

**A Kúria
mint felülvizsgálati bíróság
ítélete**

Az ügy száma: Pfv.VI.20.162/2026/4.

A tanács tagjai: Dr. Döme Attila a tanács elnöke
Dr. Farkas Antónia előadó bíró
Dr. Madarász Anna bíró
Dr. Simonné dr. Gombos Katalin bíró
Dr. Tibold Ágnes bíró

A felperes: név és cím

Az alperes: név és cím

Az alperes jogi képviselője: Dr. Sándor Attila ügyvéd

Az alperesi beavatkozó: név és cím

Az alperesi beavatkozó jogi képviselője: Dr. Hadházi Éva ügyvéd

A per tárgya: kártérítés, sérelemdíj megfizetése

A felülvizsgálati kérelmet benyújtó fél: az alperes

A másodfokú bíróság neve és a felülvizsgálni kért jogerős határozat száma:

Szekszárdi Törvényszék 16.Pf.20.307/2025/8. számú közbenső ítélete

Az elsőfokú bíróság neve és határozatának száma:

Szekszárdi Járásbíróság 10.P.20.497/2021/107. számú végzéssel kijavított,
10.P.20.497/2021/106. számú ítélete

Rendelkező rész

A Kúria a jogerős közbenső ítéletet hatályon kívül helyezi és az elsőfokú bíróság ítéletét helybenhagyja.

Kötelezi a felperest, hogy fizessen meg az alperesnek 15 napon belül 200.000 (kétszázezer) forint, a beavatkozónak 50.000 (ötvenezer) forint másodfokú perköltséget.

A meg nem fizetett 1.718.400 (egymillió-hétszáztizennyolcezer-négyszáz) forint fellebbezési és 70.000 (hetvenezer) forint felülvizsgálati eljárási illeték az állam terhén marad.

Az ítélet ellen felülvizsgálatnak nincs helye.

Indokolás

A felülvizsgálat alapjául szolgáló tényállás

[1] A felperes festőként dolgozott, 2014. év óta nyugdíjas. 2016. március 30-án otthonában szigetelési munkák közben két méter magasból leesett, oldalára zuhant, bal térde megsérült, a bal sípcsont közeli végén ízületbe hatoló darabos törést (C3 törést) állapítottak meg. A felperes lábát fekvőbeteg ellátás keretében – a végtag rögzítése és a fájdalom csökkentése érdekében is – a sarkába épített vassal húzták, majd 2016. április 1-jén megműtötték. A műtétet követően az intenzív osztályon, majd a traumatológián folytatódott a felperes kezelése, ennek során antibiotikumot is kapott. A 2016. április 4-i röntgen szövödmény nélküli műtét utáni állapotot írt le, a felperest 2016. április 14-én bocsátották otthonába, sebe gyógyult volt, lábát térdrogzítóval rögzítették, járókerettel közlekedett, terhelés nélküli mankózást javasoltak.

[2] Ezt követően a felperes rendszeresen megjelent kontrollvizsgálatokon, 2016. június 29-én nála terhelésre ízületi fájdalom jelentkezett. 2016. augusztus 3-án trauma utáni térdízületi kopásos elváltozást írtak le, a lemez eltávolítását tervezték. 2016. szeptember 15-én a felperest a protézis beültetést megelőző fémeltávolítás céljából felvették az alperesi intézménybe. Szeptember 16-án a műtétet elvégezték, a Liss lemezt és a lemezt rögzítő csavarok közül az egyiket eltávolították, a kisebbet azonban nem, mert nagy csonttronsolással járt volna, azt a protézis beépítéskor tervezték eltávolítani. A műtėti jegyzőkönyv szerint a csonttörés gyógyultnak látszott, vérzés nem volt, „drain felett sebzáras” történt. Gyógyszeres kezelésként a vérhígítás mellett Augmentin antibiotikumot és fájdalomcsillapítót alkalmaztak. A felperes szeptember 17-én láztalan volt, kis fájdalmat érzett a térde táján, emiatt jegelték. A szeptember 18-i kötéscsere során sebe rendben volt, láztalan volt. Szeptember 19-én gépi tornáztatást kezdtek nála napi 45-45 percben. A torna harmadnapján a felperes már állandó fájdalomra panaszkodott, a sebből – annak középső harmadában a varratok között – barnás váladék ürült. Ekkor leoltást végeztek, ami Staphylococcus aureus baktériumot mutatott ki. A műtétet végző orvos a varratokat eltávolította, a draint visszahelyezte, sebkötözés történt. Szeptember 22-én, majd a következő napokban is kötéscsere volt. Szeptember 21-től a felperes ismét Augmentin antibiotikumot kapott. Szeptember 27-én a seb váladékozása minimális volt, a felperes felkelt, a traumatológián a krónikus részlegre helyezték.

[3] Mivel a felperes sebe nem gyógyult, október 4-én feltárták, spinális érzéstelenítés mellett csonttisztítást végeztek. Az ekkor történt mintavételből vett váladék is Staphylococcus aureus baktériumot mutatott ki. A felperes Augmentint kapott és a lágyrészbe egy PMMA lánc behelyezése történt, ami nagy koncentrációban tartalmazott antibiotikumot, így lokálisan a fertőzött területen is ki tudta fejteni hatását. A felperest 2016. október 16-ig kezelték az alperesi intézményben fekvőbeteg ellátás keretében eredeti törés, a trauma utáni térdízületi kopás, műtét utáni fertőzés és ízületi gyulladás, nem meghatározott gennykeltő kórokozó miatt.

[4] A felperesnek otthonába bocsátásakor fájdalma nem volt, láztalan volt, sebet gyógyultnak nyilvánították. A 2016. október 26-i kontrollon Cifloxin antibiotikumot írtak fel, mert a háziorvos az antibiotikumot már nem akarta felírni a felperesnél jelentkező bőrkiütések miatt. Ezt követően a kontrollvizsgálatok folytatódtak, december 23-án bennfekvést javasoltak. A 2017. január 4-i kontrollon rögzítették, hogy sipolya megszűnt. A 2017. február 15-i kontrollon április 5-i felvételt és térdprotézis beültetést javasoltak beutalók kiadásával. Február 22-én Aktil duót írtak fel, amoxicillin és clavulansav kombinációjára épülő antibiotikumot, azt a műtéig javasolták szedni. A 2017. március 19-i kontrollon a felperes elmondta, hogy panaszai javultak, térdízületi protézis beültetést nem kért. Sipolya nem volt, a térdízületben 15 fokos hajlításos kontraktúrát rögzítettek folyadék nélkül.

[5] 2017. április 2-án a felperes az alperesi intézményben jelezte, hogy két napja ismét sipolyozik a műtėti sebe, ekkor váladék nem volt, a felperes láztalan volt, térdízületi fájdalom nem jelentkezett nála. Az elváltozást feltárták, a korábban behelyezett genta gyöngysort

eltávolították és drain behelyezés céljából az osztályra másnap felvették. A diagnózis: Staphylococcus okozta ízületi gyulladás a korábbi töréses elváltozás és trauma utáni térdkopás mellett. 2017. április 5-én a korábbi műtési területre műtési úton PMMA láncot helyeztek be és szívó-öblítő draint. Tapasztalták, hogy a csontpótlás nem épült be a csontba és csontelhalást is tapasztaltak, az eltávolításra került. Az ekkor levett sebfelszíni minta Staphylococcus aureust mutatott ki. A szívó-öblítő draint a műtétet követő negyedik napon csődugulás miatt meg kellett szüntetni, a felperes saját kezűleg öblítést végzett injekciós tűvel a drainen keresztül fertőtlenítő anyaggal akként, hogy a fecskendőt a nővér töltötte meg. Április 14-én hazabocsátották, sebe gyógyuló volt, láztalan volt, antibiotikumot írtak fel.

[6] 2017. április 26-án a felperes a borseb tájékán ismét feszülést, fájdalmat érzett, láza nem volt. A paksi rendelőintézetben rögzítették, hogy a sebből gennyes váladék ürült, az alperesi intézménybe küldték, ott a korábbi műtési területen a bemetszésből a váladékozást észlelték, leoltást végeztek és osztályos felvételt javasoltak. Másnap a traumatológián a sebből vett minta a Staphylococcus aureust mutatott ki. A felperesen testszerte bőrelváltozások jelentkeztek, ezért bőrgyógyászati konzíliumot kértek, az rühességet véleményezett, annak csökkentésére kenőcsöt és Cefazolin antibiotikumot kapott véralvadásgátlás és fájdalomcsillapítás mellett. A felperes hazabocsátását kérte és 2017. május 3-án távozott, mert úgy érezte, hogy nem kap megfelelő ellátást. Otthonában Tarivid antibiotikum szedését és a vérhígító kezelés folytatását javasolták.

[7] A felperest 2017. július 27-e és augusztus 2-a között egy budapesti kórházban kezelték, szeptikus műtétet végeztek, fixateur nyársakat vezettek a csontokba és egy ízületet áthidaló fixálást alakítottak ki. A július 31-i mikrobiológiai vizsgálat Staphylococcus aureust mutatott ki, a célirányú MRSA vizsgálatok negatívak voltak. 2017 őszén újból itt kezelték a felperest, külső rögzítőt helyeztek be és az ízület elmerevítésével a gyulladásos folyamatot felszámolták. 2018 júniusában térdízületi protézist helyeztek be, szövődményt nem észleltek. Ezt követően a felperest elmerevedett ízület és izom felszabadítására, szeptikus térdprotézis reimplantációra vették fel, a műtét során gennyváladékot találtak, ezért a tervezet beavatkozás elmaradt. A fertőzött bal lábrészt 2018. október 18-án térd felett 10 cm-rel amputálni kellett.

A kereseti kérelem és az alperes védekezése

[8] A felperes megváltoztatott keresetében kérte, hogy a bíróság kötelezze az alperest 10.000.000 forint sérelemdíj és kamata, továbbá 6.653.630 forint kártérítés, valamint 5.400.000 forint lejárt általános kártérítési járadék és 2021. október 1-től kezdődően havi 90.000 forint általános kártérítési járadék megfizetésére. Keresetét az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 7. § (1) és (2) bekezdésére, 77. § (3) bekezdésére, a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban: Ptk.) 2:52. §-ára, 2:53. §-ára, 6:519. §-ára, 6:522. § (1) és (2) bekezdés a), b), c) pontjára, 6:527. § (2) bekezdésére, 6:531. §-ára és 6:532. §-ára alapította. Hivatkozott arra, hogy az alperes nem tartotta be a vonatkozó szakmai szabályokat, ezért az alperesi intézményben kapott műtét utáni fertőzés következményeként vesztette el bal lába jelentős részét.

[9] Az alperes ellenkérelmében a kereset elutasítását kérte. Vitatta, hogy az amputációval okozati összefüggésben állt az alperesi gyógykezelés bármely eseménye, így álláspontja szerint a 2016. szeptember 16-i lemezkivételi műtétet követően észlelt fertőzés kialakulása sem esik a felelősségi körébe.

[10] Az alperes pernyertessége érdekében beavatkozott biztosító egyetértett az alperes ellenkérelmében foglaltakkal és szintén a kereset elutasítását kérte.

Az elsőfokú ítélet és másodfokú közbenső ítélet

[11] Az elsőfokú bíróság az alperesnek járó perköltség összegében kijavított ítéletével a keresetet elutasította. Indokolásában hangsúlyozta, hogy a felperesnek nem sikerült

bizonyítania: az alperesi intézményben MRSA fertőzést kapott, ezért az erre a fertőzésre vonatkozó módszertani levelek és a protokoll be nem tartása miatt az alperest felelősség nem terhelheti. Az aggálytalannak elfogadott szakértői vélemény alapján kiemelte, hogy a felperes balesete olyan körülmények között történt, ami nagy esélyt teremtett *Staphylococcus aureus* fertőzés kialakulására és a műtétek ellenére nem zárható ki: valamely szövetben megmaradt olyan baktérium-maradvány, amely a szervezetet ért behatás hatására ismét fellángoló fertőzés formájában jelentkezett. Rámutatott arra, hogy a felperes fertőzése egy általánosan elterjedt gennykeltő baktérium által okozott fertőzés volt és antibiotikummal kezelhető, ahogy az történt a felperesnél is. Hangsúlyozta azt is, hogy a felperes sebe annak keletkezési körülményei miatt az első pillanattól kezdődően fertőzöttnek minősült, a kórokozók teljes kiirtása azonban nem mindig lehetséges.

[12] Az elsőfokú bíróság úgy ítélte meg, hogy a műtetre indokoltan került sor, mert a csontok törése és részbeni összeesése csak így volt helyreállítható. A szakértői vélemény alapján megállapította, hogy a felperes antibiotikus kezelése folyamatosan adekvát és célzott volt, a fertőzése nem az egészségügyi ellátásával függött össze, amely megfelelt a szakma szabályainak, hanem a sérülése jellegével. Utalt arra, hogy a szakértő a felperesnél észlelt bőrelváltozás diagnosztizálása terén állapította meg a háziorvosi, rendelőintézeti ellátás késedelemét azzal, amely nem állt okozati összefüggésben a fertőzéssel, ugyanis annak a térd gyógyulása szempontjából nem volt jelentősége, de alapot adhatott az előírt antibiotikus kezeléstől eltérésre. Kiemelte: az amputáció indikációja az volt, hogy a három éve kiújulóan jelentkezett fertőzésnek a sérülés környezetében terjedése a beteg életét veszélyeztető volt, a felperesnél minden beavatkozás megtörtént a gyulladásos folyamat kiküszöbölésére. Utalt arra is, hogy a Liss lemez szokványosnál korábbi kivétele szakmailag indokolt volt a felperesnél jelentkező fájdalom miatt, aminek hátterében valószínűleg a lappangó fertőzőes gyulladás állt. Hangsúlyozta: a kivétel a gyógyulás elősegítését célozta, de arra garanciát nem jelentett.

[13] A gyógyulási esély elvesztésére alapított igény kapcsán az elsőfokú bíróság a bírói gyakorlat figyelembevételével úgy foglalt állást, hogy ez a felróhatóság körében értékelhető körülmény sem alapozta meg a felperes kereseti igényeit. Rámutatott, hogy a 2016. szeptember 16-i műtét utáni ellátásra vonatkozóan – amely időszakban végzett ellátással kapcsolatban tett megállapításokat a szakértő a gyógyulási esélyről – a felperes kifogásolta az alperesi intézményben keletkezett dokumentáció tartalmát, azonban felhívásra bizonyítási indítványt csupán a későbbiekben, a per érdemi szakában terjesztett elő, azt a Pp. utólagos bizonyítás törvényi feltételeinek fennállta hiányában az elsőfokú bíróság nem fogadta el, megjegyezve azonban, hogy az eljárási feltételek fennállta esetén sem lett volna a tanúvallomás bizonyításra alkalmas. Az elsőfokú bíróság a 2016. szeptember 15-27. közötti időszakra vonatkozó orvosi iratokat az ellátás eseményeit igazoló okirati bizonyítéknak fogadta el. Rámutatott arra is, hogy a műtét utáni ellátásra kialakult általános gyakorlatnak megfelelő, szeptember 18-21-i sebellenőrzést nem volt késedelmes, ugyanakkor az eset szövődményessége miatt fokozott megfigyelés indokolt lehetett volna. Hangsúlyozta: a felperes gyógyulási esélye csupán a gennyes folyamat korábbi felismerésével lett volna növelhető, de a fertőzés felszámolása szakértői bizonyossággal ebben az esetben sem volt állítható. Utalt arra, hogy a fertőzés felismerését követően az alperesi intézményben az összes szükséges kezelés megtörtént. A szakértői vélemény alapján az elsőfokú bíróság azt állapította meg, hogy a korábbi sebellenőrzés mellett az amputáció elkerülésének az esélye olyan kis mértékű lett volna, ami nem tekinthető reálisnak. A felperesi igény jogalapjának bizonyítatlanságára tekintettel az elsőfokú bíróság a keresetet elutasította, ezért az összecszerzés tárgyában bizonyítást nem folytatott le.

[14] A felperes fellebbezése folytán eljáró másodfokú bíróság közbenső ítéletével az elsőfokú bíróság ítéletét megváltoztatta és megállapította az alperes sérelemdíj iránti, valamint teljes kártérítési felelősségét a felperes 2016. szeptember 16. napján kezdődő kezelése alatt bekövetkezett károkért és nem vagyoni sérelmekért. A követelés összecszerúsége és a perköltségek viselése tárgyában az elsőfokú bíróságot az eljárás folytatására utasította.

[15] Indokolása szerint annak a megítélése, hogy az alperes a kellő gondosság követelményének megfelelő ellátást biztosított-e a felperesnek, szakkérdéseket vetett fel, ezért a kereset jogalapjának elbírálásához aggálytalan szakvélemény beszerzése volt szükséges. Megállapította, hogy a többszörösen kiegészített szakértői vélemény aggálytalanak minősült.

[16] A másodfokú bíróság a szakértői vélemény alapján vizsgálta, hogy van-e és ha igen, milyen okozati összefüggés van a felperes ellátása és a lábának amputációja között. Figyelemmel volt arra, hogy a felperest a 2016. szeptember 16-i műtétet követően 2017. május 3-ig kezelték az alperesi intézményben, ezt követően az ellátása más egészségügyi intézményben folyt.

[17] A rendelkezésre álló bizonyítékok alapján úgy ítélte meg, hogy a közvetlen okozati összefüggés nem állapítható meg, megállapította, hogy a felperes nem MRSA fertőzés következtében vesztette el a bal lába jelentős részét, hanem az ellátása során vett minták minden esetben a *Staphylococcus aureus* fertőzést igazoltak, amelyet minden alkalommal adekvátan kezeltek.

[18] Kifejtette, hogy a felperesnek a keresete megalapozásához felhozott érvei a 2016. szeptember 16-i műtétet követő ellátásához kapcsolódtak, a műtétet követő napokban történt kezelés, sebellátás orvosi dokumentálását a felperes mindvégig vitatta a perben, az elsőfokú bíróság egyéb bizonyíték hiányában a dokumentációban rögzített szeptember 18-i kötéscserét tényként fogadta el és az így rendelkezésre álló peradatok alapján helyezkedett arra az álláspontra, hogy az alperes a 2016. szeptember 16-21. közötti időszakban is a szakmai szabályoknak megfelelő és kellően gondos ellátást biztosított a felperesnek.

[19] A másodfokú bíróság következtetése szerint viszont amennyiben a felperes a 2016. szeptember 21-én történt sebellenőrzést megelőzően hatékonyabb kezelést kapott volna, kis mértékben esélye lett volna az amputáció elkerülésére. Nem értett egyet az elsőfokú bíróság álláspontjával abban, hogy ez az esély nem volt reális. Kiemelte: a beteg gyógyulási esélyének mint a bírói gyakorlattal kialakított jogintézménynek a jelentősége jelen esetben az, hogy az alperes felelősségének fennállta megállapítható, ha az alperes mulasztása közrehatott a következmény kialakulásában, abban, hogy az amputáció szükségessé vált, és ha az alperes nem mulaszt, a betegnek esélye lett volna az amputáció elkerülésére. Hivatkozott az alapszakvéleményben foglaltakra, amely szerint az alperes terhére késedelem volt megállapítható, amennyiben a 2016. szeptemberi műtét utáni sebellenőrzés más módon történt volna, a gennyes folyamat korábbi felismerése nagyobb esélyt adott volna a hatékony kezelésre és az amputáció elkerülésére azzal, hogy szakértői bizonyossággal nem volt megállapítható a fertőzés biztos felszámolása a felperes esetében. A másodfokú bíróság utalt arra, hogy a szakértő ezt az esélyt minden alkalommal igen kismértékűnek jelölte, ugyanakkor hangsúlyozta: a bíróságnak az eset összes körülményének mérlegelésével kell állást foglalnia arról, hogy a betegnek reális esélye volt-e a gyógyulásra. A másodfokú bíróság mérlegelte a szakértőnek a 2016. szeptember 16-i műtéttel kapcsolatos – már az alapszakvéleményben megjelenő – megállapításait is. Kiemelte, hogy a 2016. áprilisi műtétet követően a felperesnél szokatlanul gyors ízületi kopásos és csonttritkulásos folyamat indult el, ami egy szövödményes gyógyulást jelzett. Jelentőséget tulajdonított az orvos tanúvallomásának is, amely az első műtét után az augusztusi kontrollon tapasztalt

gyulladásveszélyes helyzetről beszélt, amit a magas CRP eredmény mutatott a rendkívül gyorsan előrehaladó ízületi kopással összefüggésben és ehhez kötötte a vártnál korábbi fémeltávolítás, valamint az antibiotikus kezelés megkezdésének szükségességét. Rámutatott arra: a tanúvallomás szerint az augusztusi kontrollig a törésnek meg kellett volna gyógyulnia, az ekkor kötelező röntgen pedig „nem volt szép”. Ennek a tényállási elemnek azért tulajdonított jelentőséget, mert a 2016. szeptember 16-i műtetre a felperesnek az augusztusi kontrollon észlelt állapota miatt került sor a tervezettnél korábban és a szakértő emiatt, az eset szövődményessége miatt tartotta volna indokoltnak a 2016. szeptember 16-i műtétet követően a fokozott megfigyelést az alperesi intézményben. Hangsúlyozta: a 2016. szeptember 16-i műtétet követően célszerű lett volna minden nap szakorvos által megnézni a sebet, amelynek során a gennyes folyamat korábbi észlelése és korábban megkezdődő hatékonyabb kezelése esélyt adott volna a felperes számára a fertőzés következményének, az amputációnak az elkerülésére. Utalt arra, hogy a napi sebellenőrzésről az orvosi dokumentáció nem tartalmazott adatot. A másodfokú bíróság úgy ítélte meg, hogy a megfelelő sebkezelés a fertőzés hatékonyabb kezelését jelentette volna, ezért reális esélyt jelentett volna a felperes számára a fertőzés miatt szükségessé váló amputáció elkerülésére. Kiemelte: a felperes műtét előtti állapota, a lemez szokványosnál korábbi kivételét indokoló tünetek háttérében a lappangó fertőzőes gyulladás gyanújának fennállása miatt a 2016. szeptember 16-i műtét utáni napokban, a fertőzés szeptember 21-i kötéscsere során történt felismeréséig eltelt időben az alperes az indokolt fokozott sebellenőrzés elmulasztásával késedelmeskedett a fertőzés felismerése és kezelése terén, a késedelem rontotta a felperes esélyét az amputáció elkerülésére. A másodfokú bíróság mindezek alapján úgy foglalt állást, hogy ebben az oksági folyamatban a szakértői megállapításokkal igazoltan az alperes a mulasztása alól nem mentette ki magát sikerrel, e felróható magatartása miatt az alperes felelősségét közbenső ítélettel megállapította a felperest ért egészségérelem bekövetkezéséért.

A felülvizsgálati kérelem és ellenkérelem

[20] A jogerős közbenső ítélet ellen az alperes terjesztett elő felülvizsgálati kérelmet, amelyben annak hatályon kívül helyezése mellett az elsőfokú bíróság ítéletének a helybenhagyását kérte.

[21] Megsértett jogszabályhelyként a polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvény (a továbbiakban: Pp.) 2. § (1) bekezdését, 263. § (1) bekezdését, 279. § (1)-(3) bekezdéseit, 300. § (1) bekezdését és 316. § (1) bekezdését jelölte meg. Hivatkozott arra is, hogy a másodfokú bíróság közbenső ítélete ellentétes a Kúria Pfv.22.388/2016/6., Pfv.20.472/2022/4., Pfv.22.375/2016/6., Pf.21.492/2021/8. és 20.381/2015/4. számú határozataival is.

[22] Hivatkozott arra, hogy a másodfokú bíróság a gyógyulási esély szakkérdésénél mellőzte a szakértő megállapítását és saját maga tett orvosszakmai megállapítást. Kifogásolta, hogy a másodfokú bíróság a szakértői nyilatkozatokat csak részben vette helyes tényszerűséggel figyelembe.

[23] Hangsúlyozta, hogy korábbi sebellenőrzés mellett sem lett volna a felperesnek reális esélye az amputáció elkerülésére. Egyetértett az elsőfokú bírósággal abban, hogy az egyértelmű ítélkezési gyakorlatnak megfelelően a gyógyulási esély kérdését orvosszakmai feladatként kell figyelembe venni és a gyógyulási esély realitási helyzetének meglétét kell vizsgálni. Kifejtette, hogy a másodfokú bíróság ettől eltérő bizonyítékértékelésének elfogadható érvelését nem tudta adni.

[24] Az alperes állította: szükséges kitérni időbeliségi kérdésekre is, amelyek álláspontja szerint a jogerős közbenső ítélet helytelenségét támasztják alá. Hangsúlyozta: a felperes alperesi gyógyintézetben történő gyógykezelése a 2016. március 30-án bekövetkezett

balesetét követően kezdődött és 2017. május 3-ig tartott, ezt követően 2017. július 7-től a 2018. október 18-án bekövetkezett végtag amputációig a felperest Budapesten kezelték. Rámutatott arra, hogy a gyógyulási esély elvesztésével oksági kapcsolatba hozott ellátási események 2016. szeptember 16-21. közti időszakban történtek. Érvelése szerint a szakértő ellátási késedelmet a sebellenőrzésre vonatkozóan látott megállapíthatónak, amit a 2. kiegészítő szakvélemény 3. kérdésre adott válasza a 2016. szeptember 16-a és 2016. szeptember 27-e közötti időszakra rögzített és mulasztási eseményként a seb átkötözését jelölte meg. Az alperes részletesen levezette, hogy a dekurzálás bejegyzései szerint ez a mulasztás nem állt fenn, az alperesi vizsgálatok és ápolási események során gennyes folyamatra utaló körülmény nem volt. Kiemelte: nincs arra bizonyított tény, hogy a gennyesedés 21-ét megelőzően fennállt és annak észlelésére sor kerülhetett volna, ugyanakkor ezen időszakban elvégzett vizsgálatok tipikusan olyan kezelési események, amelyek gyulladásos, gennyesedéssel járó szövődményi folyamatok esetében látható képi megjelenést és a betegnél meglévő fájdalmat jelentettek volna. Állította, hogy nincs arra szakértői bizonyosságú tényközlés, megállapítás, amely szerint 2016. szeptember 21-ét megelőzően fennállt volna a felperesnél gennyesedés. Utalt arra is, hogy 2016. szeptember 18-án kötéscsere történt, amely az alperes részéről megfelelő ellátás volt a szakértői vélemény alapján. Kiemelte, hogy 2016. szeptember 21-e 10:44 órájáig eltelt két és fél nap időtartamban kellett volna bekövetkeznie olyan visszafordíthatatlan folyamatnak, amelyből orvosszakmailag állíthatóan a betegnél elháríthatatlanul – több mint két évvel később – 2018. október 18-án végtag amputációra került sor más egészségügyi intézmény ellátásának a folyamatában. Érvelése szerint a perbeli nyilatkozatokkal, kórdokumentációval e tekintetben felvetődő mulasztás alól az alperes kimentette magát.

[25] Az alperes utalt arra is, hogy az amputáció közvetlen előzménye kórdokumentáltan rögzített ellátási folyamatban történt, teljesen függetlenül az alperesi ellátástól. Hangsúlyozta: a felperesnél a fertőzőes folyamat rendeződést mutatott a 2017. év végére. Utalt arra, hogy a budapesti kórházban 2018. március 9-én mikrobiológiai mintavétel történt a felperesnél tervezett térdprotézis beültetés műtét előkészítése során, amely ekkor még negatív eredményt adott, a fertőzés két héttel később következett be, amely megghiúsította a protézis beültetését. Ezt követően a felperest 2017. július 27-e és augusztus 2-a között a budapesti kórházban kezelték, szeptikus műtétet végeztek, fixateur nyársakat vezettek a csontokba és egy ízületet áthidaló fixálást alakítottak ki, a július 31-i mikrobiológiai vizsgálat Staphylococcus aureust mutatott ki. Az alperes előadta azt is, hogy 2017 őszén a felperest ismét a budapesti kórházban kezelték, külső rögzítőt helyeztek be és az ízület elmerevítésével a gyulladásos folyamatot felszámolták. Hangsúlyozta, hogy 2018. júniusában a felperesnél térdízületi protézist helyeztek be, szövődményt ekkor nem észleltek. Ezt követően a felperest elmerevedett ízület és izom felszabadítására, szeptikus térdprotézis reimplantációra vették fel, a műtét során gennyváladékot találtak, ezért a tervezett beavatkozás elmaradt, a fertőzött bal lábrészt 2018. október 18-án térd felett amputálni kellett.

[26] Mindezekre figyelemmel az alperes a szakértői vélemény alapján hivatkozott arra a felülvizsgálati kérelmében, hogy a sebkötözés tekintetében meglévő késedelem érdemben nem rontotta a felperes gyógyulási esélyét, az esetlegesen 1-2 nappal korábbi gennyesedési folyamat adekvát ellátása sem teremtett volna érdemi, reális esélyt a felperesnél zajló gyulladás megszüntetésére. Kiemelte, hogy a szakértő által meghatározott „ici-picit” nagyobb esélyt reális esélynek minősíteni nem lehet, az kifejezetten orvosszakértői véleményalkotást jelentene, amelyet az eljárás másodfokú bírósága nem tehetett volna meg. Megjegyezte, hogy a felperes szakértői véleményt támadó, a szakvélemény kiegészítést, vagy annak mellőzését, akár új szakértő kirendelését célzó indítványt nem tett. Állította, hogy a másodfokú bíróság az ítélezési gyakorlattal ellentétesen és perrendtartásba ütközően végezte el a

bizonyítékértékelési feladatát, és téves ténybeli megállapításra és jogkövetkeztetésre jutott, amely az ügy érdemi elbírálására kihatott.

[27] A személyesen eljáró felperes a felülvizsgálati eljárásban érdemi ellenkérelmet nem terjesztett elő.

[28] Az alperes pernyertessége érdekében beavatkozó biztosító a felülvizsgálati eljárásban szintén nem terjesztett elő érdemi kérelmet.

A Kúria döntése és jogi indokai

[29] A felülvizsgálati kérelem alapos.

[30] A Pp. 406. § (1) bekezdése értelmében a jogerős ítélet felülvizsgálatát az ügy érdemére kiható jogszabálysértésre, illetve a Kúria közzétett határozatától jogkérdésben való eltérésre hivatkozással lehet kérni. A felülvizsgálat rendkívüli perorvoslati jellegéből következik, hogy a Kúria kizárólag a felülvizsgálati kérelmet előterjesztő fél által megjelölt, tartalmában is kifejtett anyagi és eljárásjogi jogszabálysértéseket vizsgálhatja. A felülbírálat tartalmi és perjogi kereteit a felülvizsgálati kérelem határozza meg [Pp. 413. § (1) bekezdés b), c) pont].

[31] Jelen esetben az eldöntő kérdés lényegében az volt, hogy az alperesnél a 2016. szeptember 16-a és 21-e közötti időszakban a felperes gyógykezelése során a fokozottabb sebellenőrzés adott-e reális esélyt a felperes számára a más egészségügyi intézményben 2018. október 18-án végzett amputáció elkerülésére. Az első- és másodfokú bíróság a többször kiegészített szakértői vélemény és az egyéb bizonyítékok alapján e kérdésben eltérően foglaltak állást. Az elsőfokú bíróság elsősorban a szakértői véleményt figyelembe véve azt állapította meg, hogy a felperesnek nem volt reális esélye a csonkító beavatkozás elkerülésére, míg a másodfokú bíróság a szakértői vélemény mellett egyéb körülményeket is értékelve az esélyt reálisnak tekintette, anélkül azonban, hogy ennek részletes indokát adta volna.

[32] Nem vitatható, hogy az Eütv. 77. § (3) bekezdése szerinti elvárható gondosság megsértésén alapuló felelősség megítélése alapvetően jogkérdés, ami azonban minden esetben az adott ügyben rendelkezésre álló bizonyítékok alapján történhet, az alapul szolgáló szakkérdések megválaszolása pedig szakértői kompetenciába tartozik (Kúria Pfv.21.035/2020/5., Pfv.21.314/2018/12.). Az elsőfokú bíróság – helyesen – folytatott le igazságügyi orvosszakértői bizonyítást, a szakvéleményt többször kiegészítette. A szakértői vélemény és azok kiegészítései a valószínűség szintjén kellően határozottak voltak, a bizonyosságnak ez a szintje alkalmas volt az ítéleti döntés alapjául szolgáló ténymegállapításra, különös tekintettel az egészségügyi ellátással kapcsolatban a betegek gyógyulási folyamataira nézve minden esetben meglévő bizonytalansági faktorra, amely általánosságban, az esetek döntő többségében kizárja a teljes, kétségmentes bizonyosság kialakíthatóságát. Erre figyelemmel a Kúria vizsgálta a többször kiegészített szakértői vélemény releváns megállapításait és a kártérítési felelősség fennállásának a kérdésében az elsőfokú bírósággal értett egyet. Az aggálytalannak elfogadott szakértői vélemény egyértelmű abban a kérdésben, hogy amennyiben 2016. szeptember 16-a és 21-e között az alperes a sebellenőrzést fokozottabb gondossággal végezte volna, úgy a gennyes folyamat korábbi felismerése adott volna esélyt a hatékony kezelésre. Azonban a szakértő sem tudta bizonyossággal azt állítani, hogy bizonyosan fel lehetett volna számolni a fertőzést (második kiegészítő szakvélemény 5. oldal). A másodfokú bíróság helyesen állapította meg, hogy az alperes felelősségének a megállapításához olyan szakmai hiba szükséges, amelynek következményeként vesztette el a felperes bal lábának nagyobbik részét az amputációval {közbenső ítélet [33] bekezdés}. Hangsúlyozza a Kúria: az alperes seb ellenőrzése során elkövetett szakmai szabályszegésének csak akkor van jelentősége, ha olyan okozati

összefüggésbe hozható az amputációval, hogy annak hiányában a felperesnek reális esélye lett volna az amputáció elkerülésére. Az eddig kialakult bírói gyakorlat szerint az esély elvesztése csak akkor lehet alapja kártérítési felelősségnek, ha reálisan fennállt a károkozó magatartás időpontjában (Kúria Pfv.20.801/2011/3., BDT2010. 2319., BDT2013. 2841., BDT2017. 3755.). A csekély vagy pici esély ugyanakkor kártérítési felelősséget akkor sem alapoz meg, ha a szakmai szabályszegés esetlegesen fennállt.

[33] A másodfokú bíróság érdemi döntésének is alapjául szolgáló – többször kiegészített – aggálytalan szakértői vélemény a reális esély fennállásának megállapítására nem adott alapot, ugyanis a szakértő minden kétséget kizáróan kimondta, hogy a fertőzés 1-2 nappal hamarabb történő felismerése esetén sem lett volna reális esély a fertőzés felszámolására (10.P.20.497/2021/94. számú jegyzőkönyv 5-6. oldal).

[34] Megjegyzi a Kúria, hogy a reális esély fennállását az egyéb peradatok sem támasztották alá. Figyelembe kellett venni a felperes sérülésének a jellegét, azt, hogy ez a terület a későbbiekben is fertőzöttnek számított, az oda bekerült kórokozók fellángoló gyulladást okozhattak és teljes kiirtásuk nem mindig lehetséges (kiegészítő szakértői vélemény 5. oldal). Hangsúlyosan kap szerepet az is, hogy a felperesnél a láb amputációjához vezető fertőzés egy hosszú, éveken át tartó, újra és újra fellángoló folyamat volt, amelyet 2017. július 27-től már nem az alperesi kórházban kezeltek. Az is megállapítható ugyanakkor, hogy az alperesnél diagnosztizált fertőzőes folyamat időnként rendeződést mutatott. A Kúria lényegesnek tartotta azt is, hogy a szakértő vizsgálta az amputációhoz vezető folyamatot és nem állapított meg olyan szakmai szabályszegést vagy mulasztást az alperesnél, amely a fertőzés kialakulásában vagy annak kezelésében, illetve ismételt kiújulásában szerepet játszott volna (kiegészítő szakértői vélemény 9. oldal).

[35] A másodfokú bíróság annak nem adta indokát, melyek azok a körülmények, további indokok, amelyek a szakértő megállapításával szemben arra engednek következtetni, hogy reális esélye lett volna a felperesnek az amputáció elkerülésére. A másodfokú ítélet indokolása csak arra mutat rá, hogy az alperes tanúsíthatott volna gondosabb eljárást is, aminek meg volt a kellő orvosi indikációja, de nem tartalmazza azokat az okokat, amelyekből a szakértői véleménnyel szemben az esélynek a jogi értékelhetőséget elérő magasabb fokára, az esély reális voltára lehetne következtetni. Mindössze a következő mondatban tér ki erre a kérdésre: „A szakértői véleménynek megfelelő eljárás a fertőzés hatékonyabb kezelését jelentette volna, ezért a törvényszék álláspontja szerint reális esélyt jelentett volna a felperes számára a fertőzés miatt szükségessé váló amputáció elkerülésére”. Ez a következtetés azonban az egészségügyi szolgáltató polgári jogi felelősségét az elvárt gondosság megszegésének tényéhez kapcsolja, függetlenül annak oksági szerepétől. Az orvos érdekkörébe tartozó kezelési hiba viszont önmagában nem váltja ki a magánjogi felelősséget, csak akkor, ha ahhoz kapcsolódik – esélyelvétel esetén ahhoz vélelmezhetően (azaz reálisan) kapcsolódhat – a sérelmezett betegállapot. A másodfokú bíróság semmilyen értékelhető indokát nem adta annak, hogy az alperes terhére rótt mulasztás miért hatott ki számottevően a betegség lefolyására. A szakértői vélemény ezt a hatást határozottan cáfolta.

[36] Mindezek alapján az elsőfokú bíróság ítélte meg helyesen úgy, hogy az alperes hibájából nem veszett el olyan esély, amely akár mértéke, akár a tartalma miatt az alperes oldalán kártérítési felelősséget keletkeztetett volna. Az alperes sikerrel bizonyította: 2016. szeptember 16-21. közötti időszakban megfelelően gondos sebellenőrzés esetén sem lett volna a felperesnek reális esélye az amputáció elkerülésére, a gennyes folyamat 1-2 nappal későbbi felismerése nem játszott érdemi szerepet abban, hogy a fertőzés újra és újra kiújult és a felperes életét veszélyeztető állapotot is létrehozhatott volna, ezért az amputáció elkerülhetetlenné vált. Reális esély hiányában a Ptk. 6:519. §-án alapuló polgári jogi általános

kártérítési felelősség okozatossági elemének fennállása és így a kártérítési felelősség nem állapítható meg.

[37] A másodfokú bíróság a rendelkezésre álló bizonyítékokat nem okszerűen értékelte, ezért sérült a Pp. 279. § (1) bekezdése. Ez a jogsértés az érdemi döntésre kihatott.

[38] A Kúria a kifejtettekre tekintettel a jogerős ítéletet a Pp. 424. § (3) bekezdése alapján hatályon kívül helyezte, és elsőfokú bíróság helyes mérlegelést tartalmazó, a jogszabályok előírásainak megfelelő ítéletét helybenhagyta.

[39] A felülvizsgálati kérelem alaposágára tekintettel a felperes mind a másodfokú, mind a felülvizsgálati eljárásban pervesztes lett, ezért a felperes a Pp. 405. § (1) bekezdése és a Pp. 364. § folytán alkalmazandó Pp. 83. § (1) bekezdése alapján köteles megfizetni a másodfokú bíróság által a másodfokú eljárásban megállapított az alperes és a beavatkozó részére a jogi képviselőjükkel összefüggésben felmerült másodfokú perköltséget (200.000 forint + 50.000 forint).

[40] A felülvizsgálati eljárásban az alperes szintén érvényesíteni kívánt ügyvédi munkadíjat, azonban a jogszabályt tévesen jelölte meg. A Pp. 81. § (1) bekezdés értelmében a fél a perköltsége megtérítését annak felszámításával kérheti. Az irányadó, a bírósági eljárásban megállapítható ügyvédi és kamarai jogtanácsosi költségről szóló 17/2024. (XII. 9.) IM rendelet 3. § (2) bekezdése szerint e szabály alkalmazásához az alperesnek az ügyvédi munkadíj konkrét összegét meg kellett volna jelölnie vagy ennek hiányában legalább a számítás alapját képező időráfordítást kellett volna szerepeltetnie a felülvizsgálati kérelmében ahhoz, hogy a meg nem határozható pertárgy értékű, közbenső ítélet elleni felülvizsgálatban érvényesített munkadíj összege kiszámítható legyen. Mivel ezt elmulasztotta, ezért a javára – felszámítás hiányában – a Pp. 82. § (3) bekezdésére figyelemmel ügyvédi munkadíjat a felülvizsgálati eljárásban megállapítani nem lehetett.

[41] Az alperes pernyertessége érdekében beavatkozó biztosító a felülvizsgálati eljárásban beadványt nem terjesztett elő, így megállapítható költségigénye szintén nem merült fel.

[42] Az alperes személyes illetékmentessége és a tárgyi illetékfeljegyzési jog folytán le nem rótt fellebbezési és felülvizsgálati eljárási illeték a pervesztes felperes személyes költségmentessége folytán a Pp. 96. § b) pontja és 102. § (6) bekezdése alapján az állam terhén marad.

[43] A Kúria a felülvizsgálati kérelmet a Pp. 405. § (1) bekezdése és a 391. § (1) bekezdése alapján tárgyaláson kívül bírálta el.

[44] Az ítélet ellen a felülvizsgálatot a Pp. 407. § (1) bekezdés d) pontja zárja ki.

Az alkalmazott jogszabályok és az alkalmazott joggyakorlat

[45] Pp. 279. § (1) bekezdés

[46] Kúria Pfv.22.388/2016/6., Pfv.20.472/2022/4., Pfv.22.375/2016/6., Pf.21.492/2021/8. és 20.381/2015/4. számú határozatok

A döntés elvi tartalma

[47] Egészségügyi kártérítési perekben az egészségügyi szolgáltató által elkövetett szakmai szabályszegésének csak akkor van jelentősége, ha olyan okozati összefüggésbe hozható a bekövetkezett káreseménnyel, hogy annak hiányában a károsultnak reális esélye lett volna a kár elkerülésére. Az esély reális voltának megítélése során az aggálytalan orvosszakértői véleménynek kiemelkedő súlya van.

Budapest, 2026. április 22.

Dr. Döme Attila s.k. a tanács elnöke Dr. Farkas Antónia s.k. előadó bíró Dr. Madarász Anna
s.k. bíró Dr. Simonné dr. Gombos Katalin s.k. bíró Dr. Tibold Ágnes s.k. bíró

A kiadmány hitelélül:

tisztviselő