

ÍSZEVEDI ÍTÉLŐTÁBLA
Pf.I.20.093/2017/9. szám

A Szegedi Ítéltábla a dr. Szűcs Péter ügyvéd által képviselt **I.rendű felperes neve(címe)** szám alatti lakos I. rendű, **II.rendű felperes neve(címe)** szám alatti lakos II. rendű, **III.rendű felperes neve(címe)** szám alatti lakos III. rendű és **IV.rendű felperes neve(címe)** szám alatti lakos IV. rendű felpereseknek – a dr. Szabó Ákos ügyvéd által képviselt **alperes neve (címe)** szám alatti székhelyű alperes ellen kártérítés megfizetése iránt indított perében – melybe az alperes pernyertességének előmozdítása érdekében a dr. Kocsisné dr. Gyuris Ilona ügyvéd által képviselt **Alperesi beavatkozó** beavatkozott – a Kecskeméti Törvényszék 2016. november 23. napján kelt 5.P.22.105/2012/82. sorszámu ítélete ellen a felperesek részéről 83. sorszám alatt előterjesztett fellebbezés folytán lefolytatott másodfokú eljárásban meghozta a következő

Í T É L E T E T:

Az elsőfokú bíróság ítéletét **helybenhagyja.**

Kötelezi az I-IV. rendű felpereseket, 15 nap alatt személyenként fizessenek meg az alperesnek 10.000,- (Tízezer), a beavatkozónak 5.000,- (Ötezer) forint másodfokú eljárási költséget.

A le nem rótt 48.000,- (Negyvennyolcezer) forint fellebbezési eljárási illeték az állam terhén marad.

Az ítélet ellen fellebbezésnek helye nincs.

I N D O K O L Á S

Az I. és II. rendű felperesek házastársak, gyermekeik a III. és IV. rendű felperesek.

Az I. rendű felperes 2009. május 5-én térd- és csípőpanaszai miatt kereste fel az alperesi gyógyintézetet, ahol elmondta, bal csípője, térd 5 éve fáj, baleset nem érte. A leleten rögzítették, hogy traumával összefüggő organikus neurológiai eltérés és kóros reflex nem észlelhető. Mindkét térd duzzadt, mozgásukkor crepitatio (recsegés) érezhető. A beteg a bal alsó végtagba kisugárzó fájdalmat, zsibbadást jelez. A másnapi röntgenlelet szerint a bal femurfej (combcsontfej) deformált, ellapult, az ízületi rés beszűkült, az ízfelszíneken különböző méretű ciszták láthatók. A bal térdízületben közepes fokú, a jobb oldaliban előrehaladott arthrosis (nem gyulladásos ízületi betegség) látható. Csípőprotézis (TEP) behelyezés céljából ezért javasolták május 19-i kórházi felvételét.

A beteg május 15-én, a (**város 1 neve**)-i kórházban belgyógyászati kivizsgáláson esett át. Epikrízise szerint metabolikus szindrómában szenved, diabeteses, extrém fokban elhízott. 1400 kcal mellett vércukor értékei kielégítőek. Rendszeres vércukor kontrollt írtak elő, szükség szerint gyors hatású inzulin adását. Fokozott rizikó miatt perioperatív (a műtét körüli időszakban) terápiás dózisban indokoltnak tartották LMWH (véralvadásgátló) adását. Előírták, otthonában – az eddigi dózisban – továbbra is szükséges Merckformint szednie cukorbetegségére a műtét után.

Az alperes 2009. május 19-én az I. rendű felperest felvette TEP beültetése céljából. A beteg nyilatkozata szerint kellő mértékben tájékoztatták betegségéről, azok ismert következményeiről, valamint az ajánlott és más, szóba jövő kezelések előnyeiről és hátrányairól. Szóban feltett kérdéseire is megfelelő választ kapott. Aláírta a műtéti beleegyező nyilatkozatot, mely szerint a műtétet végző traumatológus megfelelő, érthető, részletes tájékoztatást adott csípőízületi kopásáról, a javasolt műtétről, a protézis beültetéséről, annak lehetséges előnyeiről, járóképességének alakulásáról, a műtét elmaradásának kockázatairól. Tudomásul vette, hogy szakszerű gyógymód, kezelés ellenére is fellelphetnek előre nem látható szövődmények, melyek kedvezőtlenül befolyásolhatják várható gyógyulását. Műtét utáni lehetséges szövődmények a sebfertőzés, az izomsorvadás és a trombózis.

A bal csípőízületbe a TEP behelyezése jó helyzetben megtörtént, intraoperative antibiotikum terápiában részesült a beteg. Műtét után fellépett vérszegénységét rendezték, mobilizálását megkezdték. LMWH profilaxisban részesült, hazabocsátása előtt végig láztalan volt. A postoperatív szak zavartalan volt, jó általános állapotban, lobmentes sebbel 2009. május 30-án otthonába bocsátották, a szükséges gyógyszereket felírták. Zárójelentésében javasolták lábának tehermentesítését járókerettel és a véralvadásgátló adását további 4 hétig.

Az I. rendű felperes a hazabocsátását követő napon hirtelen mozdulatra roppanást, erős fájdalmat érzett műtött csípőjében, ezért megjelent az alperesi rendelésen. Fizikális vizsgálatkor észlelték, hogy bal alsó végtagja megrövidült, kirotált helyzetben, rugalmasan rögzített. A röntgenfelvételen a bal csípőízületi TEP luxált (ficamodott) helyzete volt látható, emiatt fedett repositio (helyretétel) történt. A kontroll röntgenfelvételen a luxatio megszűnt. A beteg benn tartózkodása alatt, 2009. június 13-án levett sebváladékból MRSA baktérium törzs tenyésztett ki. A június 15-i zárójelentés javaslatként írta elő az otthoni kíméletet, a tiltott testtartásokat és azt, hogy végtagját járókeret segítségével terhelheti. Az ezt követő egy hétben az I. rendű felperes az alperes rehabilitációs osztályán került elhelyezésre, ahol antibiotikum érzékenységi vizsgálatot végeztek és Sumetrolim terápiában részesült 4 napig. Javasolták orr- és torokszűrését MRSA-ra, valamint 10 napig a megkezdett antibiotikum folytatását. A június 18-án levett orr- és torokváladék-mintából MRSA nem tenyésztett ki, az I. rendű felperest jó általános állapotban, láztalanul bocsátották otthonába. A további kontrollvizsgálatok állapotrosszabbodást nem igazoltak.

Az I. rendű felperes a **(város 2 neve)**-i Reumatológián 2010. január 29-én jelezte csípője, térdje fájdalmát és ezzel a panasszal jelent meg 2010. február 4-én a ... Állami Egészségügyi Központ Baleseti Sebészeti Ambulanciáján is. Itt rögzítették, bal csípőízülete fölött a metszés gyógyult, lokálisan nyomásérzékenység tapasztalható, a funkció minimálisan beszűkült, véghelyzetben járása járókerettel is fájdalmas. Nem inzulin dependens cukorbetegségét és magas vérnyomás betegségét diagnosztizálták. Elsődleges ellátó intézetbeli kontrollt javasoltak a vápacsere mérlegelése mellett a gyulladásos szövődmények állapotától függően.

Az ezt követően elvégzett laborvizsgálatok kórokozót nem mutattak ki.

Az alperesnél 2010. március 9-én jelent meg az I. rendű felperes, ahol megállapították, hogy lábát terhelni nem tudja és nyugalmi állapotban is vannak fájdalmai. A bal csípőízületi TEP körül szélesebb sávban resorptiot (felszívódást) és a bal térdízület kirotált helyzetét észlelték. Javasolták a protézis eltávolítását antibiotikus spacer behelyezésével, majd a gyulladás megszűnte után protézis beültetés megkísérlését. Az I. rendű felperes – a kifejezetten nagy kockázatról szóló tájékoztatás ellenére – a beavatkozást vállalta, ezért június 7-i befekvésre előjegyezték.

Az I. rendű felperes az alperes ortopéd sebészeti osztályán 2011. január 28-tól február 14-ig feküdt. Előkészítést követően február 3-án a cementes TEP-et eltávolították, szögletlemezzel és palackos implantációval pótolták, egyidejűleg antibiotikus spacer helyezett be. Trombózis profilaxisban részesült, postoperatív szaka zavartalan volt. A műtéti területről vett tenyésztés alapján antibiotikus terápiát is indítottak, aminek folytatását 6 hétig javasolták, műtéti sebe rendben volt. Gyógytorna

végzése mellett fokozatos mobilizálását irányozták elő, jó általános állapotban bocsátották otthonába.

Ezt követően rendszeresen elvégezték az I. rendű felperes laborvizsgálatát.

Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet 2013. május 15-i vizsgálatakor szükségesnek tartotta a beültetett spacer eltávolítását, de új protézis beültetését – a beteg jelentős túlsúlytöbblete miatt – nem.

A **(város 2 neve)**-i Kórház 2014. szeptember 17-én leírta, hogy az I. rendű felperes folyamatosan kerekesszéket használ, járásképtelen.

A ... Megyei Kormányhivatal Rehabilitációs Szakigazgatási Szerv Szakértői Bizottsága 2013. február 26-án készített szakvéleménye szerint mozgásszervi részkárosodása 40%-os és egészségkárosodása is eléri a 40%-os értéket. A bal alsó végtag hozzávetőlegesen 3 cm-es rövidülése, a bal csípőízület funkcióinak jelentős mértékű beszűkülése, a térd- és bokaízületek működésének mérsékelt beszűkülése észlelhető.

A felperesek módosított keresetükben vagyoni és nemvagyoni kártérítés iránti követeléssel éltek. Állították, az I. rendű felperes alperesi ellátása során műtéttechnikai hiba történt, az ízületi vápát túlzottan meredek állásban ültették be, ez vezetett a posztoperatív 10. napon bekövetkezett ficamhoz. Véleményük az volt, az alperes orvosa nem a szakmai előírásoknak megfelelően végezte a műtétet, ennek okára pedig nincs adat. Kiemelték, az I. rendű felperes maradandó egészségkárosodásához a csípőprotézis beültetése során vétett felróható műtéttechnikai hibákon túl az vezetett, hogy a fertőzés megelőzése érdekében az alperes nem tett meg mindent, de annak felismerése és az adekvát terápia alkalmazása is megkésett. Kifejtették, a II-IV. rendű felperesek komoly hátrányokat szenvedtek el az I. rendű felperes állapota, hosszadalmas kórházi kezelése, súlyos és maradandó egészségkárosodása miatt, ezzel sérült egészséges családban éléshez fűződő személyiségi joguk.

Az alperes ellenkérelme a kereset elutasítására irányult. Állítása szerint a műtéti beavatkozás a szakmai szabályoknak megfelelően történt, a beteget jó általános állapotban bocsátották haza. A műtét közben a repositio után elvégzett mozgatópróba során a protézis stabil volt, luxatios tendenciát nem mutatott, korrekcióra nem volt szükség. A vápa a megfelelő mélységig be volt marva és a ragasztás is megfelelő síkban volt. Ha ez nem így történik, akkor luxatiót mutatott volna a mozgatópróba alkalmával. Mindezek miatt nem volt ok arra, hogy a szakmai előírások szerinti műtéti kivitelezéstől az operáló csapat eltérjen, ezért nincs a műtéti leírásban erről említés. A műtét után készült zárókép és a kontrollok szintén jónak ítélték a TEP helyzetét, kivéve az otthonában történt luxatio után készült röntgent. Ez a ficam viszont otthon, egy hirtelen, rossz mozdulat következtében alakult ki, nem a protézis helytelen beültetése, technikai hibája miatt. A luxatio következtében a lágyrész károsodott, haematoma alakult ki, ennek következménye a sebgyógyulási zavar, melyhez a diabetes nagymértékben hozzájárult. A luxatioval összefüggésben kialakult szövődmények, így a szövetroncsolódás és haematoma, valamint a beteg diabeteze, gyengébb immunrendszere vezethetett az infectiohoz, majd az a protézis lazulásához, ami így sorsszerűnek tekinthető.

A beavatkozó – csatlakozva az alperesi ellenkérelemhez – ugyancsak a kereset elutasítását kérte.

Az elsőfokú bíróság ítéletével a keresetet elutasította. Indokolásában – a káresemény időpontjára figyelemmel – az 1959. évi IV. tv.-t (rPtk.) alkalmazta. Az Eütv. 77. § (3) bekezdésére utalva megállapította, az I. rendű felperes esetében a súlyos csípőízületi elfajulás miatt a teljes csípőízületi protézis beültetése indokolt volt, ahogy az orvosszakértői vélemény alapján a vápa-kikészítés is megfelelő. Ugyanakkor a ragasztó a műtét során – vélhetően – előbb kezdett el kötni, mint ahogy a vápa pontos behelyezése megtörtént. Az így kiálló peremrész oka lehet a csípőficamodásnak, a 45°

feletti vápasík szintén előidézhette a ficamot. A cement korai, az átlagosnál gyorsabb kötési idejét eredményezheti a műtő aktuális magasabb hőmérséklete, ami pedig okozhatja a vápa beilleszkedésének zavarát. A perbeli esetben a protézisficam helyretétele után újabb ficam nem alakult ki, így a felperesek által állított instabilitás nem volt igazolható. Hozzátette, a protézisvápa kilazulása nem a vápa nem optimális helyzete miatt következett be, hanem a későbbi fertőzőes szövődményként. Tény, hogy objektívnek tekinthető klinikai vizsgálat, orrváladék-tenyésztés a műtét előtt nem történt, így az I. rendű felperes esetleges műtét előtti MRSA fertőzöttsége nem igazolható, de nem is zárható ki. A sebfertőzés kialakulásától, illetve gyógyulásától is bőven eltelt azonban két hónap a protézis kilazulásáig. A fertőzött sebből MRSA baktérium, míg a csípőkilazulás kapcsán egy másik baktériumtörzs, a koaguláz negatív Staphylococcus volt kimutatható. Így nem igazolható az MRSA okozta sebfertőzés és a protézis kilazuláshoz vezető infekciók közötti okozati összefüggés. Rámutatott, 100%-os biztonsággal nem zárható ki, hogy nem a 2009. augusztus 3-át megelőző kötözések során került az I. rendű felperes szervezetébe a Staphylococcus lugdunensis, de ez ellen több érv is szól. Egyrészt a betegnél soha nem mutatták ki ezt a sipolyképződésre hajlamosító baktériumot és 2009. augusztus 3-a után nem is volt sipolya. Másrészt a MRSA ellen alkalmazott terápia a Staphylococcus lugdunensis ellen is hatékony. Kiemelte, a baktériumok bármikor bekerülhetnek a véráramba, mely az egészséges szervezet számára nem jelent problémát, szemben egy legyengült beteggel.

A felperesek műtéttechnikai hibára való hivatkozása kapcsán kifejtette, az Eütv. dokumentációs kötelezettségre vonatkozó előírásai nem teszik az alperes kötelezettségévé a műtő hőmérsékletének műtési leírásban való rögzítését, így ez nem olyan hiányosság, amely tanúvallomással nem pótolható. **(Orvos neve)**, a csípőprotézis beültetését végző orvos vallomásából pedig az állapította meg, hogy a műtők hőmérsékletét nem az aktuális időjárási viszonyok befolyásolják, azt központi klímaberendezés vezérli, ami lehetővé teszi a hőmérséklet megfelelő szinten tartását.

Tévesnek ítélte azt a felperesi álláspontot is, mely szerint a szakértői vélemény kiegészítése igazolná, hogy a Staphylococcus lugdunensis baktérium a kötözések során jutott a szervezetbe. A vélemény kimerítően felsorolta azokat az érveket, amelyek ez ellen szólnak, ezért ha nem is 100%-os biztonsággal, de kizárható az összefüggés a kötözések és a septicus kilazulást eredményező baktérium szervezetbe kerülése között.

Mindezeket együttesen értékelve arra a következtetésre jutott, hogy az alperes tevékenységével nem áll okozati összefüggésben az I. rendű felperest ért maradandó fogyatékoság.

A felperesek által előterjesztett fellebbezés az ítélet megváltoztatására és közbenső ítélettel annak megállapítására irányult, hogy az alperes teljes kártérítési felelőssége fennáll az I. rendű felperes egészségkárosodásáért, az ezzel összefüggő károkért és hátrányokért. Továbbra is fenntartották a műtéttechnikai hibára vonatkozó érvelésüket. Hangsúlyozták, a műtétet végző orvos tanúvallomása szerint a műtő hőmérsékletét a diszpécser központi vezérlésen keresztül állítja be, az általában 23 °C-os, ugyanakkor a műtételnél nem ellenőrzik a tényleges hőmérsékletet. Ez pedig azt jelenti, utólag nem bizonyított, hogy megfelelő volt a műtő hőmérséklete a beavatkozás alkalmával. Figyelemmel arra, hogy a szakértő szerint a gyorsabb kötéshez elégséges 2-3 °C-kal magasabb hőmérséklet, már az esetleges 25 °C is elegendő lehetett a kötés idejének negatív irányba való befolyásolásához. Hangsúlyozták, a tanúvallomás nem megfelelő bizonyíték a műtő előírás szerinti hőmérsékletének megállapíthatóságához. E körben az alperes bizonyítási kötelezettségének nem tett eleget.

A Staphylococcus lugdunensis szervezetbe kerülésével kapcsolatban kiemelték, a szakvélemény szerint nem zárható ki a sebkötőzés útján történő penetratio lehetősége, még akkor sem, ha az egyéb módon is kialakulhatott. Ha viszont az egészségkárosodás pontos oka nem állapítható meg, a lehetséges okok közül mindazokat vizsgálni kell, amelyek a kórház tevékenységéhez kapcsolódnak, és ha a lehetséges ok tekintetében a kórház a kellően gondos eljárást nem tudja bizonyítani,

kártérítési felelőssége fennáll. Az alperes tehát akkor mentesülhetne a felelősség alól, ha bizonyította volna, kizárt, hogy a sebkezelés során került be a kilazulást okozó baktérium. Hozzá tették, június 22-ét követően a betegnél nem végeztek tenyésztéses vizsgálatot, következésképpen a kilazulást eredményező baktérium ellen sem alkalmaztak antibiotikus terápiát.

Mindezekből azt a következtetést vonták le, hogy fennáll az okozati összefüggés a csípőficam és a későbbi, illetve az MRSA fertőzés között. Ha nincs műtéttechnikai hiba, lehet hogy nincs ficam és ismételt kórházi ellátás, valamint MRSA fertőzés és következményes sebkötözés, illetve nincs szeptikus kilazulás sem.

Az alperes és a beavatkozó fellebbezési ellenkérelme az elsőfokú bíróság ítéletének helybenhagyására irányult.

A fellebbezés **alaptalan.**

Az I. rendű felperes és az alperes között – ahogy azt az elsőfokú bíróság is helyesen fejtette ki – a Ptk-ban nem szabályozott, ún. kezelési szerződés jött létre, melynek tartalmát az 1997. évi CLIV. tv. (Eütv.) szabályai adják, rendezve a 77. § (3) bekezdésében kártérítési felelősségnél irányadó magatartási zsinórmértéket is a kezelésre vonatkozóan. A felek között az egészségügyi szolgáltatás igénybevételével alapvetően megbízási típusú szerződéses jogviszony jött létre és ennek megfelelően – az állított károkozás idejére tekintettel – a szerződésszegéssel okozott károkért való felelősség szabályait kell alkalmazni (Eütv. 244. §). A Ptk. 318. § (1) bekezdésének utaló szabálya alapján viszont érvényesül a Ptk. 339. § (1) bekezdése és 348. § (1) bekezdése. Eszerint a jogellenes alperesi magatartással okozati összefüggésben felmerült károkért az alperest annyiban terheli felelősség, amennyiben magát az alól kimenteni nem tudja. Az orvosi kártérítési felelősség tehát nem objektív, a szerződéses jogviszony megbízási jellegéből és a kezelések jelentős bizonytalanságaiból adódóan nem is lehet az, így pusztán a nem kívánt eredmény nem váltja ki a kár megtérítésének következményét. A károsultat terheli annak bizonyítása, hogy a károsodás a beavatkozás, kezelés során következett be. Ezzel részéről az okozatosság igazolt. Itt a jogalkalmazás valójában a bizonyítási szükséghelyzetben lévő károsult jogi helyzetét, bizonyításának nehezítettségét, illetőleg – bizonyos esetekben – kizártságát értékeli és terheli azt a kimentés körében az ahhoz megfelelő szakmai ismeretekkel és az egészségügyi dokumentációval rendelkező egészségügyi intézményre. Ennek megfelelően a felelősség alóli mentesüléshez az vezethet, ha az egészségügyi intézmény bizonyítja, hogy részéről felróható kezelési hiba nem történt, a kárigény alapját képező egészségkárosodás nem a kezelési hiba miatt állt elő, illetve attól függetlenül is bekövetkezett volna. Ez a bizonyítási rend ugyanakkor azzal a következménnyel is jár, hogy ha a rendelkezésre álló adatok nem támasztják alá, nem igazolják kellően, hogy a károsodás (szövődmény) az egészségügyi kezelés, beavatkozás során jött létre, az azt végző intézmény kártérítési felelőssége nem állapítható meg (hasonlóan: Kúria pfv.III.21.475/2014/4., Kúria Pfv.III.20.549/2009/5.). Ilyen esetben a bizonyítatlanság a károsult terhén marad.

A felperesek fellebbezési érvelése több irányú volt. Elsődlegesen lényegesnek tartották, hogy az alperes a per során nem tudta igazolni a műtő optimális hőmérsékletét, a protézis nem megfelelő helyzetben történt rögzülését műtéttechnikai hibaként értékelték, ami közrehatott a kár bekövetkeztében.

Az elsőfokú eljárásban beszerzett szakértői vélemény megállapítása szerint ha a vápába helyezett ragasztó előbb kezd el kötni, mint ahogy a vápa pontos behelyezése megtörténik, akkor a polietilén vápa nem tud leülni a kimart csontüreg fenekére. A szakértő vélelmezte, hogy a perbeli műtét során is ez történhetett, hiszen 8-10 mm-es csontcement volt látható a vápa fenekén és ezért a vápa pereme

– a szokásostól eltérően – nem tudott bekerülni a vápa bemenet síkjába vagy az alá. Fontos azonban kiemelni, hogy a protézis vápa kilazulása nem a vápa nem optimális helyzete miatt következett be. A meredek vápa ugyanis instabilitás érzést nem okoz egészen addig, amíg ki nem ficamodik a protézis (39. sorszámu szakvélemény 32-33. oldal). Sem 2009 júliusában, sem augusztusában a kilazulás radiológiaiilag nem volt detektálható, tehát az első műtét és a kilazulás észlelése között több mint két hónap telt el. A ficam helyretétele után újabb ficam nem alakult ki, vagyis az ismételt luxatiók hiánya igazolja, hogy a vápa állása maradandó egészségkárosodás forrása nem lehetett. Így a szakértői véleményből, valamint annak kiegészítéseiből is egyértelműen levonható az a következtetés, hogy a protézis vápa kilazulása nem a vápa nem optimális helyzete, hanem a későbbi fertőzőes szövődmény miatt következett be. Ezért a vápa meredek állása a hátrányos következményekkel fennálló oksági kapcsolatának hiánya miatt a kárfelelősség megítélése szempontjából irreleváns műtéttechnikai hiba. Ezt támasztja alá az a szakértői álláspont is, mely szerint ha nem alakul ki fertőzés, a kötőszövetes gyógyulás meredekebb vápaállásnál is megakadályozza a ficamot. Valójában tehát a fertőzés gátolta a normál gyógyulási folyamatot.

A fertőzések kapcsán lényeges ugyanakkor, hogy mind időben, mind fajtájában eltérő baktériumok okozták azokat az I. rendű felperesnél. Az időben első sebfertőzés oka az MRSA baktériumtörzs volt. Ez a fertőzés 2009 júniusában zajlott és azt az alperesi kórház megfelelően, hatékony antibiotikummal kezelte. Ennek eredményeként a beteget még ugyanebben a hónapban jó általános állapotban, láztalanul bocsátották otthonába és a későbbi kontrollvizsgálatokon sem észleltek állapotrosszabbodást. Ehhez képest újabb panaszai nagyjából 7 hónappal később jelentkeztek, újabb antibiotikus terápia pedig csak 2011 elején, a TEP eltávolításkor vált indokolttá, immár koaguláz negatív Staphylococcus miatt. De még e sebfertőzés kialakulásától, illetve gyógyulásától is bőven eltelt két hónap a protézis kilazulás detektálásáig, vagyis késői protézis infectióról van szó. Összességében tehát kimondható, hogy az MRSA okozta sebfertőzés és a protézis kilazuláshoz vezető infectio között nincs okozati összefüggés (39. számú szakvélemény 36. oldal).

A felperesek a Staphylococcus lugdunensis szervezetbe való bekerülését is az alperes felróható magatartására vezették vissza. Véleményük szerint az alperes akkor mentesülhetne a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy a sebkezelés során a kilazulást okozó baktérium bizonyosan nem kerülhetett az I. rendű felperes szervezetébe.

Az nem vitás, tényadatokkal alátámasztott, hogy baktérium jutott a protézis környezetébe, ugyanakkor hogy ez hogyan történhetett, bizonytalan.

A perben vizsgálni kellett, hogy a kilazulást eredményező bakteriális fertőzés hogyan következhetett be. A szakértő a protézis eltávolítás előzményét nem az MRSA-ra, hanem koaguláz negatív Staphylococcusra vezette vissza. Az elsőfokú bíróság a szakértői véleményből részletesen idézte a Staphylococcus aureus és Staphylococcus lugdunensis baktériumok jellemzőit, így rögzítve a különbségeket. Az is megállapítható viszont, hogy mindkét baktériumfajta hasonló, súlyos, akut infectiókat tud okozni. És bár a szakértő nem zárta ki 100%-os bizonyossággal, hogy nem a 2009. augusztus 3-át megelőző kötőzések során került az I. rendű felperes szervezetébe a Staphylococcus lugdunensis, mégis lényeges a jogi megítélés szempontjából, hogy számos ellenérvet sorolt fel: soha nem mutatták ki ezt a baktériumot a betegnél, sipolya nem volt, az MRSA ellen alkalmazott terápia e baktérium ellen is hatékony, az aktuális CRP-értékek pedig inkább infectio ellen szóltak, mint mellette (75. számú kiegészítő szakvélemény). A felperesek tehát csak feltételezték, hogy Staphylococcus lugdunensis került az I. rendű felperes szervezetébe, ezt azonban vizsgálatok nem igazolták, az MRSA pedig – a szakvélemény alapján – nem okozhatta a protézis kilazulását. További érv, hogy a szakvélemény szerint a késői protézis infectio – éppen az első műtét és a kilazulás között eltelt hosszabb idő miatt – nagy valószínűséggel nem műtėti eredetű, hanem a véráram útján, az egyéb napi teendők során a szervezetbe került baktérium következménye (70.

számú szakvélemény kiegészítés). Ezt erősíti, hogy a kilazulást a 2009. júliusi és augusztusi röntgenfelvételeken nem észlelték, a *Staphylococcus lugdunensis* kórokozó szerepe ebben az időszakban a sebfertőzés kialakulásában nem volt bizonyítható (59. számú szakvélemény 4. oldal). A felperesek álláspontjával szemben a szakértői vélemény és annak kiegészítései, pontosítása az alperesi orvosok által elvégzett műtét, valamint sebkötözések során nem tártak fel olyan hiányosságot, amelyek a bakteriális fertőzés esetleges kórházi okának további vizsgálatát tették volna szükségessé. Lényeges az is, hogy a 2009. június 18-án levett orr- és torokváladékból MRSA nem tenyésztett ki, a beteget jó általános állapotban, láztalanul bocsátották haza, ennek megfelelően 2009. június 22-e után nem alkalmaztak antibiotikum terápiát. Ez azt bizonyítja, hogy ekkor nem volt fertőzőes megbetegedése az I. rendű felperesnek. Ha pedig nem merül fel fertőzés gyanúja, azt a dokumentációban sem kell rögzíteni. Még 2010. február 4-én a ... Kórházban is a metszés gyógyult állapotát rögzítették és a laborvizsgálatok kórokozót nem mutattak ki. Mindezek arra engednek következtetni, hogy nem a sebkötözések során került a baktérium a szervezetbe. Emellett a leglényegesebb, hogy az I. rendű felperes a vélhető megfertőződés idején nem állt folyamatos alperesi kezelés alatt, az egyes beavatkozások között hónapokig otthon tartózkodott. Így viszont – mérlegelve a peradatokat, a szakértői megállapításokat – nem tekinthető az okozatosság igazolásához szükséges azon körülmény sem bizonyítottnak, hogy a károsodás az alperesi kezelés során következett be, vagyis a Ptk. 339. § (1) bekezdésében írt konjunktív kártérítési feltételek hiányosak, az alperes kártérítési felelőssége nem állapítható meg.

Egyebekben megjegyzi az ítéletábra az alábbiakat:

A másodfokú eljárásban pontosított szakvélemény szerint a fertőzés műtéti kockázati tényező és ha annak kialakulásában az alperest felróhatóság nem terheli, továbbá a fertőzés gyógyítását az Eütv. 77. § (3) bekezdés szerinti gondossági zsinórmértéknek megfelelően végzi, az azzal oksági kapcsolatban bekövetkező kár megtérítésére nem kötelezhető (hasonlóan: BH2000. 347., BH2007. 84., Kúria Pfv.III.21.518/2007/4., Pfv.III.21.767/2012/8.). Az I. rendű felperes – nem vitásan – a műtétet megelőzően, meglévő alapbetegségeire is tekintettel lévő, megfelelő tájékoztatást kapott (Eütv. 135. § (2) bekezdés) arról, hogy a szakszerű gyógymód, kezelés esetén is felléphetnek előre nem látható szövődmények, sebfertőzés, izomsorvadás, trombózis. A tájékoztatás során az alperes a beteg adott egészségi állapotából indult ki, de nem adhatott biztos prognózist arról, hogy a szövődmények közül melyik és milyen súllyal következik majd be, csupán a műtét szövődményeinek lehetőségére és a műtét elmaradásának következményeire hívhatta fel a figyelmét. A TEP behelyezésének 2009. május 5-i javaslata után a műtéti mintegy két hét állt az I. rendű felperes rendelkezésére annak mérlegeléséhez, átgondolásához a tájékoztatás ismeretében, hogy a műtéti beavatkozás számára milyen kockázattal jár, nyomatékosan figyelembe véve meglévő, általa már korábban is ismert alapbetegségeit (hasonlóan: Kúria Pfv.III.20.571/2012., Kúria Pfv.III.21.767/2012/8., Kúria Pfv.21.518/2007/4., Debreceni Ítéletábra Pf.I.20.059/2009/11.).

Mindezek alapján nem állapítható meg olyan orvosszakmai mulasztás, mely az alperes kártérítési felelősségét megalapozná.

A kifejtettek tekintettel az ítéletábra az elsőfokú bíróság ítéletét a Pp. 253. § (2) bekezdése alapján helybenhagyta.

A felperesek fellebbezése nem vezetett eredményre, ezért a Pp. 78. § (1) bekezdése szerint kötelesek az alperes másodfokú eljárásban felmerült, jogi képviselével összefüggő költségének viselésére, melynek mértékét az ítéletábra a 32/2003. (VIII.22.) IM rendelet 3. § (3) bekezdése, valamint (5) és (6) bekezdései alapján a kifejtett munkával arányosan, mérlegeléssel állapította meg.

A le nem rótt fellebbezési eljárási illeték a 6/1986. (VI.26.) IM rendelet 13. § (1) bekezdése és 14. §-a alapján az állam terhén marad.

Szeged, 2017. október 27.

Dr. Kiss Gabriella s.k.. Bánfalvi-Bottyán Csilla s.k.. Bálind Attila s.k.
a tanács elnöke előadó bíró

táblabíró