, dieťa, manžel, manželka, je vylúčený.

61. Pokiaľ ide o samotnú výšku priznanej náhrady nemajetkovej ujmy, tá je vecou voľnej úvahy súdu, pričom v tejto súvislosti platí, že výšku náhrady nemajetkovej ujmy súd určuje na základe svojho vnútorného presvedčenia a logického myšlienkového postupu. Ustanovenie § 13 ods. 3 Občianskeho zákonníka pre určenie výšky náhrady nemajetkovej ujmy v peniazoch súdom neustanovuje zákon žiadne medze, avšak zakotvuje taxatívne dve kritéria, a to 1. závažnosť vzniknutej nemajetkovej ujmy a 2. okolnosti, za ktorých k neoprávnenému zásahu došlo. Možno konštatovať, že čím závažnejšia je nemajetková ujma, čo do svojej intenzity i svojho trvania, tým vyššia by mala byť aj čiastka peňažného zadosťučinenia. Pokiaľ ide o okolnosti, za ktorých k porušeniu práva došlo, toto kritérium by malo byť uplatnené vo vzťahu k postihnutej fyzickej osobe, a k osobe, ktorá neoprávnený zásah spôsobila, či išlo na strane pôvodcu neoprávneného zásahu len o určitú ľahnú nedbanlivosť, alebo naopak o úmysel. Cieľom vyššie uvedených kritérii je, aby pri určení konkrétnej výšky peňažného zadosťučinia bolo možné v rámci voľnej úvahy súdu a v súlade s princípom spravodlivosti prihliadnuť na najrôznejšie momenty, za ktorých k neoprávnenému zásahu do osobnosti fyzickej osoby došlo. Súd pri určovaní konkrétnej výšky náhrady nemajetkovej ujmy musí teda zvážiť všetky právne významné okolnosti spoluurčujúce výšku tejto ujmy, a to predovšetkým intenzitu vzťahu žalobcov so zomrelým, vek zomrelého a pozostalých, otázku hmotnej závislosti pozostalého na usmrtenej osobe a eventuálne poskytnutie inej satisfakcie.

62. Súd vzhľadom na uvedené priznal žalobkyni v 1. rade, manželke nebohého D. E. B., nemajetkovú ujmu vo výške 25 000 €, pričom závažnosť ujmy, ktorá žalobkyni v 1. rade vznikla, súd posúdil najmä z hľadiska toho, že smrťou manžela došlo na jej strane k neodčiniteľnej ujme a deštrukcii rodinných vzťahov a tento zásah je pre žalobkyňu v 1. rade trvalý a neodstrániteľný. Smrťou jej manžela bola žalobkyni v 1. rade spôsobená vážna citová ujma v tom, že stratila manžela v produktívnom veku (50r.), s ktorým žila 25 rokov, bývali celý čas v spoločnej domácnosti, bol pre ňu celoživotnou oporou a jeho smrť ju zasiahla veľmi hlboko a intenzívne. Žalobkyňa v 1. rade so svojím manželom vychovala dve deti, ktorým sa starostlivo venovali a s nebohým manželom trávila všetky voľné chvíle počas spoločného života. Mali nielen silný citový vzťah, ale spájali ich aj rovnaké záujmy, chodili na spoločné dovolenky, stretávali sa s rodinou jednak zo strany manžela ako aj zo strany žalobkyne v 1. rade. Keďže nebohý manžel žalobkyne v 1. rade bol policajtom, plánoval, že keď deti ukončia vysoké školy, pôjde

do výsluhového dôchodku a spolu so žalobkyňou v 1. rade budú chodiť často na výlety a ešte pred smrťou nebohý z tohto dôvodu kúpil aj čln. Žalobkyňa v 1. rade prežívala a prežíva nielen citové útrapy, ale zhoršil sa jej zdravotný stav, má problémy so srdcom, ktoré sú po smrti manžela silné, kvôli čomu bola viackrát odvezená pohotovosťou do nemocnice. Keďže predtým nemal manžel žalobkyne v 1. rade vážne zdravotné problémy, súd prihliadol aj na to, že jeho smrť bola pre žalobkyňu v 1. rade nečakaná a psychicky ju veľmi výrazne zasiahla. Súd pri stanovení tejto výšky náhrady nemajetkovej ujmy u žalobkyne v 1. rade vykonal aj test proporcionality, teda výšku priznal aj vzhľadom na to, aká výška náhrady nemajetkovej ujmy bola priznaná v skutkovo a právne obdobných prípadoch. Súd v súvislosti s tým poukazuje napr. rozsudok OS Poprad sp. zn. 9C/23/2020-218 zo dňa 23.8.2022, potvrdený Krajským súdom Prešov sp. zn. 25Co/1/2023 zo dňa 12.10.2023, manželke priznal sumu 30 000 €, rozsudok OS Skalica sp. zn. 9C/41/2019 z 13.4.2022 v spojení s rozsudkom KS Trnava sp. zn. 11Co/64/2022, manželke priznal sumu 10 000 €, rozsudok OS MT sp. zn. 8C/203/2004, manželovi priznanú sumu 17 000 €, rozsudok OS LM sp. zn. 7C/256/2011 potvrdený KS ZA sp. zn. 8Co/264/2013 manželke priznal sumu 20 000 €. Súd poukazuje napr. aj na rozsudok Veľkej komory Európskeho súdu pre ľudské práva zo dňa 19.12.2017, ktorý priznal pozostalej manželke za smrť manžela v dôsledku nesprávne poskytnutej lekárskej starostlivosti sumu 23 000 € ako náhradu nemajetkovej ujmy.

63. Žalobcovi v 2. rade ako synovi zomrelého D. E. B., súd priznal náhradu nemajetkovej ujmy vo výške 18 000 €. Súd vychádzal z preukázaného skutkového stavu, podľa ktorého žalobca v 2. rade mal so svojím otcom vytvorené veľmi silné citové puto, otec sa od neho od narodenia staral a žalobca v 2. rade ako syn mal v otcovi vzor. Otec podporoval žalobcu v 2. rade tak v jeho koníčkoch, ako aj vo vzdelávaní, najmä pokiaľ ide o záľubu žalobcu v 2. rade v kix boxe, pričom tento dosahoval výrazné úspechy nielen na Slovensku, ale cestoval spolu s otcom na rôzne súťaže po veľkej časti Európy. Okrem toho mal s otcom ďalšiu spoločnú záľubu, a to rybárčenie, keďže otec bol veľmi dobrý rybár a viedol k tomu aj svojho syna. Otec podporoval žalobcu v 2. rade v tom, aby študoval v Prahe na vysokej škole a pomáhal mu nielen finančne, ale najmä tým, že bol pre neho oporou. Žalobca v 2. rade vďaka otcovi mal dobré vzťahy vytvorené aj so širšou rodinou, keďže sa pravidelne stretávali tak s príbuznými otca, ako aj matky. Smrť otca bola pre žalobcu v 2. rade šokom, došlo k nej v čase, keď bol v druhom ročníku na vysokej škole, kedy svojho otca veľmi potreboval a kvôli smrti otca aj ukončil štúdium v Prahe a presťahoval sa k matke a neskôr si kúpil byt v Košiciach, aby bol blízko nej. Žalobca v 2. rade doposiaľ smrť otca veľmi zle znáša, ide pre neho o nenapraviteľnú stratu.

64. Žalobkyni v 3. rade ako dcére nebohého D. E. B. súd priznal taktiež náhradu nemajetkovej ujmy vo výške 18 000 €. Žalobkyňa v 3. rade mala so svojim otcom vytvorený veľmi intenzívny vzájomný vzťah, bola otcom milovaná, bol pre ňu vzorom a bol vždy jej ochotný pomôcť a poradiť, porozprávať sa. Otec sa o ňu a o brata odmalička príkladne staral, venoval im všetok svoj voľný čas, chodieval s nimi na výlety, na dovolenky a veľmi dbal o to, aby mali aj vzdelanie. Práve on ju podporoval v tom, aby študovala na vysokej škole v Prahe a smrť otca prišla pre ňu veľmi nečakane, v čase keď písala bakalársku prácu, o to ťažšie bolo pre ňu sústrediť sa na štúdium a školu dokončiť. Žalobkyňa v 3. rade ostala žiť v Prahe, po smrti otca dokončila štúdium, keďže vedela, že ku matke sa vrátil domov brat, doposiaľ udržiava intenzívny vzťah s matkou aj s bratom, navzájom sa podporujú a pomáhajú si. Smrť otca ju však emocionálne výrazne zasiahla a mala pre ňu nenapraviteľný následok.

65. Súd pri priznaní výšky náhrady nemajetkovej ujmy u žalobcu v 2. rade a u žalobkyne v 3. rade vychádzal z toho, že išlo o ich otca, ktorého usmrtením stratili blízku osobu, s otcom žili v spoločnej domácnosti až do času, kedy začali študovať na vysokých školách a v čase smrti otca ešte nemali založené svoje vlastné rodiny, preto o to intenzívnejší citový vzťah mali so svojim otcom. Jeho smrťou u obidvoch došlo k nenávratnému pretrhnutiu ich citových väzieb s ich najbližším rodinným príslušníkom, v dôsledku čoho stratili možnosť tento rodinný vzťah do budúcna ďalej zachovávať a napĺňať tak v tejto oblasti aj svoje vlastné citové potreby. Žalobcovia v 2. a 3. rade stratili možnosť so zomrelým prežívať radosti aj starosti každodenného života a deliť sa s ním o životné problémy a osobné úspechy. Súd taktiež vychádzal z toho, akú výšku náhrady nemajetkovej ujmy priznávajú iné súdy v obdobných prípadoch a vychádzal napr. z rozsudku OS Poprad sp. zn. 9C/23/2020-2018 zo dňa 23.8.2022 v spojení

s rozsudkom KS Prešov sp. zn. 25Co/1/2023 zo dňa 12.10.2023, kedy dospelým deťom zomrelého rodiča bola priznaná náhrada nemajetkovej ujmy každému po 15 000 €, z rozhodnutia OS Liptovský Mikuláš sp. zn. 7C/42/2012, kde dieťaťu bola priznaná suma 20 000 €, OS Rimavská Sobota sp. zn. 8C/103/2009 potvrdený rozhodnutím Krajského súdu Banská Bystrica sp. zn. 15Co/171/2012, kde deti mali priznanú sumu po 15 000 €.

66. Žalobkyni v 4. rade súd priznal náhradu nemajetkovej ujmy vo výške 4 000 €, pričom zohľadňoval najmä to, že ako sestra nebohého mala s ním veľmi silný citový vzťah a to aj napriek tomu, že dlhodobo žije v Anglicku a má svoju vlastnú rodinu, avšak s bratom boli v pravidelnom telefonickom kontakte a zverovali sa so svojimi osobnými i rodinnými starosťami i radosťami. Zvlášť veľký význam pre ňu mal brat v čase jej onkologickej choroby, kedy ju veľmi podporoval a povzbudzoval, keďže sa liečila na Slovensku, boli stále spolu a aj vďaka nemu chorobu zvládla. Taktiež sa spolu starali o svoju matku, ktorá mala vážne zdravotné problémy a práve aj z tohto dôvodu sa puto medzi nimi ešte zosilnilo. Navyše brat pomohol aj jej synovi – žalobcovi v 5. rade, ktorý po príchode na Slovensko bol v intenzívnom kontakte s nebohým a tento mu nahrádzal rodičov. Smrť brata bola pre žalobkyňu v 4. rade nečakaná ešte v čase jeho hospitalizácie si telefonovali a po jeho smrti sa to prejavilo aj na jej zdraví. Žalobkyňa v 4. rade prišla o svojho brata, čím stratila spoločenstvo – vzťah s blízkou osobou a došlo na jej strane nepochybne k vážnej citovej ujme a smútku zo straty blízkej osoby. Súd pri ustálení výšky náhrady nemajetkovej ujmy vykonal test proporcionality aj v tomto prípade a vychádzal z rozhodnutí súdov v obdobných veciach, napr. rozhodnutie NS SR 4Cdo 439/2011, kedy súrodencom bola každému priznaná suma po 2 000 €, OS TN 10C/88/2009 potvrdený KS NT sp. zn. 9Co/330/2012, maloletému bratovi priznaná suma 10 000 €.

67. Súd priznal náhradu nemajetkovej ujmy tiež žalobcovi v 5. rade, synovcovi nebohého D. E. B.. Súd mal za preukázané, že žalobca v 5. rade mal s nebohým, ktorý bol zároveň jeho krstným otcom vytvorený veľmi pekný citový vzťah. Pre žalobcu v 5. rade bol nebohý vzorom a zároveň ho aj podporoval, keď sa žalobca v 5. rade vrátil z Anglicka na Slovensko, kde žil s rodičmi. Práve na Slovensku mu jeho krstný otec, ktorý bol policajtom a bol pre neho od detstva vzorom veľmi pomohol v osobnom živote, bol jeho poradcom a intenzívne sa stretávali, keďže bývali blízko seba, vzájomne si pomáhali. Práve preto, že nebohý sa o svoje zdravie staral, počas života chodil do posilňovne a pomáhal žalobcovi v 5. rade aj opraviť dom, stretávali sa aj tri až štyrikrát v týždni. Smrť krstného otca pre žalobcu v 5. rade bola šokom a veľmi zle to psychicky znáša, stále mu chýba. Súd vychádzajúc z uvedeného mal za to, že smrť D. E. B. spôsobila žalobcovi v 5. rade nenahraditeľnú stratu vybudovaných citových väzieb, ktoré s nebohým mal, čím došlo k neoprávnenému zásahu do jeho práva na súkromný a rodinný život, ako pozostalého. Súd v súvislosti s priznaním náhrady nemajetkovej ujmy pre žalobcu v 5. rade poukazuje aj na vyššie citovaný nález ÚS SR sp. zn. II.ÚS 337/2019-51 zo dňa 26.5.2020, v zmysle ktorého je nepochybne úmrtie blízkej ľudskej bytosti zásahom do emocionálnej sféry najbližších rodinných príslušníkov zosnulého. Súd mal za preukázané, že žalobca v 5. rade patril k takýmto rodinným príslušníkom a vzhľadom na uvedené mu priznal nemajetkovú ujmu vo výške 1 500 €.

68. Súd pri priznaní výšky náhrady nemajetkovej ujmy pre žalobcov v 1. až 5. rade vychádzal z toho, že zmyslom náhrady nemajetkovej ujmy v peniazoch je dať do vzťahu mieru ujmy v hodnotách ľudskej osobnosti s konkrétnym finančným vyjadrením náhrady takejto nemajetkovej ujmy. Súd tiež prihliadol na okolnosti, za ktorých k úmrtiu manžela, otca, brata a krstného otca došlo, a teda aj na okolnosti, ktoré sú na strane žalovaného, nakoľko k porušeniu právnej povinnosti zo strany žalovaného došlo v súvislosti s výkonom povolania zamestnancov žalovaného, ktorým nebolo preukázané úmyselné zavinenie, a preto aj okolnosti daného prípadu súd považoval za menej závažné ako napríklad v prípade násilného, či úmyselného konania škodcu.

69. Keďže žalobkyňa v 1. rade žiadala priznať náhradu nemajetkovej ujmy vo výške 50 000 €, žalobca v 2. rade vo výške 50 000 €, žalobkyňa v 3.rade vo výške 50 000 €, žalobkyňa v 4. rade vo výške 25 000 € a žalobca v 5. rade vo výške 25 000 € a súd priznal žalobkyni v 1. rade náhradu nemajetkovej ujmy vo výške 25 000 €, žalobcovi v 2. rade vo výške 18 000 €, žalobkyni v 3. rade vo výške 18 000 €, žalobkyni v 4. rade vo výške 4 000 € a žalobcovi vo výške 1 500 €, v prevyšujúcej časti, v ktorej žalobcovia žiadali priznanie náhrady nemajetkovej ujmy vyššej, než im bola priznaná, súd ich žalobu zamietol.

70. Nárok žalobkyne v 1. rade na náhradu škody z titulu úhrady pohrebných služieb v sume 700 €, súd zamietol. Žalobkyňa v 1. rade si uplatnila tento nárok z dôvodu, že v súvislosti so smrťou manžela D. E. B. uhradila náklady na pomník a tvrdila, že aj keď jej bola fakturovaná suma až 1 500 € vzhľadom na to, že sumu 800 € uhradil policajný zbor SR, keďže nebohý manžel bol policajtom, tak si uplatňuje v tomto konaní nárok na náhradu škody iba vo výške 700 €. Jediný doklad, ktorý žalobkyňa v 1. rade súdu predložila ohľadne uplatneného nároku na náhradu škody, je kópia objednávky na cintorínsku architektúru zo žulových výrobkov, kde je uvedený ako dodávateľ C. D. C., D. a ako odberateľ žalobkyňa v 1. rade. Ďalej je tu rukou napísané, že ide o hrobku pre dve osoby, betónový základ, dekorácia do hrobu, betónovanie spolu vo výške 1 000 € s tým, že dňa 20.11.2019 bola zaplatená záloha 500 € a dňa 20.11.2019 aj suma 500 € za žulový rám s príslušenstvom. Je tu pečiatka a podpis dodávateľa a podpis odberateľa. Z uvedeného je nepochybné, že pokiaľ aj žalobkyňa v 1. rade zaplatila kamenárstvu D. C. sumu 1 000 € dňa 20.11.2019, išlo o sumu 1 000 € a nie 1 500 €, ako to uviedla v žalobe a navyše sa tieto náklady týkajú hrobky pre dve osoby, teda nie iba pre nebohého manžela. Keďže z uvedeného je zrejmé, že nemohla vzniknúť žalobkyni za náklady na hrobku nebohého manžela škoda, tak ako tvrdí, vo výške 1 500 €. Keďže ide o hrobku pre dve osoby a žalobkyňa zaplatila sumu 1 000 €, pre jednu osobu je to 500 €, a keďže policajný zbor uhradil náklady pre jej nebohého manžela v sume 800 €, súd mal za to, že nebol preukázaný predpoklad pre vznik zodpovednosti za škodu, a to škoda ako majetková ujma na strane žalobkyne v 1. rade. Zodpovednosť fyzických alebo právnických osôb za škodu je upravená v § 420 Občianskeho zákonníka. Nárok na náhradu škody je možné uplatniť, ak sú splnené predpoklady zodpovednosti za škodu, a to 1. porušenie právnej povinnosti (existencia protiprávneho úkonu), 2. škoda ako majetková ujma, existencia príčinnej súvislosti medzi protiprávnym úkonom škodcu a vzniknutou škodou a zavinenie toho, kto škodu svojim protiprávnym úkonom spôsobil, ak ide o zodpovednosť za predpokladané zavinenie. Keďže v tomto konaní nebolo preukázané, že žalobkyni v 1. rade vznikla majetková ujma v žalovanom rozsahu, teda škoda ako to tvrdí, súd žalobu ohľadne tohto nároku žalobkyne v 1. rade zamietol.

71. O návrhu žalovaného na prerušenie konania do skončenia trestného konania, ktoré sa vedie voči ošetrujúcim lekárom nebohého D. E. B. súd rozhodol tak, že tento návrh zamietol. V zmysle § 164 CSP, ak súd neurobí iné vhodné opatrenia, môže konanie prerušiť, ak prebieha súdne, alebo správne konanie, v ktorom sa rieši otázka, ktorá môže mať význam pre rozhodnutie súdu, alebo ak súd dal na také konanie podnet. V tomto konaní súd rieši priznanie nemajetkovej ujmy z titulu občianskoprávnej ochrany osobnosti, ktorá je na rozdiel od administratívnej a trestnoprávnej založená na objektívnom zodpovednostnom princípe a na vznik zodpovednosti podľa noriem občianskeho práva nie je potrebný subjektívny predpoklad spočívajúci v zavinení. Trestné konanie sa vedie na tunajšom súde pod sp. zn. 8T/1/2023, a to proti ošetrujúcim lekárkam nebohého D. E. B., ktoré doposiaľ nie je právoplatne skončené. Vzhľadom na to, že zodpovednosť pri občianskoprávnej ochrane osobnosti je iná než zodpovednosť trestnoprávna, súd vyhodnotil, že nebolo potrebné prerušiť toto občianskoprávne konanie do skončenia trestného konania, ako to navrhol žalovaný, keďže či už oslobodzujúci, alebo iný rozsudok v trestnom konaní, nemôže mať význam pre rozhodnutie súdu v konaní o občianskoprávnej ochrane osobnosti.

72. O náhrade trov konania súd rozhodol, pokiaľ ido o nároky žalobcov na náhradu nemajetkovej ujmy, v zmysle § 255 ods. 1 CSP a priznal žalobcom v 1. až 5. rade, každému z nich plnú náhradu trov konania z prisúdenej sumy. Súd vychádzal z toho, že aj keď nebola žalobcom v 1. až 5. rade priznaná celá výška náhrady nemajetkovej ujmy, tak ako ju žiadali v žalobe, ale nižšia náhrada, ide o konanie, v ktorom výška

plnenia závisí od úvahy súdu, alebo znaleckého posudku. Preto v tomto prípade nejde o neúspešných žalobcov, ak im bola priznaná aspoň časť žalobou uplatneného nároku, keďže nemožno žalobcov zaťažiť procesnou zodpovednosťou za predvídanie výsledku na základe úvahy súdu, alebo znaleckej činnosti. Pri rozhodovaní o náhrade trov konania bral súd na zreteľ, čo je základné, a čo sprevádzajúce. Za základné treba považovať rozhodnutie, že do práva žalobcov bolo zasiahnuté a výška ujmy je už v tomto prípade druhotná a nadväzujúca. Súd v súvislosti s tým poukazuje aj na rozhodovaciu prax najvyšších súdnych autorít, napr. nález Ústavného súdu SR zo dňa 15.4.2020, sp. zn. II.ÚS 399/2019, v ktorom bola vyslovená právna veta: „Aj napriek tomu, že nepatrný úspech už civilný sporový poriadok nepozná (a preto pri rozhodovaní o nároku na náhradu trov sa podľa CSP zohľadňuje každý neúspech), ani nová právna úprava nevylučuje osobitný režim posudzovania úspechu v konaní a nárokov na náhradu v prípadoch, keď výška plnenia závisela od znaleckého posudku, alebo úvahy súdu, a to z hľadiska výsledku v zásade zhodne, ako podľa doterajšej úpravy“.

73. Pokiaľ ide o nárok žalobkyne v 1. rade na náhradu škody za náklady za pomník, keďže žaloba v tejto časti bola zamietnutá, v tomto prípade bola žalobkyňa v 1. rade neúspešná, a preto súd ohľadne tohto nároku na zaplatenie náhrady škody vo výške 700 € priznal nárok na náhradu trov konania úspešnému žalovanému od žalobkyne v 1. rade, v zmysle § 255 ods. 1 CSP.

74. O výške náhrady trov konania súd rozhodne po právoplatnosti rozhodnutia, ktorým sa konanie končí, a to v samostatnom uznesení, ktoré vydá súdny úradník (§ 262 ods. 2 CSP).

Poučenie:

Proti tomuto rozsudku možno podať odvolanie do 15 dní od jeho doručenia prostredníctvom tunajšieho súdu (Okresný súd Michalovce) na Krajský súd v Košiciach, písomne v troch jeho vyhotoveniach. (§ 362 ods. 1 CSP)
V odvolaní sa má popri všeobecných náležitostiach podania (§ 127 ods. 1 CSP) uviesť, proti ktorému rozhodnutiu smeruje, v akom rozsahu sa napáda, z akých dôvodov sa rozhodnutie považuje za nesprávne (odvolacie dôvody) a čoho sa odvolateľ domáha (odvolací návrh). (§ 363 CSP)
Odvolanie proti rozsudku možno odôvodniť len tým, že:
a) neboli splnené procesné podmienky,
b) súd nesprávnym procesným postupom znemožnil strane, aby uskutočňovala jej patriace procesné práva v takej miere, že došlo k porušeniu práva na spravodlivý proces,
c) rozhodoval vylúčený sudca alebo nesprávne obsadený súd,
d) konanie má inú vadu, ktorá mohla mať za následok nesprávne rozhodnutie vo veci,
e) súd prvej inštancie nevykonal navrhnuté dôkazy, potrebné na zistenie rozhodujúcich skutočností,
f) súd prvej inštancie dospel na základe vykonaných dôkazov k nesprávnym skutkovým zisteniam,
g) zistený skutkový stav neobstojí, pretože sú prípustné ďalšie prostriedky procesnej obrany alebo ďalšie prostriedky procesného útoku, ktoré neboli uplatnené, alebo
h) rozhodnutie súdu prvej inštancie vychádza z nesprávneho právneho posúdenia veci.
(§ 365 ods.1 CSP)
Prostriedky procesného útoku alebo prostriedky procesnej obrany, ktoré neboli uplatnené v konaní pred súdom prvej inštancie, možno v odvolaní použiť len vtedy, ak
a) sa týkajú procesných podmienok,
b) sa týkajú vylúčenia sudcu alebo nesprávneho obsadenia súdu,
c) má byť nimi preukázané, že v konaní došlo k vadám, ktoré mohli mať za následok nesprávne rozhodnutie vo veci alebo
d) ich odvolateľ bez svojej viny nemohol uplatniť v konaní pred súdom prvej inštancie.
(§ 366 CSP)
Rozsah, v akom sa rozhodnutie napáda, môže odvolateľ rozšíriť len do uplynutia lehoty na podanie odvolania. (§ 364 CSP)
Odvolacie dôvody a dôkazy na ich preukázanie možno meniť a dopĺňať len do uplynutia lehoty na podanie odvolania. (§ 365 ods. 3 CSP)

Žalobu nemožno v odvolacom konaní meniť a nemožno uplatniť práva voči žalobcovi vzájomnou žalobou. (§ 371 a § 372 CSP)
Ak povinný dobrovoľne nesplní čo mu ukladá vykonateľné rozhodnutie, oprávnený môže podať návrh na vykonanie exekúcie podľa osobitného zákona a to Exekučného poriadku a o zmene a doplnení ďalších zákonov v znení neskorších predpisov.